

BSD

QUALITE ET ACCES AUX SOINS EN MILIEU URBAIN

Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey

Résultats de la recherche menée
dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest

Didier GOBBERS

Préface

Encore un livre sur la santé et le tiers-monde ?

Non, une partition magique jouée par un quintette :

La première recherche développée scientifiquement, dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest et du Centre, sur la qualité et l'accès aux soins pour les plus démunis dans un milieu urbain broyeur de destins ;

Le premier partenariat de la sous-région entre divers acteurs du développement, bailleurs de fonds, institut de recherche, gouvernements des cinq pays, rassemblés dans le souci de jeter la lumière sur les mécanismes caractéristiques de leur système de santé.

Dans les pays appelés développés dans lesquels les citoyens ont un accès aisé à une multitude de possibilités pour apaiser les plaintes de leur corps et en éliminer les causes, il ne se passe pas une année sans un cri d'alarme sur le Système de santé, son organisation, son financement, sa qualité...

En France, trois ans après que l'OMS ait indiqué que la patrie de Descartes avait certainement le meilleur système socio-sanitaire du monde, une vague de chaleur meurtrière pour les personnes âgées place les dirigeants et l'opinion publique devant des questions qu'on pensait réglées ; questions autant techniques que sociales et culturelles.

En Angleterre, l'obtention d'un rendez-vous à une échéance de plusieurs mois avec un médecin ou un dentiste dans un lieu public atteste des qualités de patience des britanniques, qui déclarent cependant qu'ils aimeraient pouvoir consulter plus rapidement ; les anglais qui le peuvent voyagent en Europe pour se soigner.

Des Etats Unis d'Amérique, il est souvent montré que ceux qui ont perdu leur travail se retrouvent très vite dans un état de dénuement allant jusqu'à les priver des soins en cas de maladie. Le témoin non averti est toujours consterné que dans le pays le plus riche du monde, aujourd'hui référence sans contre modèle, des individus fassent la queue dans la rue pour obtenir d'organismes de charité un bol de soupe et soient condamnés à mourir de froid ou de faim faute d'argent.

Dans les pays appelés en transition (sous-entendue économique et démocratique) de l'hémisphère nord, les anciens modes d'organisation des sociétés se sont écroulés sans être remplacés par de nouveaux modèles, prêts à porter et efficaces. Quelques années après l'enthousiasme progéniture du souffle de liberté occasionné par la chute du mur de Berlin, des nostalgies se font jour çà et là pour rappeler que certes la liberté de s'exprimer et se déplacer, certes...mais qu'auparavant... à l'hôpital le docteur et les médicaments étaient là, pour tous.

Les responsabilités que j'assume à l'UNICEF placent en permanence au cœur de nos préoccupations quotidiennes les mêmes éléments de réponse, pour la plupart, dans les pays occidentaux et dans les pays du continent africain où je travaille. Mais ils sont particulièrement exacerbés dans cette partie du monde où, chaque jour, plus de 300 femmes meurent en donnant la vie, et plus de 1200 enfants de moins de cinq ans meurent, pour la plupart, de maladies aigües considérées comme bénignes.

Certains attribueront à la mondialisation des échanges les valeurs et les exigences que revendiquent aujourd'hui sous une forme ou sous une autre les citoyens en Afrique ; d'autres créditeront l'évolution naturelle des groupes humains des revendications portées par des peuples affrontés à mille problèmes et mille misères.

Chacun a le droit de préférer une explication qui ne modifiera en rien l'affirmation que l'accès à la santé est à la fois un droit des citoyens et une condition du développement des nations. Notre combat, soutenu par le Comité Français de l'UNICEF, rejoint ici celui de notre partenaire privilégié, la Coopération Française.

Considérer également les droits et les devoirs de l'individu ainsi que ceux de la société ne peut qu'apaiser le débat sur l'égalité pour lui préférer celui de l'équité.

Je croyais savoir beaucoup sur cette partie du continent africain qui légitime mon amour en l'Humain, ce petit livre m'a encore beaucoup appris et convaincue que la modestie et la persévérance doivent nous inspirer chaque jour.

Rima SALAH

Directrice Régionale de l'UNICEF
Bureau Régional pour l'Afrique
de l'Ouest et Centrale

SOMMAIRE

Remerciements	9
Introduction	11
PREMIÈRE PARTIE : LE PROJET SANTÉ URBAINE	15
I - Conception et déroulement	17
II - Résultats	21
II.1. Le volet socio-économique	23
Synthèse	23
II.1.1. Abidjan	27
II.1.2. Bamako	35
II.1.3. Conakry	51
II.1.4. Dakar	63
II.1.5. Niamey	83
II.2. Les dysfonctionnements des systèmes de soins (Synthèse du volet socio-anthropologique)	99
II.2.1. Présentation	99
II.2.2. Principaux résultats	103
II.2.2.1- Tendances communes et variantes	103
II.2.2.2- Les problèmes liés aux comportements des personnels de santé	104
II.2.2.3- Les problèmes liés aux systèmes de santé	111
II.2.2.4- Les problèmes liés aux contexte institutionnel général	115
II.2.3. Les variantes	117
Conclusion	120
II.3. L'équité considérée sous l'angle de la qualité des soins	129
II.3.1. Synthèse	129
II.3.2. L'exemple d'Abidjan	136
II.3.2.1- Les consultations externes curatives	139
II.3.2.2- Les consultations prénatales	147
II.3.2.3- Les accouchements	157
II.3.2.4- Les consultations préventives des enfants	166
II.3.2.5- Les prélèvements des laboratoires	172
II.3.2.6- Interview du personnel des établissements	174
Conclusion	180

DEUXIÈME PARTIE : LE SÉMINAIRE DE DAKAR	185
I - L'événement	187
II - Les échanges du séminaire et les accords sur les objectifs à atteindre	189
II.1. Les échanges	189
II.2. Les accords sur les objectifs à atteindre	192
II.3. La synthèse du séminaire	194
II.3.1. Les constats	194
II.3.2. Les pistes d'action à l'issue du séminaire	196
CONCLUSION	198
ANNEXES	199
Annexe 1 : <i>Liste des principales personnes et structures nationales ayant œuvré directement à l'obtention et à la mise en forme des résultats de l'étude Equité</i>	201
Annexe 2-1 : <i>Participants par pays et institutions au Colloque de juin 2002 à Dakar</i>	203
Annexe 2-2 : <i>Les métiers des participants par pays au Colloque de juin 2002 à Dakar</i>	204
Annexe 3-1 : <i>Ventilation des Communications et dossiers présentés au Colloque de Dakar en juin 2002</i>	205
Annexe 3-2 : <i>Enoncé des Communications et dossiers présentés au Colloque de Dakar en juin 2002</i>	206
Liste des sigles utilisés	216

Remerciements

Lorsque, hélas, les hommes se font la guerre, l'histoire ne retient de ces moments dramatiques que des dates, des lieux, quelques chiffres et souvent peu de noms de protagonistes : au mieux ceux des chefs ayant gagné des batailles et d'autres qui ont conclu la paix. Ce n'est que dans la mémoire des familles que vit le souvenir de la multitude des combattants qui ont perdu la vie.

Lorsque, heureusement, une découverte scientifique permet d'apporter de sérieux espoirs de réponse aux maladies qui frappent les humains, l'histoire ne retient également que quelques dates et les noms des figures de proue de la découverte. Mais on doit autant à leurs nombreux collaborateurs anonymes qu'aux professeurs Gallo et Montagnier, grâce auxquels le virus du VIH a été identifié.

Dans ce petit livre, quelques noms sont cités ; ils ne sauraient là aussi faire oublier les centaines d'hommes et de femmes sans lesquels la pensée de la santé publique en Afrique n'aurait pas fait ce pas extraordinaire accompli avec le projet Equité dans l'accès aux soins en milieu urbain en Afrique de l'Ouest.

Ils font donc rendre un hommage public à tous les acteurs dont l'identité n'est pas dévoilée, ainsi bien sûr qu'à leurs familles et amis sans le soutien desquels l'œuvre n'aurait pu être menée à son terme.

* * *

Le Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale remercie également **Didier GOBBERS**, qui a mené à bien la mission d'apporter une cohérence aux nombreux documents issus de la recherche, et constituant cet ouvrage. Spécialiste des questions d'organisation des systèmes de santé, il a accepté de jouer le rôle d'acteur-témoin dans la capitalisation des résultats de cette recherche initiée par l'UNICEF et la Coopération Française, sous la direction scientifique de l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement, ex-ORSTOM).

La publication de l'ouvrage a été coordonnée par **Agnès SOLANO** du Bureau Régional.



Harry Belafonte, Ambassadeur de Bonne Volonté pour l'UNICEF, dans le quartier péri-urbain de Grand Yoff à Dakar, Sénégal

Introduction

Ce livre retrace comment a été écrite une page importante de l'histoire de la santé urbaine mettant en scène une distribution impressionnante d'acteurs dont deux ont joué un rôle majeur : l'UNICEF et la Coopération française. Pour beaucoup des acteurs ce fut une aventure formidable qui s'est étalée sur quatre années.

Si la modestie des deux vénérables institutions leur interdit toute autosatisfaction, il faut cependant rappeler en quelques mots leurs activités.

Pour l'homme de la rue qui serait interrogé sur ce qu'est et ce que fait l'UNICEF, la première réponse citerait les cartes de vœux que nous achetons tous lors des fêtes de fin d'année ; viendraient ensuite des évocations justes mais incomplètes : la charte sur le droit des enfants.... L'action de l'UNICEF en faveur de l'amélioration de la condition des femmes et des enfants est bien entendu plus profonde que de recueillir des fonds pour quelques œuvres médiatisées.

Le vrai travail de l'UNICEF se déroule sur le terrain, là où les besoins exigent des actes : la lutte contre le terrible SIDA, l'accès aux soins des plus démunis des pays les plus pauvres, l'éducation nutritionnelle des mamans, la préservation de vies des humains les plus faibles que sont les femmes et les enfants... Ce travail dans les pays du tiers monde s'exprime par des injections de moyens financiers mais également par une mosaïque d'actions allant de la formation des personnels aux plaidoyers auprès des gouvernements que son autorité morale amplifie.

La présence de la Coopération Française dans le domaine de la santé est ancienne dans les pays en développement et tout particulièrement sur le continent africain ; elle n'a jamais cessé depuis les indépendances, changeant d'objectifs et de formes au fil des ans pour coller au plus près des besoins de pays en mutation accélérée.

Elle aussi concentre, sans misérabilisme, ses efforts sur les populations les plus vulnérables et sur les questions les plus préoccupantes qui se posent aux systèmes de santé de pays dans lesquels les habitants et leurs gouvernements sont confrontés à des difficultés nombreuses.

En matière de santé, si l'UNICEF pouvait être caractérisée par des actions plutôt en milieu rural et la Coopération française majoritairement tournée depuis deux décennies vers le monde urbain, l'une et l'autre ne s'ignoraient pas ; pas plus qu'elles ne méconnaissaient que la ville et la campagne étaient deux mondes en pleine mutation.

Chacune de ces deux grandes institutions était convaincue que la conjugaison des efforts ne pouvait qu'être favorable aux habitants des jeunes nations africaines et les occasions d'actions conjointes ont depuis longtemps été privilégiées. C'est dans cet état d'esprit qu'en 1997 des responsables de l'UNICEF et de la Coopération française qui participaient côte à côte à un colloque en Côte d'Ivoire ont pris la décision de formuler d'une seule voix des questions qui les taraudaient l'une et l'autre.

Pour simplifier, on peut dire que le fait générateur de cette mutuelle interrogation résidait dans la volonté de compréhension des résultats et conséquences de l'Initiative dite de Bamako¹ qui avait en 1987, entre autres recommandations, posé le principe de la participation, y compris financière, des populations au fonctionnement des structures de santé.

De surcroît en Afrique subsaharienne francophone, la dévaluation en 1994 de la monnaie commune, le Franc CFA, était potentiellement porteuse d'effets néfastes, en particulier sur la composante des coûts de santé qui impose des importations.

Sous ces considérants principaux, les deux Maisons en sont venues à exprimer en terme simple une interrogation majeure : l'équité dans l'accès aux soins est-elle garantie aux citoyens ?

La réponse ne pouvant être déduite avec certitude de la lecture d'indicateurs classiques tant économiques que sanitaires, l'UNICEF et la Coopération française décidèrent de conjuguer leurs efforts pour obtenir des éléments contemporains sur lesquels leurs politiques et stratégies pourraient hausser l'efficacité de leurs actions en faveur des pays africains dans lesquels elles interviennent.

Les résultats de ce projet sont impressionnants de réalisme et de vérité, ils montrent sans ambiguïté le chemin à suivre par les responsables nationaux des politiques sanitaires mais aussi par les Partenaires au Développement de ces pays.

Si l'on devait résumer en une phrase la réponse à la question de l'équité dans l'accès aux soins, on pourrait dire, malgré des progrès enregistrés, que lorsqu'ils sont malades les citoyens se trouvent face à un système inéquitable, dont les facettes économiques cachent des causes plus profondes.

Bien sûr les capacités financières des ménages les plus pauvres constituent le premier obstacle, souvent infranchissable, vers les soins modernes, mais la médiocre qualité des prestations autant que les rapports avec les professionnels de santé les excluent plus que les autres catégories mieux armées pour défendre leurs droits de consommateurs.

Tant l'acceptation d'un diagnostic sombre que l'expression de volontés de changements affirmées par les autorités des cinq pays hôtes du projet offrent de sérieuses raisons d'espérer pour l'avenir et constituent un net encouragement pour les institutions d'aide au développement à maintenir leurs apports.

Depuis quatre ans, simultanément au projet de recherche-action intitulé « santé urbaine, équité et qualité » mené par l'UNICEF et la Coopération française une « Action Concertée pour l'amélioration de l'efficacité des réseaux de santé dans les zones urbaines », financée par la Commission Européenne a été mise en place, réunissant partenaires du Sud et du Nord

¹ Dont l'UNICEF fut le principal concepteur puis soutien à la mise en œuvre au cours de la décennie 90.

sous la responsabilité de la l'agence allemande de coopération (GTZ) et la coordination scientifique de l'Université Libre de Bruxelles.

Ces deux « grands chantiers » ont pris fin en 2001 et avant de passer à une phase opérationnelle élargie, l'UNICEF, la Coopération française et la GTZ ont souhaité proposer à la discussion les résultats détaillés de leurs travaux et lancer un large débat sur les questions de qualité et d'accès aux soins en milieu urbain dans les pays en développement.

Un séminaire tenu à Dakar en juin 2002 avait donc pour objectif général de restituer les résultats des recherches menées, puis de partager les expériences en matière d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins des pauvres en milieu urbain et d'en tirer toutes les leçons utiles à l'action, avec l'ambition de s'accorder sur les stratégies que les pays pourraient mettre en oeuvre pour les années à venir ainsi que sur le soutien que les institutions de développement pourraient apporter à ces stratégies.

Ce petit livre s'articule donc en deux parties : la première présente le projet Equité, conduit dans cinq pays d'Afrique de l'Ouest et la seconde relate le contenu du colloque de partage des résultats des deux projets qui s'est tenu à Dakar en juin 2002.

Les évènements intervenus depuis lors en Côte d'Ivoire n'enlèvent rien à l'intérêt scientifique des travaux ; mais les insuffisances structurelles exposées au cours de la recherche ne peuvent que se trouver multipliées par les difficultés actuelles liées à ces troubles.

Première Partie

Le projet santé urbaine : l'équité dans l'accès aux soins et leur qualité en milieu urbain

© UNICEF / HQ98-0234 / Robert Grossman



Le lecteur imagine sans peine le contexte quotidien d'un projet faisant pendant quatre années travailler ensemble en dix lieux différents plus de cent personnes de presque autant de métiers et venant d'horizons variés ; on ne s'y attardera donc pas, ainsi que sur les soutiens financiers apportés par les deux institutions.

I - CONCEPTION ET DÉROULEMENT DU PROJET

Dans un cadre toujours courtois et empreint de respect mutuel, les spécialistes de santé publique s'affrontaient depuis près d'une décennie sur plusieurs sujets tels :

- le milieu rural réputé plus pauvre supporte-t-il mieux grâce aux solidarités traditionnelles les effets des crises économiques,
- le milieu urbain n'est-il pas porteur de nouvelles misères générées par les déstructurations sociétales,
- l'absence de mécanismes institutionnels de protection sociale ne place-t-elle pas les citoyens sur un pied différent devant les systèmes de santé,
- le recouvrement des coûts n'est-il pas un facteur d'exclusion des familles les plus vulnérables...

La conviction commune de l'UNICEF et de la Coopération française que les grands enjeux de santé publique prendront une dimension croissante avec l'urbanisation galopante observée dans tous les pays aboutit à circonscrire l'étude aux capitales.

Si la question de l'équité pouvait être énoncée sans querelle d'écoles, le souci d'obtention de réponses pertinentes ainsi que la délimitation des contours et contenus du concept appelait un examen précis.

Puisque désormais dans la plupart des pays les citoyens ne peuvent se faire soigner que contre un paiement en espèces, il apparaissait incontournable que tout ce qui touche à l'économie devait être exploré de fond en comble.

De par leur longue expérience, les géniteurs du projet Equité ont convenu que le recours aux soins était le fruit de plusieurs combinaisons parmi lesquelles les rapports du citoyen avec les institutions sanitaires ne pouvaient être neutres.

Enfin, puisque les doctrines sanitaires nationales des pays placent légitimement les soins modernes au cœur des systèmes de santé, sans ignorer pour autant la place de la médecine traditionnelle, il était légitime de s'interroger sur la consistance des soins. La préoccupation dominante étant le recours aux soins pour la santé de base, seuls les centres de santé ont été pris en compte, le monde de l'hôpital relevant d'une autre problématique

La question de l'équité devait donc être abordée sous un triple regard : socio-économique, socio-anthropologique et de santé publique aussi appelé Qualité des soins, sans a priori sur le poids à consacrer à chaque composante dans l'assemblage des résultats.

Le continent africain est aujourd'hui constitué de 53 pays tous différents de par leurs histoire, géographie, peuplements, cultures, langues...

Le continent africain est aujourd'hui constitué de 53 pays tous différents de par leurs histoire, géographie, peuplements, cultures, langues...

Dans la seule zone communément dénommée Afrique de l'Ouest, on ne peut que constater la très grande diversité de situations :

1. Côte d'Ivoire	15 000 000	1990	100%
2. Bénin	7 000 000	1990	100%
3. Nigeria	100 000 000	1990	100%
4. République Fédérale de Nigeria	100 000 000	1990	100%
5. République de Côte d'Ivoire	15 000 000	1990	100%
6. République de Bénin	7 000 000	1990	100%
7. République de Niger	10 000 000	1990	100%
8. République de Mali	10 000 000	1990	100%
9. République de Sénégal	7 000 000	1990	100%
10. République de Guinée	7 000 000	1990	100%
11. République de Sierra Leone	5 000 000	1990	100%
12. République de Libéria	3 000 000	1990	100%
13. République de Gambie	2 000 000	1990	100%
14. République de Cap Vert	500 000	1990	100%
15. République de Guinée-Bissau	1 000 000	1990	100%
16. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
17. République de Oman	2 000 000	1990	100%
18. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
19. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
20. République de Oman	2 000 000	1990	100%
21. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
22. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
23. République de Oman	2 000 000	1990	100%
24. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
25. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
26. République de Oman	2 000 000	1990	100%
27. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
28. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
29. République de Oman	2 000 000	1990	100%
30. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
31. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
32. République de Oman	2 000 000	1990	100%
33. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
34. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
35. République de Oman	2 000 000	1990	100%
36. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
37. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
38. République de Oman	2 000 000	1990	100%
39. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
40. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
41. République de Oman	2 000 000	1990	100%
42. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
43. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
44. République de Oman	2 000 000	1990	100%
45. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
46. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
47. République de Oman	2 000 000	1990	100%
48. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
49. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
50. République de Oman	2 000 000	1990	100%
51. République de Arabie Saoudite	20 000 000	1990	100%
52. République de Émirats Arabes Unis	2 000 000	1990	100%
53. République de Oman	2 000 000	1990	100%

Comment aborder ce thème de l'équité de l'accès aux systèmes de santé de deux pays aussi différents, bien que producteurs de pétrole anglophone et la petite Guinée Equatoriale seul état pratiquant l'espagnol ? On entrevoit donc sans peine l'immensité de l'entreprise.

En considérant les diverses caractéristiques de choix, notamment la langue officielle, la monnaie, les fondamentaux sanitaires, les relations anciennes des pays avec l'UNICEF et la Coopération française...il est apparu que cinq capitales constitueraient un terrain adapté : Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey dont les tailles de populations sont indiquées ci-après.

				152 000	200 000	3 300 000
				22,00%	70%	10,00%

Source : Statistiques Banque Mondiale, 2001.

Après un accord originel de participation, les autorités ivoiriennes, maliennes, guinéennes, sénégalaises et nigériennes se sont impliquées graduellement au fil des quatre années que durera le projet.



Indépendamment des compétences et des talents d'acteurs pré-identifiés dans les cinq pays, on convint avant son lancement que les activités du projet devraient être à la fois irréprochables sur le plan scientifique mais offraient aussi l'occasion d'un approfondissement de la formation de jeunes chercheurs dans les disciplines visées par l'étude.

Cette mission fut confiée à l'Institut français de Recherche pour le Développement (IRD, ex-ORSTOM) qui délégua dans chacun des trois volets un spécialiste dont la rigueur et la réputation scientifique étaient notoires.

Sous ce tutorat, les jeunes chercheurs appliquèrent des techniques contemporaines améliorant la fiabilité des analyses : élasticité de la demande en économétrie, polygone d'observation des gestes sanitaires en qualité des soins, procédure ECRIS en anthropologie...

La taille des échantillons a été déterminée selon les lois prévalant dans chaque discipline ; elle aboutit à disposer de données portant sur de vastes ensembles, par exemple plusieurs milliers de ménages enquêtés dans le volet socio-économique. De surcroît, sauf impossibilité, les travaux économiques, anthropologiques et d'étude de la qualité des soins ont été conduits sur les mêmes sites retenus dans chaque capitale.

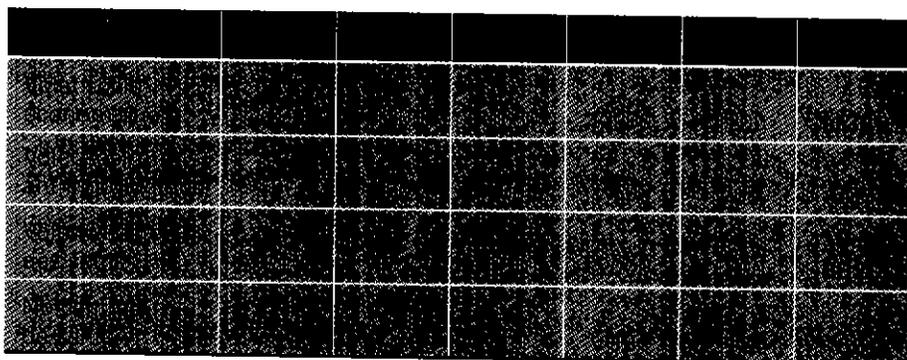
L'intrusion du monde universitaire dans le projet n'a pas entraîné de schisme entre les familles d'acteurs qui au contraire se sont enrichis de leurs cultures réciproques.



A la fois pour d'évidentes raisons de fiabilité de type statistique mais aussi pour obtenir une représentation au plus près de la réalité des institutions sanitaires des cinq capitales, ce sont près d'une dizaine de sites par ville qui ont été incluses dans les travaux.

Les sites étaient majoritairement des centres publics de diagnostic et de soins mais ils comprenaient également des structures dites de type communautaire qui sont apparues depuis une dizaine d'années dans les pays.

Avec des subtilités tenant à la fois au contexte de chacun des pays et à la coordination des trois volets, on peut dresser le tableau suivant des échantillons des investigations conduites.



Débuté en 1997, le projet a fait l'objet d'un pilotage qu'on peut résumer ainsi :

Un Conseil scientifique a délimité les contours et la technique de travail dans chacun des volets ; un cadre méthodologique commun a été mis au point dont les directeurs scientifiques furent les conseillers et les gardiens, en particulier en menant des missions de supervision des équipes de chercheurs de toutes disciplines afin de garantir la cohérence des investigations et des analyses.

Les travaux de recherches furent conduits par des spécialistes nationaux des questions à étudier mais ils furent aussi l'occasion de conforter des réseaux de recherche et d'aider de jeunes professionnels en fin de formation supérieure diplômante.

En matière d'orientations stratégiques et de contrôle de la saine gestion des fonds alloués par leurs sièges, les responsables de l'UNICEF (y compris son Comité français) et de la Coopération française ont tenu en moyenne deux comités de suivi annuels auxquels ont souvent pris part les représentants des institutions basés à New-York, Paris et Abidjan.

Commencé avec des équipes restreintes de chercheurs et d'administrateurs, le projet a rapidement pu compter sur la montée en puissance des autorités sanitaires nationales et de leurs responsables locaux.

Enfin, lorsque la moisson des résultats dans chacun des volets est devenue consistante, une démarche d'appropriation des résultats a été engagée. Systématiquement des séances de restitution ont été organisées à trois niveaux : devant les acteurs de terrain souvent sujets des observations puis devant les responsables sanitaires locaux et enfin avec les ministères en charge de la Santé.

Les premières restitutions furent empreintes d'une certaine rugosité qui s'est progressivement estompée devant les évidences mais également devant les perspectives de soutien que les deux « marraines » ne pouvaient qu'apporter dans un futur proche.

II - LES RÉSULTATS

Les résultats des études conduites sur les trois volets dans les cinq capitales sont contenus dans plus de 2200 pages, dont le tableau ci-après donne la ventilation.

Mali	132		132		
Burkina Faso	106		106		
Burundi	169		169		
Guinée	39		39		
Senegal	101		101		
Total	547		547		

Derrière le chiffre sec du nombre de pages, n'apparaît pas celui du nombre de jours de travail que l'on peut estimer à 80.000, ce qui équivaut à quarante années de labeur d'un individu, une vie donc.

On ne juge évidemment pas la richesse de leur contenu au nombre de pages produites par les quinze équipes nationales, pas plus qu'on ne peut en déduire un intérêt privilégié pour un des trois regards portés par un pays sur la question de l'équité au volume de sa production écrite. Tout au plus peut-on indiquer que certaines équipes gardent encore dans leur carton de la matière qu'elles comptent affiner.

Quoi qu'il en soit, dans le cadre de cet ouvrage, il fallait présenter au public intéressé les traits marquants de ce qui a été mis à jour, en lui offrant la possibilité de détenir à la fois de l'information précise mais aussi en lui permettant de procéder à des comparaisons, voire à poursuivre lui-même des recherches sur des sujets qui l'intéressent plus particulièrement.

On a choisi un mode de restitution différent pour chaque volet, afin que le lecteur puisse dans cette formidable mine les éléments qui l'inciteront à poursuivre sa quête personnelle.

On a également préféré délibérément rester au plus près de ce que les rédacteurs des rapports ont rédigé ; mais réduire le volume des écrits donne à celui qui en est chargé un sentiment permanent de culpabilité de devoir manier le ciseau dans une production si riche, dont on sent qu'elle a été assurée avec compétence et conviction.

Que chaque auteur pardonne donc à l'ensembliser d'avoir amputé la version originale de sa rédaction.

Pour le volet socio-économique l'essentiel de la synthèse sur les cinq pays sera suivi par un condensé des résultats de chacun, desquels on a largement retiré la partie méthodologique dont la cohérence a été garantie par le directeur scientifique. Il n'a en effet pas semblé indispensable à la compréhension de savoir interpréter la formule :

$$P_{ij} = \frac{\exp(\beta_0 + \sum \beta_j x_{ij})}{\sum \exp(\beta_0 + \sum \beta_j x_{ij})} \quad , \text{ ou de manière équivalente } P_{ij} = \frac{1}{\sum \exp(-(\beta_0 + \sum \beta_j x_{ij}))}$$

Le foisonnement des travaux anthropologiques laissent néanmoins émerger des ondes dominantes que la synthèse faite par le garant scientifique illustre sans qu'il soit besoin de donner des coups de projecteurs dans les capitales.

Le dernier volet relatif à la qualité des soins a mis en lumière un corpus de faits dérangeants mais grâce auxquels la prise de conscience des progrès à accomplir est déjà réalisée par les autorités sanitaires ; aussi a-t-il semblé plus opportun de mettre en valeur les caractéristiques de la « démarche qualité » en ne recourant aux observations concrètes que pour mieux consolider le propos.

Si des noms d'auteurs apparaissent, ils ne peuvent occulter l'identité de nombreuses personnes sans lesquelles les travaux et les rapports des trois volets n'auraient pu voir le jour et dont la liste figure à la fin de cette partie du livre.

Synthèse de l'analyse socio-économique dans cinq capitales ouest-africaines sur la question de l'équité dans l'accès aux soins en milieu urbain

extrait du texte de
Mamadou MARIKO

Dans le cadre du projet « Santé Urbaine » mis en place par la Coopération française et l'UNICEF, une enquête socio-économique a été conduite dans chacune des cinq agglomérations urbaines ouest-africaines : Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey.

L'objectif de ces enquêtes consistait à rechercher les facteurs clés qui font que les ménages pauvres et non pauvres fréquentent ou non les structures sanitaires modernes. En vue d'une comparaison entre les cinq capitales, les ménages ont été classés suivant les critères de la Banque Mondiale en ménages « très pauvres », « pauvres » et « non pauvres ».

Dans le développement qui va suivre, sont présentés quelques éléments relatifs à l'incidence de la maladie, aux itinéraires suivis en cas de recours aux soins, et aux caractéristiques des différents types de recours; l'accent sera mis sur l'accès des ménages « très pauvres » ou démunis aux soins de santé de base.



L'incidence de la maladie

En règle générale, la maladie touche plus fréquemment les démunis. Le taux d'incidence (proportion, parmi l'ensemble des individus des ménages enquêtés, de ceux ayant déclaré au moins un épisode morbide durant la période de rappel) est de 17.3 et 17.2 respectivement à Bamako et à Niamey contre 15.6 et 16.8 pour les non pauvres.

Cependant, entre 76% (Niamey) et 99% (Dakar) des individus malades ont déclaré avoir connu un seul épisode morbide durant la période de rappel, mais la différence n'est pas significative entre les démunis et les non pauvres.

La différence apparaît entre les démunis et les non pauvres lorsque le nombre d'épisodes morbides excèdent 2 : par exemple, 6.1% des démunis malades à Abidjan ont déclaré avoir eu au moins 3 épisodes morbides contre 2.9% pour les non pauvres ; à Niamey ce pourcentage est 14.2% pour les démunis et 10.1% pour les non pauvres.

Les enfants de moins de 5 ans sont les plus touchés par la maladie : ils constituent à eux seuls 17 à 21% de l'effectif des malades alors qu'ils ne représentent qu'entre 10 à 14% des individus.

Les caractéristiques des maladies

Quelle que soit la ville étudiée ou le niveau de vie considéré du ménage, les syndromes palustres sont les plus couramment cités par les malades: ils représentent à eux seuls entre 40 à 50% des maladies déclarées. Ces dernières sont généralement supposées « naturelles » dans au moins 90% des cas, et cela quel que soit le niveau de vie du ménage.

En ce qui concerne la perception de la maladie, les malades démunis ont tendance à plus fréquemment considérer leur maladie comme « grave ou très grave», comparativement aux malades non pauvres : à Niamey ce sont 72.6% des malades démunis contre 66.2% pour les non pauvres ; à Dakar les proportions sont respectivement de 53.6% et 42.7%.

Le non recours aux soins en cas d'épisode morbide

Entre 2 et 9% des malades décident de ne rien faire pour se soigner en cas d'épisode morbide.

Pour les démunis, ce non recours s'explique dans 70 à 100% des cas (selon la capitale considérée) par le manque de moyens financiers. Pour les non pauvres, cela résulte d'une perception de non gravité de la maladie.

Les itinéraires thérapeutiques en cas de recours à un traitement

En milieu urbain, les ménages démunis utilisent principalement en premier recours l'automédication (par exemple 49% des malades démunis l'utilisent à Bamako, 52.5% à Abidjan, 85% à Niamey, 42% à Conakry), puis les soins modernes (42.8% des malades à Abidjan, 43% à Bamako, 35% à Conakry, 13% à Niamey).

A l'inverse, les non pauvres utilisent en priorité les soins modernes (50.5% des à Abidjan, 65% à Dakar, 54.5% à Bamako, 43% à Conakry), puis l'automédication (45.6% à Abidjan, 36% à Bamako, 35% à Conakry et 32% à Dakar).

Pour les 10 à 20% des malades qui sollicitent un second recours, le comportement des démunis et des non pauvres est le même que pour le premier recours : l'automédication et les soins modernes sont les plus utilisés.

Tous les malades qui pratiquent un troisième recours (2 à 4% de l'ensemble des malades) utilisent majoritairement les soins modernes quel que soit le niveau de vie.

L'automédication : facteurs d'utilisation et coûts

Le manque de moyens financiers (53% des cas à Conakry, 34% à Abidjan, 25% à Niamey et Dakar) et la non gravité de la maladie (39% des cas à Abidjan, 32% à Conakry, et 18% à Bamako et Dakar) sont les deux principales raisons qui poussent les ménages démunis à recourir à l'automédication.

Celle-ci se caractérise principalement, aussi bien pour les démunis et les non pauvres, par la prise de médicaments modernes. Mais la différence entre les deux catégories sociales se situe au niveau de l'origine des médicaments et de leur coût.

Chez les ménages démunis, l'essentiel des médicaments modernes achetés provient des pharmacies par terre (58.3% des cas à Bamako, 68.6% à Niamey) alors que les non pauvres s'approvisionnent auprès des officines ou dépôts pharmaceutiques privés. Ces sources d'approvisionnement expliquent l'écart entre les coûts : le coût moyen pour les démunis est de 600 F CFA (6 fois moins que pour les non pauvres) à Bamako et 400 F CFA (4 fois moins que pour les non pauvres) à Niamey.

Les soins de santé modernes : utilisation et coûts

Les centres de santé de commune et les dispensaires publics et parapublics sont les plus utilisés (par 40 à 55%), principalement à cause de leur proximité (dans 40% des cas à Niamey et Conakry, 45% à Abidjan et un peu plus de 30% à Dakar) : en moyenne, les malades ne font qu'un quart d'heure de trajet (Abidjan, Dakar et Niamey) ou tout au plus 20 minutes (Bamako) pour s'y rendre.

Chez les malades démunis, l'utilisation de ces formations sanitaires s'explique aussi par la modicité du coût des soins. Le coût moyen (incluant le transport, la consultation, l'achat de médicaments et les examens complémentaires) des soins dans ces formations sanitaires représente 3 à 12 fois celui des dépenses engagées par les démunis à l'automédication ; ce coût représente entre 55 et 168% du revenu correspondant à la valeur moyenne des seuils de pauvreté dans les cinq capitales étudiées (10.000 FCFA).

Si l'on exclut les examens complémentaires, les médicaments représentent pour les malades démunis 80% du coût de leur traitement dans les dispensaires publics et parapublics à Bamako, 83% à Conakry, 61% à Abidjan.

La sensibilité de la demande de soins de santé par rapport au prix et au revenu

Les estimations réalisées à partir d'un modèle de demande de soins indiquent des résultats intéressants.

L'effet négatif du prix et du coût du traitement est beaucoup plus fort chez les pauvres que chez les non-pauvres, sans pour autant qu'on enregistre un parallélisme entre augmentation et décision.

Une augmentation de 10% du prix des prestations de soins conduit chez les pauvres à une diminution d'entre 4 à 7,2% de la demande des formations sanitaires publiques alors que chez les non-pauvres la demande ne diminue qu'entre 0,7 et 1%.

Mais en ce qui concerne le coût du traitement, il est très élastique à la demande des pauvres : une augmentation de 10% de ce coût conduit à une baisse de 17.1% et 18.8% de la demande des pauvres auprès des formations sanitaires publiques à Dakar et à Niamey.

Les soins de santé modernes, qu'ils soient fournis par une formation sanitaire publique ou privée à but lucratif ou non, sont considérés par les ménages pauvres comme des biens normaux : une augmentation de 10% du revenu entraîne une augmentation respective de 2.3% et de 3.1% de la demande des formations sanitaires publiques à Dakar et à Niamey.

Les soins fournis par les formations sanitaires privées à but non lucratif sont considérés par les ménages non-pauvres comme des biens inférieurs : une augmentation de leur revenu entraîne une diminution de la demande de ce type de soins.

Ainsi, une politique de réduction du coût du traitement (c'est à dire, principalement le coût des médicaments) constitue la principale voie permettant l'accès des pauvres aux soins de santé élémentaires. Concernant les démunis, une prise en charge pourrait être envisagée avec une implication conjointe de l'Etat, des collectivités locales, et des partenaires au développement.

II.1.1. ABIDJAN

Enquête sur l'équité dans l'accès aux soins de santé

extrait du texte de
Hélène Perrin

Les démunis constituent un groupe d'intérêt privilégié de cette étude. Ils ont été définis à partir d'un critère de revenu en utilisant comme approximation de ce dernier la somme annuelle des dépenses du ménage par tête, calculée à partir des données de notre enquête. Ont été classés démunis l'ensemble des individus appartenant au premier quintile des dépenses annuelles par tête, le tableau 1 montre la grande variabilité des situations.

Tableau 1 : répartition des ménages par quintiles de dépenses

Une définition un peu différente des démunis a été utilisée lors de l'élaboration du plan de sondage, ceci principalement dans le but de limiter la taille de l'échantillon de départ et d'avoir un nombre suffisant d'observations sur les démunis. Un plan de sondage en deux étapes (constituées d'une «enquête légère» menée dans 4321 ménages et d'une «enquête approfondie» menée dans 1906 ménages de l'enquête légère) avait permis de sur représenter dans notre échantillon les ménages jugés défavorisés selon un score socio-économique calculé à partir de l'enquête sur les Dimensions Sociales de l'Ajustement Structurel. Les critères retenus par ce score socio-économiques étaient uniquement des indicateurs physiques rapidement identifiables (type de logement : baraque ou autre ; possession d'une radio ; possession d'un poste récepteur de télévision ; possession d'un frigo ; combustible : bois, charbon, etc...).

Mais le classement final des individus en différents groupes de niveaux de vie a été effectué en fonction des données sur les dépenses recueillies dans notre propre enquête. Les dépenses par tête constituent en effet un indicateur de niveau de vie plus précis, elles sont par ailleurs le critère utilisé dans la définition et la mesure de la pauvreté de la littérature économique et partant, le classement en démunis / non démunis est effectué à partir de données de notre propre enquête et non de celles d'une enquête antérieure.

Dans toute cette étude nous avons analysé en particulier le comportement de ce groupe des démunis du premier quintile (c'est-à-dire des 20 % les plus pauvres) en le comparant à celui des individus appartenant aux autres quintiles de dépenses.

Résultats statistiques et économétriques

Au cours des deux mois précédant l'enquête, 19,31 % des individus interrogés en enquête légère ont déclaré avoir eu au moins une maladie et 1,61 % des femmes en âge de procréer (15 - 49 ans) ont accouché.

Les malades appartenant au groupe des démunis du premier quintile ont eu proportionnellement moins recours aux soins de santé moderne que les malades appartenant aux autres groupes de niveaux de vie. 45,5 % des démunis n'ont jamais fait appel à la médecine moderne au cours de tout leur itinéraire thérapeutique contre 40,1 % dans le 3ème quintile et 31,7 % dans le cinquième (les plus riches), les différences de proportions étant significatives.

Ce phénomène s'accroît lorsque la gravité perçue de la maladie augmente. En effet, 33,7 % des malades démunis qui considéraient leur maladie comme grave ou très grave n'ont pas eu recours à des soins modernes pour soigner la maladie en question alors que cette proportion varie de 16,3 % à 24,4 % dans les autres quintiles, les différences étant significatives au seuil de 1%.

La répartition des types de soins choisis (l'automédication, les soins dans un établissement privé spécialisé ou non, les soins dans un établissement public spécialisé ou non et les soins dans une FSU-Com), présente certaines différences selon le niveau de vie. Cependant, pour le premier recours, seules les différences de proportion entre les quintiles extrêmes (le premier et le dernier quintile) sont significatives. Ainsi, les démunis recourent davantage à l'automédication que les très riches, ils ont moins recours au public spécialisé et au privé (spécialisé ou non) et recourent davantage au public non spécialisé, aux FSU-Com et aux guérisseurs. Par contre, entre le 1er et les 2ème, 3ème et 4ème quintiles, les types de soins ne sont pas choisis en proportions significativement différentes.

Une analyse descriptive des caractéristiques de l'offre de soins apporte un certain éclairage à l'explication de ces différences de comportement en matière de choix thérapeutiques. Quelques résultats statistiques descriptifs sont présentés ci-dessous.

Les prix médians payés par les utilisateurs pour l'ensemble des soins (actes médicaux, soins infirmiers et médicaments) peuvent être classés par ordre décroissant de la façon suivante dans le tableau 2 :

	Privé spécialisé	12 800 FCFA
	Public spécialisé	9 795 FCFA
	Public non spécialisé	6 300 FCFA
	Privé non spécialisé	6 000 FCFA
	FSU-Com	3 950 FCFA

Les prix médians payés par les utilisateurs pour des actes médicaux seuls (consultation et soins infirmiers) figurent au tableau 3

Tableau 3 : les prix médians des actes médicaux

	Privé non spécialisé	1000 FCFA
	FSU-Com	800 FCFA
	Public non spécialisé	500 FCFA

Concernant la facture pharmaceutique payée à la sortie de l'un de ces types d'établissement, les prix médians payés par les utilisateurs passent également du simple à près du triple comme le consigne le tableau 4.

Tableau 4 : les prix médians pour les médicaments

	Public spécialisé	1 200 FCFA
	Privé spécialisé	1 000 FCFA
	Public non spécialisé	1 000 FCFA
	Privé non spécialisé	1 000 FCFA
	FSU-Com	1 000 FCFA

Ainsi, dans les établissements non spécialisés, le prix payé pour les actes médicaux est plus cher dans les FSU-Com (qui doivent équilibrer leur budget sous peine de disparaître) que dans le public non spécialisé (qui n'a pas de contrainte d'équilibre économique), mais c'est par contre l'inverse en ce qui concerne le prix des médicaments.

Le lieu de consultation choisi se situe en majorité hors du quartier mais dans la commune du domicile du malade, et ce quel que soit le niveau de revenu. Par contre, les malades du dernier quintile vont, nettement plus que les autres, consulter dans des établissements éloignés (hors de leur commune d'habitation).

En ce qui concerne la qualité perçue, quel que soit le type de centre considéré, une très grande proportion des malades (plus de 75 %) se déclare satisfaite de l'accueil, de la propreté dans le centre et de la compétence de la personne soignante. La perception de la qualité varie néanmoins selon le type de centre choisi. La plus forte proportion de malades qui se sont déclarés satisfaits de l'accueil se trouve dans le privé (96,9 %), le public et les FSUCom comptent respectivement 75,8 % et 81,5 % de personnes satisfaites.

Les classements sont les mêmes pour la perception de la propreté et de la compétence de la personne soignante : le privé regroupe la plus forte part de satisfaits puis viennent les FSU-Com et les centres publics de santé.

Une analyse économétrique a ensuite été menée afin de tenir compte de l'effet conjoint de toutes les variables liées à l'offre de soins ou aux caractéristiques des individus.

Le modèle utilisé repose sur la théorie économique de l'utilité selon laquelle l'individu malade choisit le type de soins qui rendra maximal son bien-être (utilité) espéré compte tenu des ressources dont il dispose.

Le niveau d'utilité (bien-être) obtenu par un individu à la suite d'un certain type de soins est supposé dépendre premièrement de son état de santé suite au traitement, et deuxièmement de la quantité de biens non médicaux qu'il pourra consommer une fois les services de soins payés.

L'état de santé obtenu à la suite du traitement est lui-même fonction de caractéristiques de l'individu et de caractéristiques du centre de soins. Le niveau du bien-être (utilité) peut en fin de compte s'écrire comme une fonction de caractéristiques individuelles telles que l'âge, le niveau d'éducation, le sexe, le niveau de revenu, etc., et de caractéristiques du centre de soins telles que la qualité, la distance et le prix des soins.

La probabilité qu'un individu donné choisisse, au premier recours, un certain type de soins, est ici estimée grâce à un modèle multinomial logit conditionnel. Les types de soins que l'individu peut choisir dans ce modèle sont : l'automédication, les soins dans un établissement privé spécialisé ou non, les soins dans un établissement public spécialisé ou non et les soins dans une FSU-Com.

Les variables explicatives retenues sont :

- les prix des actes médicaux et des médicaments associés à chaque type de soins,
- la distance au centre, le temps d'attente, l'accueil, la propreté,
- la compétence de la personne soignante,

- les dépenses annuelles par tête du ménage auquel appartient le malade (les dépenses sont considérées comme la meilleure approximation du niveau de revenu),
- le niveau d'éducation,
- l'âge et le sexe,
- le fait de bénéficier ou non d'une assurance maladie,
- la gravité perçue de la maladie.

L'estimation de ce modèle de demande fournit les résultats suivants pour les **variables de qualité des centres**.

- ✓ Toute augmentation de prix, que ce soit celui des actes médicaux ou celui des produits pharmaceutiques, a pour effet une réduction de la demande de soins, quel que soit le type de soins et le quintile considéré.
- ✓ De même, une hausse du temps d'attente a tendance à diminuer la probabilité de recourir au type de soins dans lequel le temps d'attente augmente.
- ✓ L'impact de la distance sur la probabilité de choisir un certain type de soin est, lui aussi, négatif : le fait d'habiter hors du quartier dans lequel se situe un centre de soin réduit la probabilité d'utiliser ce dernier.

Parmi les variables de qualité des centres perçue par les individus, l'accueil semble être déterminant dans le choix d'un type de soins.

Parmi les **caractéristiques individuelles introduites**, les résultats les plus marquants peuvent être énoncés comme suit :

- ✓ La gravité perçue de la maladie semble jouer un rôle déterminant dans le choix entre la médecine moderne et l'automédication : le fait de percevoir leur maladie comme grave ou très grave pousse les malades à se soigner dans les centres de soins modernes, publics ou privés, spécialisés ou non ; seul l'impact sur les FSU-Com n'est pas significatif ;
- ✓ Le revenu par tête a un impact positif sur la probabilité de recourir à un centre de soin public spécialisé, à un centre privé spécialisé ou à un centre privé non spécialisé ;
- ✓ Le fait de bénéficier d'une assurance maladie accroît la probabilité de choisir de se soigner dans un centre public non spécialisé, dans un centre privé spécialisé ou non spécialisé ; toutefois, l'impact sur le privé spécialisé et les FSU-Com est non significatif.

Ce qui interpelle particulièrement dans cette étude est l'impact, sur la demande de soins, de variables sur lesquelles des politiques sanitaires sont susceptibles d'agir.

Il s'agit principalement des variables d'offre telles que le prix, la distance et la qualité. Cette étude mesure l'effet de chacune de ces variables dans chaque quintile, pour comparer les résultats entre eux, c'est-à-dire selon le niveau de vie.

Des analyses d'élasticité, pour les variables quantitatives (prix et temps d'attente), ont été effectuées pour tenter de répondre à cette question. Les élasticités ont été calculées dans différents groupes de niveau de vie, délimités par les quintiles des dépenses annuelles par tête, puis l'analyse comparative a exploré si la sensibilité des malades à ces variables d'offre différait selon le niveau de revenu.

Les « élasticités prix » mesurent la variation en pourcentage de la demande (calculée ici par la probabilité de choisir un type de soins) qui résulte d'une augmentation de 10 % du prix. Celles-ci sont relativement faibles quels que soient les types de soins et les quintiles considérés: elles sont inférieures à un en valeur absolue.

La diminution de la probabilité de fréquenter un type de soins est moins que proportionnelle à la variation de prix correspondante. Par exemple (voir Annexe B), lorsque le prix des actes médicaux augmente de 10 %, l'utilisation des services correspondants diminue d'environ 4 %. La demande est donc faiblement élastique au prix.

Les valeurs des élasticités-prix ne sont pas significativement différentes dans les différents groupes de revenu.

D'après les résultats, tous les quintiles montrent approximativement la même diminution dans l'utilisation des services de santé, lorsque le prix augmente. Le groupe des démunis ne présente pas de spécificité forte par rapport aux autres groupes de niveaux de vie quant à sa sensibilité aux prix des soins ou des médicaments.

Les élasticités prix sont par contre en moyenne plus élevées pour les actes médicaux que pour les médicaments, ce qui peut-être s'expliquer par une réticence plus grande à payer les actes médicaux, encore gratuits il y a quelques années.

Les résultats concernant la sensibilité de la demande au critère de qualité « temps d'attente » sont analogues. Les élasticités sont négatives mais assez faibles. Donc, lorsque le temps d'attente augmente, l'utilisation diminue, mais pas d'une façon radicale. De même, on ne détecte pas de différence significative de sensibilité de l'utilisation à l'attente selon les groupes de revenu.

Les élasticités de « temps d'attente » sont du même ordre de grandeur que celles de la demande aux prix des actes, ce qui montre que cette variable de qualité est quasiment aussi importante pour les malades que le prix des actes en lui-même.

CONCLUSION

D'après les résultats des calculs, effectués et vérifiés plusieurs fois compte tenu de leur allure, la sensibilité de la demande de soins de santé modernes à une variation de prix est indépendante du niveau de vie.

Les démunis ne sont donc pas particulièrement exclus du système de santé du fait de la tarification des actes. Le système de tarification actuel n'entraîne pas de graves conséquences en matière d'équité dans l'accès aux soins. La qualité apparaît en outre, à côté du prix, comme une variable déterminante dans l'explication de la demande de soins.

D'autres critères, individuels - tels que le bénéfice d'une assurance maladie ou d'une mutuelle - ou spécifiques aux centres de soins - comme la qualité des soins et la proximité géographique - jouent visiblement un rôle important dans le choix des soins et sont susceptibles d'améliorer l'accès aux soins modernes.

Ainsi, une amélioration de la qualité des soins, conjuguée à une tarification des soins minimale, le développement de centres de santé de proximité ainsi que l'apparition de systèmes d'assurance et / ou de mutuelles dédiées aux frais de santé pourraient constituer des éléments de politique sanitaire permettant d'améliorer l'accès aux soins de l'ensemble des individus, démunis et non démunis.



II.1.2. BAMAKO

Etude sur l'équité dans l'accès aux soins dans les Communes «V» et «VI» de la ville de Bamako

extrait du texte de
Seydou O. COULIBALY

Après avoir analysé les caractéristiques démographiques de la population synthétisées dans le tableau 1, puis les caractéristiques culturelles, les motifs de recours déclarés par les répondants seront considérés avec attention.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des ménages étudiés

Avec les **caractéristiques culturelles**, on s'intéresse essentiellement à la religion, à la nationalité et au statut matrimonial, l'alphabétisation, la scolarisation et le niveau d'instruction dont les chiffres figurent au tableau 2.

Composée à 98 % de musulmans et de personnes de nationalité malienne, la population de notre échantillon se répartit entre quatre principales ethnies à savoir : les Bambara (37 %), les peuls/Diokoromè (17 %) les malinké/Kassonké (12 %) et les sarakolé/Soninké (11 %). D'autres ethnies comme les tamasheq et les maures (7 %), les minianka/sénoufo (6 %) et dans une moindre mesure les sonhraï sont également représentées. Quelle que soit la strate considérée, l'ethnie majoritaire demeure les Bambara. On note que la proportion des Bambara dans la strate défavorisée est supérieure (42 %) à ce qu'elle est dans la strate favorisée. Par contre, le phénomène contraire est observé avec les sarakolé (15 %) et les peul/diokoromè (22 %), deux groupes ethniques connus pour leurs succès dans le commerce et dans les affaires.

Tableau 2 : Répartition des plus de 6 ans selon leur scolarité, leur sexe et la strate % du total du groupe

	Strate favorisée		Strate défavorisée		Total	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Illétrés	11	11	11	11	22	22
Primaire	11	11	11	11	22	22
Secondaire	11	11	11	11	22	22
Supérieure	11	11	11	11	22	22
Total	44	44	44	44	88	88

L'environnement et l'habitat des ménages sont de première importance.

Dans la plupart des quartiers visités, on note l'insuffisance ou l'absence totale des canaux d'évacuation des eaux usées : les eaux utilisées pour la lessive et la vaisselle sont déversées dans les rues. On observe de nombreux cas de puisards déversant directement leur contenu sur la voie publique ; dans la plupart des cas, l'élimination des ordures ménagères ne respecte aucune norme d'hygiène et d'assainissement. En saison des pluies, les tas d'ordures favorisent la formation des flaques d'eau en réunissant ainsi les conditions pour le foisonnement des moustiques et d'autres vecteurs de maladies.

Du point de vue des infrastructures sanitaires, le site de notre étude compte actuellement 19 centres de santé communautaires (structures de recours de premier niveau) auxquels il faut ajouter le centre de santé de référence de la commune 5, le centre de santé de la commune 6, plusieurs cabinets et cliniques privés et des officines pharmaceutiques.

L'habitat des ménages est marqué par des taux de promiscuité qui sont, en général, élevés. On décompte, par exemple, 2,7 ménages par concession. Ce qui correspond au bas mot, pour une taille moyenne des ménages de 9 personnes, à un effectif moyen de 24 habitants par concession.

Au total, 59 % des chefs de ménages interrogés déclarent être propriétaires de leur logement. Plus d'un ménage sur quatre vit en location (27 %). Ces taux varient peu selon la strate favorisée (52%) ou défavorisée (62%). Les éléments relatifs à l'accès à l'eau mentionnés au tableau 3 complètent les différences de conditions de vie selon les couches sociales.

Tableau 3 : Sources d'approvisionnement en eau (en %)

Après avoir étudié les caractéristiques démographiques, culturels et décrit l'environnement et l'habitat des ménages, analysons maintenant les caractéristiques économiques.

Les caractéristiques de **la population active** établissent au tableau 4 la prééminence de l'économie informelle et le rôle des femmes même dans la strate des défavorisés

Tableau 4 : Répartition professionnelle de la population occupée en (%).

Après avoir déterminé les principales sources de revenus de la population de la zone d'étude, étudions les structures des dépenses effectuées.

Les revenus des ménages relatés au tableau 5 montrent un écart de près de 1 à 4 entre strate favorisée ou non.

Tableau 5 : Structure des revenus mensuels par type et par strate

Type de ménage	Strate 1		Strate 2		Strate 3	
	Revenu mensuel (CFA)	Structure (%)	Revenu mensuel (CFA)	Structure (%)	Revenu mensuel (CFA)	Structure (%)
Ménage individuel	150 000	100	200 000	100	300 000	100
Ménage à deux personnes	200 000	100	300 000	100	400 000	100
Ménage à trois personnes	250 000	100	350 000	100	450 000	100
Ménage à quatre personnes	300 000	100	400 000	100	500 000	100
Ménage à cinq personnes	350 000	100	450 000	100	550 000	100
Ménage à six personnes	400 000	100	500 000	100	600 000	100
Ménage à sept personnes	450 000	100	550 000	100	650 000	100
Ménage à huit personnes	500 000	100	600 000	100	700 000	100
Ménage à neuf personnes	550 000	100	650 000	100	750 000	100
Ménage à dix personnes	600 000	100	700 000	100	800 000	100
Ménage à onze personnes	650 000	100	750 000	100	850 000	100
Ménage à douze personnes	700 000	100	800 000	100	900 000	100
Ménage à treize personnes	750 000	100	850 000	100	950 000	100
Ménage à quatorze personnes	800 000	100	900 000	100	1 000 000	100
Ménage à quinze personnes	850 000	100	950 000	100	1 050 000	100
Ménage à seize personnes	900 000	100	1 000 000	100	1 100 000	100
Ménage à dix-sept personnes	950 000	100	1 050 000	100	1 150 000	100
Ménage à dix-huit personnes	1 000 000	100	1 100 000	100	1 200 000	100
Ménage à dix-neuf personnes	1 050 000	100	1 150 000	100	1 250 000	100
Ménage à vingt personnes	1 100 000	100	1 200 000	100	1 300 000	100

Mais la connaissance du revenu d'un individu ou d'un ménage ne détermine pas de façon précise ni la structure ni le niveau de sa consommation.

Analysons rapidement les dépenses effectuées par les ménages interrogés.

Les dépenses des ménages : en adoptant la démarche similaire à celle utilisée pour l'estimation des revenus, on parvient au tableau 6 qui récapitule les ordres de grandeur des dépenses effectuées par les ménages interrogés par type et par strate ainsi que les dépenses moyennes par ménage et par habitant.

Ces résultats montrent que si le niveau moyen des dépenses mensuelles par ménage et par personne varie considérablement d'une strate à l'autre, la structure de ces dépenses reste comparable. En effet, les postes dominants sont les mêmes dans les deux strates.

Tableau 6 : Dépenses mensuelles par strate selon le type de dépense

Les dépenses de santé sont partout faibles, à peine 6 % des dépenses totales de chaque strate. Les dépenses de loisirs, quant à elles, arrivent en dernière position, environ 1 % de l'ensemble des dépenses dans chaque zone. La différence entre les strates n'est pas statistiquement significative pour chacune des deux précédentes catégories de dépenses.

La comparaison entre les revenus révèle que les dépenses déclarées sont incompatibles avec les revenus des ménages : le revenu mensuel par tête ne représente que 86 % de la dépense mensuelle par personne.

De toute évidence, il existe une sous-déclaration des revenus par les ménages. Cette pratique semble plus importante dans les tranches inférieures de revenus. En effet, si dans la strate défavorisée le revenu par tête couvre à peine 62 % des dépenses qui y sont effectuées, ce taux est de 119 % dans la strate favorisée.

Sur la base de la possession de certains biens d'équipements 42 % des ménages couverts sont démunis. Le seuil de pauvreté issu directement de nos données montre que 48 % des ménages, regroupant 38,3 % de la population, de notre échantillon vivent en deçà du seuil de pauvreté. Ils sont donc considérés comme pauvres.

Ainsi on retiendra comme pauvres tous les ménages à revenu mensuel inférieur à 137 182 Fcfa. Parmi les pauvres, on distinguera deux catégories : très pauvre (revenu < 68 591 Fcfa) et pauvre moyen (revenu compris entre 68 591 Fcfa et le seuil de pauvreté)

La catégorie non pauvre ou riche est constituée par les ménages dont le revenu est situé au-dessus du seuil de pauvreté. Ici aussi deux groupes ont été définis : les riches moyens et les très riches. Seront considérés comme très riches les ménages qui ont un revenu supérieur ou égal à 464.300 Fcfa. Le revenu des riches moyens compris entre :137.182 et 464.300.

Les problèmes de santé et l'accès aux soins

Au cours des deux mois précédant le passage des enquêteurs dans les ménages échantillonnés, 2303 personnes ont déclaré avoir souffert d'une maladie, d'un accident ou d'une blessure. Ce qui signifie que 15 % des individus ont été malades sur la période de rappel (les blessures et les accidents ont été rarement évoqués : chacun de ces cas représente moins de 1 % de la population étudiée).

La proportion des malades est de 16 % parmi les pauvres contre 14 % chez les non pauvres. Les différences observées sont statistiquement significatives. Ce qui signifie que, contrairement aux non pauvres, les pauvres ont une probabilité plus grande de contracter la maladie.

Il ressort globalement que dans la catégorie socio-économique pauvre, les femmes (18 %) se déclarent plus malades que les hommes (15 %). En outre, les femmes pauvres sont plus malades que les femmes riches (14 %) et les personnes âgées se déclarent plus malades que les autres tranches d'âge. Enfin, on constate que parmi les moins de 10 ans, les garçons sont plus malades que les filles (17 contre 15 %).

Concernant les maladies déclarées (renseignées au tableau 7), la moyenne est de 1,1 épisode par malade soit, en gros, 0,9 épisode par personne et par an contre 0,5 pour le niveau national. La population de la zone d'enquête déclare 1,6 fois plus d'épisodes que la population totale du Mali.

Tant chez les pauvres qu'en milieu non pauvre, c'est la catégorie de paludisme/fièvre qui est prédominante. En moyenne, du total des épisodes déclarés, plus d'un cas sur deux est relatif au paludisme (52 %). Ce taux est de 53 % dans le groupe des non pauvres contre 50 % chez les pauvres.

Parmi les épisodes ainsi déclarés, 60 % étaient perçus comme graves ou très graves, 31 % avaient une gravité modérée et moins d'un épisode sur dix était jugé bénin. La durée médiane de ces épisodes est d'une semaine

et, dans la moitié des cas, la décision d'effectuer la première consultation n'est prise que 3 jours après la survenue de la maladie. Notons, par ailleurs, que pour l'ensemble des épisodes déclarés, la durée moyenne de cette prise de décision est de l'ordre de 3 semaines.

L'analyse de la répartition des épisodes par tranche d'âge montre une prédominance chez les enfants de moins de 10 ans (30 %). C'est parmi ces derniers que les taux les plus élevés de maladies diarrhéiques, de dermatoses et de maladies infectieuses ont été enregistrés. Un cas de paludisme sur trois concerne cette tranche d'âge.

© UNICEF / HC99-0708 / Jeremy Horner



Tableau 7 : Prévalence (Prév) des épisodes déclarés en fonction du niveau de vie

Niveau de vie	Prévalence (Prév)		Total	Prévalence (Prév)		Total
	Prév	Prév		Prév	Prév	
1	55.0	8.2	1276	61.7	9.4	
2	3.1	0.5	76	2.7	0.4	
3	4.6	0.7	110	4.9	0.8	
4	9.1	1.5	267	10.8	1.7	
5	10.1	1.5	277	11.2	1.6	
6	3.2	0.5	76	3.1	0.5	
7	5.3	1.3	130	5.0	1.3	
8	1.7	0.4	40	2.0	0.5	
9	3.4	0.4	85	3.3	0.4	
10	1.4	0.3	39	1.5	0.3	
11	2.0	0.3	47	1.9	0.3	
Total	100	16.4	2970	100	16.3	

Les solutions adoptées de recours (ou non) aux soins pour faire face aux épisodes établissent que seulement 45 épisodes, soit 2 % du total, n'ont pas été traités. Les épisodes soignés se répartissent comme suit : 40 % pour l'automédication ; 55 % pour la médecine moderne et 5 % pour la médecine traditionnelle. Le tableau 9 donne la répartition de l'ensemble des épisodes selon le niveau de vie, le sexe et l'âge.

Tableau 8 : Répartition de l'ensemble des recours par sexe, par âge, selon le niveau de vie (%)

	Sexe	Âge	Niveau de vie

Le non recours systématique aux soins est marginal : les épisodes non traités sont répartis entre 43 malades dont l'âge moyen est de 33 ans. Ces malades sont majoritairement des femmes (plus de 55 %) avec un âge médian de 39,5 ans.

Au moins, un cas sur trois des épisodes non traités porte sur le paludisme/fièvre (36 %) suivis des maladies infectieuses (24 %) des syndromes douloureux non spécifiques (16 %) et des symptômes ostéo-articulaires, musculaires et neurologiques (14 %). La durée moyenne des épisodes non soignés est de 3 jours. Notons que 50 % de ces épisodes ont duré moins de 2 jours et 40 % d'entre eux étaient perçus comme graves ou très graves. Ces derniers cas ont été majoritairement relevés parmi les couches pauvres (54 %).

L'abstention de recourir aux soins décroît avec le niveau d'instruction, de 67 % aucun niveau d'instruction, 14 % pour niveau primaire et à peine 2 % seulement pour le niveau supérieur. Par contre, c'est dans les tranches supérieures d'âge que le comportement de non recours est plus représenté quel que soit le niveau de vie.

Les raisons évoquées pour justifier l'abstention à la recherche des soins varient suivant le niveau de vie. Alors que le manque d'argent est le principal motif cité par les pauvres (83 %), le non recours systématique se justifiait en milieu non pauvre par la non gravité de la maladie (46 %).

L'automédication, qui représente une pratique normale est très différente selon l'âge et le niveau de vie, avec des curiosités que révèle le tableau 9.

Tableau 9 : Part de l'automédication dans le total des recours par sexe, par âge et selon le niveau de vie (%)

	Sexe	Âge	Niveau de vie

En résumé, les pauvres « s'automédiquent » plus que les riches. Les enfants sont les plus concernés par ce mode de traitement. La différence entre le sexe n'intervient qu'à partir de 35 ans, âge auquel les hommes ont plus recours à l'automédication que les femmes. Plus d'un sur deux des recours à l'automédication est lié au paludisme. Le manque ou le faible niveau d'instruction influence positivement la pratique de l'automédication.

L'analyse des recours aux soins modernes selon le niveau d'instruction aboutit à la conclusion que s'il n'y a pas de différence significative entre les niveaux d'instruction par contre, l'utilisation des services modernes diffère sensiblement entre le niveau primaire et secondaire ou plus. Ce qui signifie que ce n'est qu'à partir du niveau secondaire que l'impact de l'instruction commencer à affecter positivement l'utilisation des services modernes de santé.

Le paludisme est le premier motif de recours aux services de santé modernes. En effet, cette maladie entre pour 51 % de la demande totale de soins adressée aux structures modernes de soins. Aussi, sur l'ensemble des épisodes palustres déclarés, 54 % d'entre eux ont été traités par la médecine moderne.

L'examen du recours aux soins modernes **selon la tranche d'âge** révèle une particularité pour les individus âgés de 20 à 34 ans. En effet, ils sont plus nombreux à utiliser les services modernes que ne le font les moins de 20 ans et les plus de 34 ans. Il n'existe pas de différence statistique significative entre les moins de 10 ans et les 10 à 19 ans d'une part, et d'autre part, entre les 35 à 54 ans et les plus de 54 ans.

Si on considère le recours à la médecine moderne **selon la formation sanitaire, le sexe et le niveau de vie**, on constate avec le tableau 10 que les recours aux formations communautaires (17 %) sont plus élevés que ceux vers les structures privées à but lucratif (8 %) ou les hôpitaux (8 %). Selon le niveau de vie, on note une différence significative entre les pauvres (7 %) et les riches (22 %) par rapport à l'utilisation des services privés à but lucratif. Aussi, les pauvres ont moins accès aux services des hôpitaux que les riches avec 6 % et 13 %, respectivement. Les riches par contre se dirigent majoritairement vers les hôpitaux. Le fait que les riches fréquentent les Cscm autant que les pauvres infirme l'idée selon laquelle les Cscm sont des structures réservées aux couches démunies.

Tableau 10 : Part du recours à la médecine moderne selon le niveau de vie, le sexe (%)

Niveau de vie	Sexe		Niveau de vie		Sexe	
	M	F	M	F	M	F
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

S'agissant du **coût des recours aux soins modernes par type de formation sanitaire**, d'une manière générale, le coût moyen de la prescription dans les Cscm est inférieur à ceux des autres formations sanitaires. Ceci est probablement dû à la prescription des médicaments essentiels en DCI dans les centres de santé communautaires.

En examinant le tableau 11, on constate que les pauvres se dirigent majoritairement vers les Cscm où les coûts moyens et médians sont les plus bas ; il est possible que, contrairement aux hôpitaux et au privé lucratif, le tarif des prestations dans les Cscm explique en partie leur forte utilisation par les pauvres.

Tableau 11 : Coûts moyens du recours selon le niveau de la structure sanitaire et la nature de la prestation

Niveau de la structure sanitaire	Nature de la prestation		Niveau de la structure sanitaire		Nature de la prestation	
	M	F	M	F	M	F
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Dans les structures publiques, les pauvres jugent plus sévèrement la propreté des lieux que ne le font les riches. En outre, le coût du traitement y est élevé et le temps d'attente est jugé particulièrement trop long par les pauvres. C'est peut-être à cause de ces facteurs que les pauvres ont moins recours à ces formations.

Pour le recours à **la médecine traditionnelle** (il s'agit ici de tous les recours aux guérisseurs, aux féticheurs, aux marabouts, aux géomanciens, ainsi que des consultations effectuées ou dispensées à domicile par un professionnel de la médecine traditionnelle ou par une accoucheuse traditionnelle) rappelons que riches ou pauvres accroissent leur recours en fonction de leur âge. Le tableau 12 montre des coûts qu'il est intéressant de comparer à ceux du tableau 11.

Tableau 12 : Les dépenses effectuées auprès de la médecine traditionnelle par type

Marabouts	0	173
Guérisseurs	0	173
Médecins	1000	173
Autres	0	173
Total	1000	173

Deux facteurs importants interviennent dans le choix de la médecine traditionnelle. Les individus sans niveau d'instruction ou du niveau primaire sont ceux qui utilisent le plus les services des guérisseurs et marabouts. Il y a aussi la durée de la maladie, plus un épisode traîne, plus la thérapie traditionnelle est sollicitée.

Les itinéraires thérapeutiques peuvent peser lourd autant en termes économiques que de restauration de la santé. L'itinéraire thérapeutique est la succession chronologique des différents recours au cours d'un même épisode morbide ; son étude n'est pas aisée car le choix du type de recours par un malade est fonction d'une constellation de facteurs dont il n'est pas facile d'isoler les plus déterminants. Du total des recours, 17 % ont donné lieu à une seconde étape, et seulement 4 % à une troisième étape et plus.

Tableau 13 : Répartition des recours par type et en fonction de l'étape

Type de recours	1 ^{ère} étape		2 ^{ème} étape		3 ^{ème} étape		4 ^{ème} étape	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Marabouts	100	57	100	100	0	0	0	0
Guérisseurs	100	57	100	100	0	0	0	0
Médecins	100	57	100	100	0	0	0	0
Total	100	57	100	100	0	0	0	0

15 % de l'ensemble de la population enquêtée avait, au moins, souffert d'un épisode morbide au cours des deux mois précédant le passage de l'enquêteur. Les pauvres sont plus malades que les riches, 16 % et 14 %, respectivement. En milieu pauvre, les femmes sont particulièrement plus malades. Quel que soit le statut économique, les personnes âgées se déclarent plus malades que les autres tranches d'âge.

La structure des épisodes déclarés montre que les maladies les plus importantes sont les mêmes dans les deux catégories socio-économiques. Plus d'un épisode sur deux est attribuable au paludisme. Viennent ensuite les syndromes douloureux non spécifiques et les maladies infectieuses.

L'abstention de recours aux soins est faible, 2 % de l'ensemble des recours. Les individus pauvres et de faible niveau d'instruction sont les plus concernés par ce phénomène. Alors qu'il est lié au manque d'argent chez les pauvres, c'est la non gravité dans la maladie qui est évoquée chez les riches. Notons cependant que la moitié des maladies non soignées ont duré moins de 2 jours.

L'automédication entre pour 40 % de l'ensemble des recours. Elle est très fréquente dans les couches très pauvres : 56 % contre 29 % chez les très riches. Elle décroît lorsque le niveau de vie augmente quelle que soit la tranche d'âge. A partir de 35 ans les hommes s'automédiquent plus que les femmes. L'automédication concerne toutes les maladies déclarées. Les individus de niveau d'instruction inférieur au secondaire sont plus prédisposés à cette pratique. Toutes dépenses confondues, le coût médian de l'automédication ne dépasse pas 300 Fcfa par épisode.

Le recours à la médecine moderne est le plus fréquent avec 55 % du total des recours. Ici aussi, c'est à partir du niveau secondaire seulement que l'instruction commence à affecter positivement l'utilisation des services modernes de santé. Le profil du praticien consulté est fortement influencé par le niveau d'instruction. Les individus de niveau secondaire ou plus ont plus recours aux médecins qu'aux infirmiers.

Les femmes ont plus recours aux soins modernes que les hommes. Le choix de ce mode de thérapie augmente lorsque le statut socio-économique s'élève : de 38 % chez les très pauvres à 65 % chez les très riches. Les individus âgés de 20 à 34 ans se distinguent dans leur goût prononcé pour les soins modernes. Toutes dépenses confondues, les Cscm sont moins chers que les dispensaires, le Csréf, l'informel, le privé à but lucratif et les hôpitaux. Quel que soit le type de formation sanitaire, l'analyse de la structure des dépenses de santé montre que les achats de médicaments sont de loin le poste le plus important.

L'appréciation des malades sur la qualité des soins est plus défavorable pour les structures publiques que pour les Cscm et le privé à but lucratif. Les hôpitaux sont caractérisés par un temps d'attente trop long et sont par ailleurs jugés très sales.

Le recours à la médecine traditionnelle est faible avec 5 % du total des recours. Il est la préférence des individus qui sont soit sans aucun niveau d'instruction soit de niveau primaire. Ce mode de traitement est celui des personnes âgées et des femmes de milieu pauvre. Dans 46 % des cas, il s'agit de maladies ayant duré plus d'un mois. Le coût médian du recours aux soins traditionnels est de 1500 Fcfa.

A ce niveau de l'analyse on retient que 45 % des recours sont constitués de l'automédication et des soins traditionnels. Le niveau d'instruction intervient dans le choix du type de recours. Le choix du malade semble aussi être influencé par le coût des prestations en vigueur dans les structures de soins. Une amélioration de la qualité des soins est souhaitable. En effet, un jugement défavorable des usagers quant à la qualité des soins semble constituer un obstacle à l'utilisation des soins modernes. Une amélioration des conditions de vie des pauvres (l'assainissement du milieu, l'accès à l'eau potable, notamment), pourrait contribuer à la réduction des taux de morbidité observés.





II.1.3. CONAKRY

Les déterminants des recours aux soins de santé à Conakry : Analyse selon le niveau de vie des ménages

extrait du texte de

DIOUBATE Yousouf (Bagadadjika) et SANGARE Moussa

Plusieurs études estiment que 37 à 50% des ménages de Conakry sont pauvres (Cornell University des USA, OIT...). L'analyse du comportement de consommation des ménages pauvres de Conakry montre que les deux tiers (64 à 68%) de leurs dépenses totales sont consacrées à l'alimentation et particulièrement à la consommation du riz importé.

En se fiant aux résultats de l'Enquête Intégrale de 1994 – 1995 sur le budget et la consommation, le revenu net moyen par ménage en Guinée s'élevait à 159.000 francs guinéens par mois en 1995. La moitié (51%) des ménages de Conakry disposaient d'un revenu net moyen inférieur à cette moyenne nationale (PNUD).

Malnutrition chronique, faiblesse du capital humain, taille et taux de dépendance du ménage élevés, faibles taux d'emploi et d'offre de travail, accès aux installations (eau électricité, sanitaire...) les plus médiocres, voilà tout un ensemble de caractéristiques négatives qui se rattachent généralement aux ménages pauvres et à leurs membres.

Ces facteurs ne sont certainement pas sans incidence sur le choix des itinéraires thérapeutiques en cas de maladie et sur la qualité des soins reçus.

II.1.3.1. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE LÉGÈRE

L'étude socio-économique fut menée en deux étapes : une enquête préliminaire dite légère, suivie d'une enquête approfondie.

L'enquête légère est réalisée auprès d'un large échantillon de la population (1 % des ménages de la capitale) et collecte des informations sur les différentes formes de recours aux soins utilisées et sur les caractéristiques socio-économiques des ménages en vue de leur classement en ménages démunis et non démunis. Le questionnaire utilisé comporte un nombre très limité de questions : survenance de maladie dans le ménage au cours des quatre (4) dernières semaines écoulées, itinéraires thérapeutiques, informations sur le degré de promiscuité dans les chambres, la possession de voiture, le statut de travail du chef de ménage et les taux de dépendance économique dans le ménage.

Le tableau suivant donne la répartition de l'échantillon entre les cinq (5) Communes de Conakry :

Kaloum	100	100	31,5
Matam	100	100	35
Dikann	100	100	40
Makouss	100	100	51,2
Barakou	100	100	51,5
Total	100	100	

Un indicateur (ou indice) composite (synthétique) de niveau de vie des ménages a été déterminé : NIVIE, calculé en faisant la moyenne arithmétique des variables relatives aux questions (affectées d'un coefficient de pondération) de degré de promiscuité dans les chambres d'habitation, de possession d'une voiture, du statut du chef de ménage sur le marché de travail, le taux global de dépendance dans le ménage. Les indices construisant NIVIE vont de très pauvre ou démunis, ménage moyen ou intermédiaire à ménage non pauvre.

Par rapport aux critères ainsi définis, l'analyse du tableau montre que 46,2% des ménages de Conakry sont des ménages démunis contre 14,6% de ménages non pauvres.

Les résultats synthétisés au tableau 3 permettent également de mettre en évidence plusieurs caractéristiques repérables essentiellement dans les ménages très pauvres (ou démunis).

Au niveau du groupe familial, il apparaît que les ménages les plus pauvres ont une taille relativement élevée (12,3 personnes en moyenne contre un peu moins de 8 personnes dans les 2 autres catégories de ménages) et un taux de dépendance économique élevé (un travailleur de ménage pauvre supporte en moyenne et au minimum 2 fois plus de personnes que son homologue de ménage non pauvre : 9,1 personnes contre 4,1).

C'est également dans les ménages démunis qu'on enregistre la plus forte proportion de femmes enceintes ou qui allaitent (51% contre respectivement 38,7% et 34,9% dans les ménages moyens et non pauvres).

L'examen du statut du chef de ménage sur le marché du travail montre par ailleurs que la non-participation au marché du travail (chômage, inactivité) et l'exercice d'emplois précaires et faiblement rémunérés (indépendant avec faible capital et salarié faiblement qualifié) sont des caractéristiques qui se rattachent fortement aux chefs de ménages pauvres. Ce sont là des résultats désormais classiques qui sont en parfaite harmonie avec les études antérieures sur la pauvreté.

La définition des **différentes formes de recours** ou de non-recours aux soins et l'évaluation de leur importance relative au sein des ménages, selon les critères présentés comme suit au tableau 2.

Tableau 2 : catégories de ménages selon le degré de recours aux soins modernes

Dans 242 ménages (près de 15% des ménages enquêtés), il n'y a eu aucun cas de maladie déclaré au cours des 4 dernières semaines écoulées. Parmi les ménages ayant déclaré des cas de maladie (1384 ménages), la grande majorité (59%) sont de bons consommateurs de soins modernes : au moins deux tiers des membres malades ont eu recours à un professionnel de santé moderne pour se traiter. Les ménages qualifiés au sens de cette étude comme n'utilisant que peu ou pas du tout les soins de santé modernes sont au nombre de 311 soit 22,5% des cas valides.

Le taux brut de morbidité dans les ménages de Conakry au cours des 4 dernières semaines écoulées est de 20,9% (contre 22% enregistré lors de l'Enquête Intégrale de 1994-1995). Cela signifie, en d'autres termes, qu'un peu plus d'un cinquième des membres des ménages enquêtés est tombé malade au cours des 4 dernières semaines précédant l'interview. C'est dans les communes de Matam et de Matoto qu'on enregistre les taux les plus élevés : respectivement 22,7 et 22% contre 18,8%, taux le plus faible, dans la commune de Dixinn. Le taux de morbidité observé dans les ménages pauvres est de 18,6% contre 24,7% dans les ménages moyens et 22% dans les ménages non pauvres.

Les principales maladies (ou symptômes) recensées indiquent la nature de la dernière maladie survenue au cours des 4 dernières semaines précédant l'interview est spécifiée pour 3343 personnes sur 3345 concernées.

Le paludisme, les maux de ventre, la grippe et les maux de tête constituent, dans l'ordre, les affections les plus fréquemment citées. Ils représentent plus de la moitié (52,1%) des cas. Le paludisme, affection la plus fréquente, est, à lui seul, déclaré par 34,6% des malades contre 31,3% lors de l'Enquête PASU de 1998.

Les autres types de maladie ou symptômes spécifiés par au moins 70 personnes (2,1% des malades enquêtés) sont : la fièvre, la diarrhée, les maux de reins, les gales et autres maladies dermatologiques, la tension, les maux de dents, le rhumatisme et la fatigue générale.

Les malades qui n'ont absolument rien fait pour se soigner sont assez rares : 3,1% des enquêtés malades. Globalement 48,4% des malades ont eu recours à un professionnel de santé moderne uniquement et 17% manifestent leur confiance au traitement moderne sans pour autant renoncer à d'autres voies de recours comme la médecine traditionnelle et l'automédication.

II.1.3.2. L'ENQUÊTE APPROFONDIE

Elle s'est basée sur un sous-échantillon de 630 personnes déclarées malades au cours de l'enquête légère (un malade par ménage). Ce sous-échantillon fut défini en s'efforçant de respecter un certain nombre de conditions :

- inclure au moins 300 malades repérés dans les ménages très pauvres ;
- éviter, dans la mesure du possible, les maladies chroniques et les cas d'hospitalisation ;

et focaliser l'attention sur les maladies dont la prise en charge relève de la première responsabilité des structures de santé de premier niveau.

Le questionnaire de 43 pages utilisé est individuel avec des annexes (informations sur le contexte familial du malade), il comprend 9 sections : identité et caractéristiques des membres du ménage, caractéristiques de la maladie, analyse détaillée des itinéraires thérapeutiques, prise en charge par l'assurance médicale et la mutuelle de santé, réseau associatif, réseau familial et social, statut socio-économique, dépenses et épargne, activités et revenus.

La définition de la pauvreté utilisée lors de l'enquête légère a été testée et validée par d'autres critères de détermination du niveau de vie des ménages (informations plus vraisemblables que celles relatives aux revenus et aux dépenses du ménage) tels la possession par le ménage d'un poste téléviseur, d'une vidéo, d'une chaîne HI-FI, d'une cuisinière, d'un réfrigérateur, d'un salon avec fauteuils et tables, d'une voiture.

Le concept de pauvreté utilisé lors de l'enquête légère est fonction de la situation professionnelle défavorable du chef de ménage, du degré de promiscuité élevé, du taux de dépendance élevé et subsidiairement de la possession ou non de voiture par un membre du ménage.

Les dépenses mensuelles moyennes par personne augmentent en fonction de l'amélioration du niveau de vie des ménages : un ménage démuné dépense en moyenne 12 789 francs guinéens (FG) par mois et par personne contre près de 2 fois plus dans un ménage non pauvre (24 210 FG).

S'agissant des **caractéristiques démographiques**, la taille moyenne des ménages est de 9,8 personnes, ce qui est identique à celle observée lors de l'enquête légère. La population enquêtée est essentiellement composée de

musulmans : 97,3 %, proportion qui varie peu selon le niveau de vie des ménages. Les groupes ethniques majoritairement représentés dans le sous-échantillon sont : le soussou (54,2%), le peulh (26,6%) et le malinké (14,3%).

L'écrasante majorité (89,4%) des chefs de ménage sont des hommes, proportion qui passe de 87,5% dans les ménages démunies à 94,1% dans les ménages non pauvres. On constate aussi une prédominance d'hommes dans les ménages : sur 6023 personnes identifiées dans les 616 ménages du sous-échantillon d'enquête, 51,3% sont des hommes, proportion qui varie peu selon le niveau de vie des ménages. En termes de liens de parenté avec le chef de ménage, la composition interne du ménage se présente ainsi : propres enfants du chef (48,5%), conjoint, notamment épouses du chef (13 %), le chef lui-même (10,2%). Ensuite viennent dans l'ordre les petits enfants du chef (7,5%), les neveux et nièces (6,9%), les frères et sœurs (4,2%), etc.

A Conakry, **l'assurance médicale et la mutuelle de santé** jouent un rôle insignifiant dans la prise en charge des malades. Seulement 1,1% des ménages enquêtés ont un de leurs membres bénéficiant d'une assurance médicale, proportion qui s'améliore légèrement selon le niveau de vie des ménages, passant ainsi de 0,3% dans les ménages démunis à 2,9% dans les ménages non pauvres.

Quant à l'adhésion à une mutuelle de santé, la situation est relativement meilleure : elle concerne 3,6 % des ménages dont 3 % de ménages démunis contre 5,1 % de ménages non pauvres. Le type d'assurance ou de mutuelle de santé dont parlent les membres de ménages bénéficiaires est essentiellement représenté par les prestations de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

Pourquoi très peu de ménages de Conakry ne bénéficient ni d'une assurance médicale ni d'une mutuelle de santé. Le manque de moyens est évoqué par plus de la moitié des ménages (54%), notamment les ménages démunis (58% contre 44% au niveau des ménages non pauvres) et le manque d'information sur l'existence de ces formes de partage des risques maladies est avancé par le tiers des ménages enquêtés. Près de 14,4% des ménages non pauvres estiment néanmoins qu'il est inutile d'adhérer à une assurance médicale ou à une mutuelle de santé en Guinée.

Les malades, lorsqu'ils sont majeurs, et les chefs de ménage, principalement en leur qualité de conjoints, de pères ou de mères des malades, constituent les personnes qui prennent les décisions essentielles en matière d'itinéraire thérapeutique à suivre. Ils supportent également l'essentiel des charges relatives aux dépenses de santé.

Les caractéristiques personnelles des membres de ménage sont présentées en distinguant les chefs de ménages des malades.

Les caractéristiques personnelles des chefs de ménage de Conakry sont :

- dans leur grande majorité (près de 90%) des hommes mariés dont l'âge moyen tourne autour de la cinquantaine (51,3 ans).

- plus d'un quart (28,3%) ne sont pas alphabétisés, c'est-à-dire qu'ils ne savent pas lire et écrire dans une langue quelconque (français, arabe, langue nationale...). Pour l'instruction formelle, près de la moitié (49,2%) des chefs de ménage ont fréquenté l'école française, 21,9% l'école coranique et 26% n'ont jamais été scolarisés. Pour ceux qui ont fréquenté l'école française ou l'école franco-arabe, le niveau d'instruction semble relativement élevé : niveau de l'enseignement secondaire pour 48% et celui de l'enseignement supérieur pour 35%.

- l'exercice d'une activité économique est déclaré par 71,4% des chefs de ménage, 15% se disent en situation de chômage et 13,5% sont des inactifs.

Ces tendances moyennes font, toutefois, l'objet de variations, parfois très importantes, selon le niveau de vie des ménages. Dans les ménages démunis, il y a une accumulation de caractéristiques négatives.

En effet, les chefs de ménages démunis sont relativement plus âgés que les chefs de ménages non pauvres (54,3 ans contre 47 ans). Ils renferment 2 fois plus de polygames (50,7 % contre 25 %), de veufs (7,2 % contre 2,9 %) et de femmes chefs (12,5 % contre 5,9 %). Des femmes chefs de ménage sont vraisemblablement et en majorité des veuves, des divorcées ou des conjointes de maris polygames.

En matière d'instruction formelle, près d'un tiers des chefs de ménages démunis n'ont jamais été scolarisés et 29% n'ont fréquenté que l'école coranique ; ces proportions sont respectivement de l'ordre de 7,4% et 5,1% dans les ménages non pauvres.

Lorsqu'ils ont été inscrits à l'école française ou franco-arabe, seulement 15,4% des chefs de ménages démunis atteignent le niveau de l'enseignement supérieur contre un taux qui est près de 4 fois plus élevé (60,5%) dans les ménages non pauvres.

Par rapport à l'exercice d'une activité économique, il y a, en termes relatifs, au moins 4 fois plus de chefs sans emploi dans les ménages démunis que dans les ménages non pauvres (48,5% contre 8,8%).

Pour les **caractéristiques personnelles des malades**, on relève une prédominance d'hommes (52,6 %), les malades concernés par l'enquête approfondie ont en moyenne 33,7 ans : 35,4 ans dans les ménages démunis contre 30,2 ans dans les ménages non pauvres. Les bébés malades de moins d'un an ont, en moyenne, 7,9 mois et représentent moins de 2 % des malades enquêtés.

Pris globalement, les malades ont une dotation en capital humain plus faible que celle des chefs de ménage ; cela est vrai aussi bien pour l'alphabétisation que pour l'instruction formelle. En effet, 42,8 % des malades de plus de 14 ans ne savent pas lire et écrire dans une langue quelconque, proportion qui est 2 fois plus élevée dans les ménages démunis que dans les ménages non pauvres (52,2 % contre 21,4 %). En ce qui concerne l'instruction formelle, 37,7 % des malades de plus de 5 ans n'ont jamais été scolarisés et 13 % n'ont fréquenté que l'école coranique. Les malades issus de ménages démunis présentent les situations les moins bonnes.

L'exercice d'une activité économique est déclaré par 41,6 % des malades âgés de plus de 14 ans, proportion qui passe de 36,7 % dans les ménages démunis à 49 % dans les ménages non pauvres. L'inactivité, sous ses multiples formes, concerne près de deux tiers des malades de ménages démunis et la moitié des malades de ménages non pauvres. Parmi les malades inactifs, on remarque une forte représentativité de femmes qui se déclarent ménagères.

L'analyse des **caractéristiques générales des maladies déclarées** constate une prépondérance de syndromes palustres. Ils constituent l'affection déclarée par un peu plus d'un quart (26,6 %) des malades du sous-échantillon, chiffre qui ne fait pas l'objet de fluctuations importantes selon le niveau de vie des ménages. Un malade sur dix se plaint d'une affection respiratoire et de la sphère ORL. Il en est de même pour les affections du tube digestif et les affections ostéo-articulaires et neurologiques. Pour un peu moins d'un tiers (31,5 %) des malades, la nature de la maladie n'est pas spécifiée avec précision.

On déduit une liaison assez étroite entre certains types de maladie et le niveau de vie des ménages. Les affections respiratoires et ORL prédominent dans les ménages non pauvres (16,2 % contre 8,7 % dans les ménages démunis), alors que l'inverse prévaut en ce qui concerne les affections du tube digestif et les affections ostéo-articulaires et neurologiques (13 % dans les ménages démunis contre respectivement 8,7 % et 5,2 % dans les ménages non pauvres).

La durée de la maladie ne dépasse pas une semaine dans 42,6 % des cas. Elle se situe entre 8 Jours et moins d'un mois dans 26,1 % des cas et plus d'un mois dans 31,3 % des cas. Les maladies qui durent plus d'un mois sont, en termes relatifs, près de 2 fois plus fréquentes dans les ménages démunis que dans les ménages non pauvres (37,5 % contre 19,1 %).

Quant aux **opinions sur les causes de la maladie**, cette dernière est perçue comme naturelle, par opposition à mystique, par plus de 9 personnes sur 10. Les facteurs fréquemment signalés comme causes de la maladie sont dans l'ordre : la saison hivernale qui est propice à la propagation du paludisme, les moustiques, l'alimentation, la fatigue, les maladies contagieuses et les problèmes gynécologiques (avortement notamment). Un tiers des personnes ayant répondu à la question ne sont pas en mesure de préciser la cause réelle (l'origine) de leur maladie.

Si on décrit **les itinéraires thérapeutiques**, l'automédication et le recours à un professionnel de santé moderne constituent les deux formes de recours thérapeutiques utilisées en premier ressort par plus de 4 malades sur 5 : 82,6 % dont 41,4 % pour l'automédication et 41,2 % pour le recours à un professionnel de santé moderne.

Médecine traditionnelle et niveau de vie des ménages sont très corrélés pour le premier recours : 0,7 % des malades non pauvres utilisent la médecine traditionnelle contre 12,5 % dans les ménages démunis.

Face à une affection ou symptôme quelconque, une personne peut décider de ne pas se faire traiter comme il peut avoir un ou plusieurs types de recours pour se soigner.

Seulement 5,5 % des malades n'ont rien fait pour se traiter. Les soins à domicile concernent 11 % des malades, proportion qui varie peu selon le niveau de vie des ménages. La médecine traditionnelle (en dehors du domicile) est le recours utilisé par 9,7 % des malades du sous-échantillon, moyenne qui passe de 11 à 10 % dans les ménages démunis et moyens à 6,9 % dans les ménages non pauvres.

Les différences constatées dans la dispersion des fréquences selon le niveau de vie des ménages laissent finalement présager l'existence d'une inéquité dans le recours aux soins.

L'absence de traitement concerne 42 malades qui n'ont rien fait pour se soigner. Ils se répartissent ainsi : 21 personnes dans les ménages démunis, 15 dans les ménages moyens et 6 personnes dans les ménages non pauvres.

Les raisons de l'absence de traitement divergent selon le niveau de vie des ménages. Plus de 4 malades sur 5 identifiés dans les ménages non pauvres (83,3 %) estiment que la maladie n'était pas grave et ne nécessitait pas de ce fait un traitement ; le manque d'argent n'est évoqué que par 16,7 % des malades de ce groupe. C'est la tendance inverse qui prévaut dans les ménages démunis : plus de trois quarts des personnes (76,2 %) évoquent le manque d'argent contre 19 % qui justifient leur décision par la non gravité supposée de la maladie.

Il apparaît également que la grande majorité des malades ont eu tort de n'avoir rien entrepris pour se traiter, car la maladie a persisté dans 61,9 % des cas. Pour recouvrer leur santé, 42,3 % des malades non guéris ont par la suite utilisé l'automédication, 19,2 % se sont fait traiter dans une structure de santé moderne et 7,7 % ont consulté un tradi-praticien.

Les malades qui ont eu recours à l'**automédication** l'ont cité comme premier recours dans la très grande majorité des cas : 87,6 % dont 85 % dans les ménages démunis contre 96,5 % dans les ménages non pauvres.

Déclaré par plus de la moitié (56,7 %) des malades concernés par l'automédication, l'achat de médicaments à la pharmacie par terre constitue la forme d'automédication la plus utilisée à Conakry. Il est suivi par la « détention de médicaments modernes à la maison » (14,1 %) et l'achat de médicaments sans ordonnance à la pharmacie moderne (9,6 %).

Les membres de ménages démunis ont surtout recours à l'achat de médicaments à la pharmacie par terre (61,4 % des malades contre 40,4 % dans les ménages non pauvres). Quant aux deux autres formes d'automédication, elles sont, en termes relatifs, 2 à 3 fois plus fréquemment signalées dans les ménages non pauvres que dans les ménages démunis : 29,8% contre 11,4% pour la « détention de médicaments modernes à la maison », 19,3 % contre 5,7% pour l'achat de médicaments sans ordonnance à la pharmacie moderne.

L'automédication est choisie pour des raisons qui divergent selon le niveau de vie des ménages : 64,9 % des malades de ménages non pauvres évoquent la non gravité de la maladie et seulement 17,5 % justifient leur choix par le désir d'éviter le paiement du coût de la consultation.

C'est exactement la situation inverse qui prévaut dans les ménages démunis dans des proportions à peu près identiques : maladie pas grave pour 20,7 % et désir d'éviter le paiement des frais de consultation/soins pour 67,9 %. Plus de la moitié (52,6%) des membres de ménages non pauvres ont pris une décision conforme à leurs aspirations, proportion qui est 2 fois moindre (19,3%) dans les ménages démunis.

Suite au recours à l'automédication, 3 malades sur 5 ont recouvré leur santé. Les autres ont, par la suite, privilégié dans l'ordre les recours suivants : traitement dans une structure de santé moderne (30,7%), toujours confiance à l'automédication (24,6 %), soins et consultation à domicile (21,9 %) et médecine traditionnelle (14 %). La confiance persistante à l'automédication (ou l'impossibilité de faire autrement) et le recours à la médecine traditionnelle concernent un nombre relativement plus important de membres de ménages démunis.

Lorsqu'on parle de « **consultation et soins à domicile** » à Conakry, deux situations différentes liées au comportement des malades selon le niveau de vie de leurs ménages méritent d'être préalablement signalées. Les membres de ménages non pauvres qui se traitent à domicile utilisent pour la plupart (77,8 %) des soins modernes et en deuxième recours dans la majorité des cas. Quant aux membres de ménages démunis, la majorité (52,6 %) ont recours aux soins traditionnels et dans plus de trois quarts des cas, il s'agit du premier recours.

Décroissantes selon la situation des ménages, l'habitude et les relations de parenté ou d'amitié avec la personne soignante sont les causes du choix : 55,6 et 21% des membres de ménages non pauvres contre 21,1 % et 15,8 % des ménages démunis, ces derniers exprimant la conviction que le coût est relativement moins élevé pour les « consultations et soins à domicile ».

Le traitement suivi a abouti à une guérison dans plus de trois quarts des cas (76,2 %) dont 73,7 % dans les ménages démunis contre 88,9 % dans les ménages non pauvres.

Les structures de santé modernes assez souvent fréquentées par les malades de Conakry sont : les hôpitaux (40,3 %), les dispensaires ou centres de santé (39,6 %), les cliniques (12,7 %) et d'autres types de structures de soins comprenant les centres à confession religieuse et les cabinets « clandestins ». Les membres de ménages démunis sont relativement plus nombreux (42,6 % contre 38,8 %) à s'orienter vers les dispensaires ou centres de santé à la différence des membres de ménages non pauvres qui ont tendance à se diriger un peu plus vers les hôpitaux (45 % contre 36,4 %). En parlant d'hôpitaux, il s'agit notamment de l'hôpital Ignace Deen et de l'hôpital Donka, sommet de la pyramide des soins en Guinée.

Un dixième (10,4 %) des malades du sous-échantillon ont été hospitalisés et il y a eu très peu de cas d'évacuation d'une structure de santé à une autre (0,4 %).

Sans distinction de niveau de vie des ménages, le recours aux structures de santé moderne est déclaré par au moins quatre cinquièmes des malades

concernés à titre de premier recours. La « consultation curative » accompagnée généralement de soins infirmiers est le type essentiel de soins reçus par plus de quatre cinquièmes des malades, et cela sans distinction du niveau de vie des ménages.

Tableau 3 : Les raisons du choix des structures de santé moderne (%)

« Coût des soins moins chers », « possibilité d'obtenir des médicaments », « envoyé par un autre praticien » sont d'autres facteurs évoqués, mais dans des proportions relativement faibles : 5,6 % pour le premier et moins de 1 % pour le deuxième et le troisième.

L'opinion que les malades se font du comportement et de la compétence du personnel soignant incite aussi à affirmer, toutes choses égales par ailleurs, que lorsqu'on se trouve en conformité avec les règles et principes de fonctionnement et de gestion des structures de santé modernes, il y a généralement une égalité de traitement entre les malades, sans considération de niveau de vie du ménage.

Les malades pour lesquels le traitement n'a pas été sanctionné par une guérison ont par la suite utilisé les recours suivants : la médecine traditionnelle (43 % dont 41 % dans les ménages démunis contre 76,5 % dans les ménages non pauvres), les soins dans une structure de santé moderne (25,3 %), l'automédication (19 %) surtout dans les ménages pauvres, pas de traitement (10 %) dans les ménages démunis uniquement et soins à domicile (2,5 %).

Les malades de ménages non pauvres qui ont recours à la **médecine traditionnelle** le déclarent tous comme 2^{ème} ou 3^{ème} recours contre la moitié des malades de ménages démunis. Les tradi-praticiens consultés sont essentiellement les guérisseurs (56,8 %) et les « vieilles femmes » (33,8 %).

En choisissant un tradi-praticien donné, les membres de ménages non pauvres suivent les conseils de leurs proches et amis (41,7%), tiennent compte de la proximité de leur domicile (25 %) et aussi de l'idée qu'ils se font de l'efficacité de la médecine traditionnelle en matière de traitement de certaines maladies (16,7%). Ces arguments sont également avancés, dans l'ordre, par les malades de ménages démunis, mais dans des proportions un peu plus faibles.

Trois quarts des malades de ménages non pauvres estiment que le choix effectué correspondait à leurs aspirations tandis que 70 % des malades de ménages démunis affirment le contraire.

Par recoupement des informations qui précèdent, il y a lieu d'admettre que les membres de ménages non pauvres ayant eu recours à la médecine traditionnelle sont déçus de l'efficacité de la médecine moderne en ce qui concerne le traitement de leur maladie. Dans les ménages démunis, par contre, le manque de moyen n'est pas innocent dans le choix de la médecine traditionnelle.

Suite au recours à la médecine traditionnelle, le taux de guérison est de 52,7% dont 47,5 % dans les ménages démunis contre 66,7 % dans les ménages non pauvres. Deux tiers des malades qui ont eu recours à la médecine traditionnelle ont une opinion favorable sur son efficacité, proportion qui varie de

60 % dans les ménages démunis à 75 % dans les ménages non pauvres. A l'absence d'une guérison suite au recours à la médecine traditionnelle, plus de la moitié (57,1 %) des membres de ménages démunis se dirigent vers les structures de santé modernes.

Le coût et le paiement et des divers recours thérapeutiques sont très différents selon la pathologie à traiter et l'acteur de santé utilisé ; le poids des médicaments est toujours déterminant. La tarification est très fluctuante pour la médecine traditionnelle qui peut entraîner une cascade de dépenses annexes : sacrifices effectués, don au tradi-praticien à titre de remerciement. Sur un strict plan économique, les démunis ont finalement intérêt à se tourner vers les structures modernes comme le montre le tableau 4.

Tableau 4 : Coûts moyens des recours aux soins (en FrG)

Finalement, même si elles méritent d'être complétées par des études d'ordre sociologique on doit tirer **les conclusions suivantes** :

1- Le manque d'argent et le désir d'éviter le paiement des frais de consultation/ soins sont les raisons avancées par au moins deux tiers des membres de ménages démunis pour justifier le choix de l'automédication ou la décision de ne pas se faire soigner ; cette proportion est 3 à 4 fois plus petite dans les ménages non pauvres (à peine 20 %). Le sentiment que la maladie n'était pas grave constitue la raison évoquée par la très grande majorité des membres de ménages non pauvres.

2- La majorité des malades qui n'ont rien fait pour se soigner finissent par regretter leur décision face à la persistance de la maladie : cas de 62 % des personnes dont 71,4 % dans les ménages démunis contre 66,7 % dans les ménages non pauvres.

3- Les membres de ménages non pauvres qui se tournent vers la médecine traditionnelle le font presque tous en deuxième ou dernier recours, surtout après avoir constaté l'inefficacité des soins dans les formations sanitaires. Pour les membres de ménages démunis, par contre, le manque de moyens n'est pas innocent dans le choix de la médecine traditionnelle.

4- Il n'existe pas de différences réelles entre malades de ménages démunis et non pauvres, en ce qui concerne le jugement de valeur porté sur l'état des locaux ainsi que sur le comportement et la compétence du personnel soignant. Quel que soit le niveau de vie du ménage, les opinions émises par la très grande majorité des personnes (75 à 95 %) sur le comportement et la compétence du personnel soignant ainsi que sur l'état des locaux sont favorables et dans des proportions presque identiques.

5- En matière de recours aux soins dans les formations sanitaires, il y a donc des obstacles économiques liés au niveau du coût des prestations, notamment le prix des médicaments prescrits, en tenant compte de la faiblesse des revenus des ménages et du faible taux de couverture par l'assurance médicale et la mutuelle de santé. Il y a également des obstacles qui se rapportent aux habitudes prises en matière de recours aux soins.



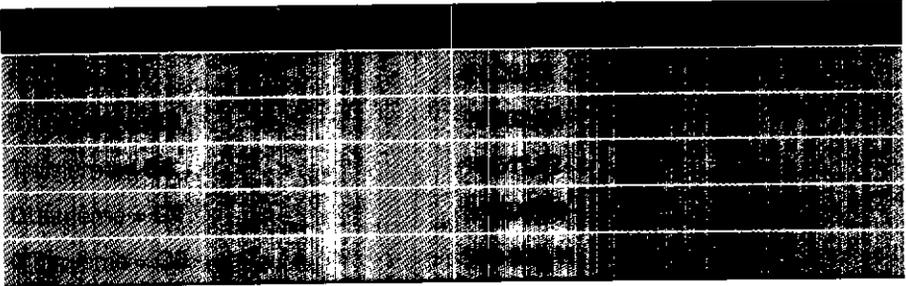
II.1.4. DAKAR

Etude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé et les déterminants socio-économiques des recours aux soins dans la Région de Dakar (Décembre 2000)

extrait du texte de
Dr Eugénia Gomes do E. Santo

Les quintiles des dépenses annuelles ou mensuelles par tête ont été utilisés pour classer les ménages et les individus dans des groupes reflétant leurs conditions de vie et identifier les démunis. Les dépenses du ménage constituent une matière plus fiable que le revenu déclaré, on a considéré la somme des dépenses : loyer, nourriture, transport, habillement, téléphone, scolarité des enfants, combustible (gaz, bois, charbon), électricité, épargne, remboursement des dettes, fêtes et cérémonies, les funérailles et le salaire d'un employé. Les valeurs des limites supérieures des quintiles sont présentées sur le tableau 1.

**Tableau 1 : Valeurs des limites supérieures des quintiles
de dépenses mensuelles**



D'autres variables telles que la possession de biens, la taille du ménage, la propriété du logement, le type d'habitation, le type de toilettes, ont été utilisés en cours d'analyse pour former un indice synthétique afin d'avoir un autre système de classification des ménages selon le niveau de vie. Le découpage en quintile a ainsi été préféré. Il permet plus aisément la comparaison entre 3 groupes de niveaux de vie distincts : le premier, le troisième et le cinquième quintile.

L'analyse s'est intéressée particulièrement aux ménages démunis en les comparant aux ménages non démunis définis par les classes de dépenses (revenus).

L'enquête a porté sur 2339 ménages soit 16608 individus. Ces ménages étaient proportionnellement répartis dans les deux départements de Dakar et Pikine.

Le tableau 2 montre la répartition de l'échantillon par âge et sexe. La population présente un équilibre entre les deux sexes ; elle est caractérisée par sa jeunesse : environ 79% des sujets sont âgés de moins de 35 ans et les moins de 20 ans constituent 51,7% de la population. La population adulte (21-60) correspond à 45,1% de la population. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 23,2 ans (masculin 23,5 ans et féminin 22,9).

Tableau 2 : Structure de la population par âge et par sexe

Tranche d'âge	Sexe		Total		Total	%
	M	F	M	F		
0-10 ans	104	129	233	2215	13,4	
11-15 ans	255	26	281	4212	18,8	
16-20 ans	1124	137	1261	2169	18,8	
21-25 ans	1001	202	1203	3384	28,3	
26-30 ans	111	13,8	124,8	2123	12,4	
31-35 ans	626	75	701	1332	11,1	
36-40 ans	215	39	254	629	5,3	
41-45 ans	21	1,8	22,8	61	0,5	
46-50 ans	6210	1000	7210	10000	100,0	

La population musulmane est largement prédominante à 92,3% du total. La confrérie Mouride représente 25,3%, les Tidjanes plus nombreux, 49,2% et d'autres confréries musulmanes représentent 17,8%. Les Catholiques sont 7,7% et les Protestants sont 0,1% de la population.

L'analyse du niveau d'instruction ne concerne que la population âgée de plus de 8 ans ; elle est peu alphabétisée. Les illettrés représentent environ 29,1%, en majorité des femmes - 39,7% contre 18,4% chez les hommes. Dans l'ensemble 78% de la population âgée de 15 ans et plus sait lire et écrire contre 50% des catégories d'âge supérieur à 40 ans.

Le statut matrimonial présente une forte proportion de célibataires (49,6%). Les mariés sont estimés à 44,5% : 34,6% de monogames et 9,9% de polygames. Les unions libres représentent 0,1% de la population ; chez les femmes, les célibataires représentent 42% et les mariées 47% reflétant un âge de mariage plus précoce que chez l'homme. En outre, la polygamie peut aussi jouer un rôle important dans cette différence entre hommes et femmes dans la mesure où la possibilité pour l'homme d'épouser plusieurs femmes fait doubler ou tripler la population de veuves en cas de décès du mari ou augmenter la population de divorcées alors que l'homme reste marié.

Tableau 3 : Distribution de la population selon la classe d'âge, le statut matrimonial et le sexe

Classe d'âge	Statut matrimonial	Sexe	
		Homme	Femme
0-14	Marriage		
0-14	Divorced		
0-14	Widowed		
0-14	Never married		
15-24	Marriage		
15-24	Divorced		
15-24	Widowed		
15-24	Never married		
25-34	Marriage		
25-34	Divorced		
25-34	Widowed		
25-34	Never married		
35-44	Marriage		
35-44	Divorced		
35-44	Widowed		
35-44	Never married		
45-54	Marriage		
45-54	Divorced		
45-54	Widowed		
45-54	Never married		
55-64	Marriage		
55-64	Divorced		
55-64	Widowed		
55-64	Never married		
65-74	Marriage		
65-74	Divorced		
65-74	Widowed		
65-74	Never married		
75-84	Marriage		
75-84	Divorced		
75-84	Widowed		
75-84	Never married		
85+	Marriage		
85+	Divorced		
85+	Widowed		
85+	Never married		

Il y a une relation statistiquement significative entre l'âge, le sexe et statut matrimonial. Il est observé une forte relation entre le genre et l'activité principale.

La proportion de la population vraiment active, c'est à dire avec une occupation fixe et un revenu régulier, représente environ 40% du total de la population, chiffre obtenu en soustrayant de l'ensemble les «sans activité fixe», les chômeurs (8,3%), les étudiants et les élèves (26,7%), les ménagères (23,5%), les retraités (2,7%) et autres inactifs (1,3%).

Le montant du revenu des membres du ménage n'a pu être exploité dans l'analyse qu'en complétant avec les informations liées aux dépenses. Parmi les 16608 sujets étudiés, 4580 déclarent avoir un revenu régulier. Cela représente 27,5% de la population totale, dont 62,8% du sexe masculin et 37,2% du sexe féminin. Les montants des revenus ont été relevés pour 3055 sujets sur les 4580 ayant déclaré avoir un revenu.

Le revenu moyen est de 82.585FCFA pour les hommes et de 44.494 FCFA pour les femmes.

En ce qui concerne la prise en charge des soins de santé 83,0% de la population ne dispose d'aucun système de prise en charge à part ses propres moyens financiers. L'état couvre 6,7% de la population, 5,4% disposent d'une assurance liée au travail et 2,9% sont assurés par une mutuelle.

Le tableau 4 donne les caractéristiques de l'échantillon selon le niveau de vie.

Tableau 4 : Principales caractéristiques socio - démographiques selon le niveau de vie en %

Niveau de vie	Caractéristiques socio-démographiques					
	1	2	3	4	5	6
Population						
Hommes						
Femmes						
Ménages						
Personnes						
Personnes par ménage						
Ménages de 1 personne						
Ménages de 2 personnes						
Ménages de 3 personnes						
Ménages de 4 personnes						
Ménages de 5 personnes						
Ménages de 6 personnes						
Ménages de 7 personnes						
Ménages de 8 personnes						
Ménages de 9 personnes						
Ménages de 10 personnes						
Ménages de 11 personnes						
Ménages de 12 personnes						
Ménages de 13 personnes						
Ménages de 14 personnes						
Ménages de 15 personnes						
Ménages de 16 personnes						
Ménages de 17 personnes						
Ménages de 18 personnes						
Ménages de 19 personnes						
Ménages de 20 personnes						
Ménages de 21 personnes						
Ménages de 22 personnes						
Ménages de 23 personnes						
Ménages de 24 personnes						
Ménages de 25 personnes						
Ménages de 26 personnes						
Ménages de 27 personnes						
Ménages de 28 personnes						
Ménages de 29 personnes						
Ménages de 30 personnes						
Ménages de 31 personnes						
Ménages de 32 personnes						

La taille moyenne du ménage est de 7 individus et la médiane est de 6, soit une diminution par rapport à une enquête de 1991 (respectivement 9,2 et 8,7 individus). Il y a toutefois une grande variabilité, allant de ménages composés d'un seul individu (9,5%) à des ménages de taille égale à 32 personnes.

Tableau 5 : Répartition des ménages selon la taille et par quintile de dépense mensuelle par tête en %

Taille du ménage	Quintile de dépense mensuelle par tête				
	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					

Parmi les 2339 ménages étudiés, 80,2% sont dirigés par un homme et 19,8% par une femme. L'âge moyen des chefs de ménage de sexe masculin est de 46,7 ans tandis que l'âge moyen de ceux de sexe féminin est de 48,1 ans. Dans l'ensemble les chefs de ménage sont assez âgés, moins de 35 ans : 17,6% et 55 ans et plus : 38%.

En ce qui concerne le revenu parmi les 2334 chefs de ménages étudiés, 2156 soit 92,4%, déclarent avoir un revenu. Ceux qui déclarent ne pas avoir de revenus déclarent toutefois la réception (irrégulière) de dons en espèces et de l'aide en nature de la famille élargie. Le chef du ménage est actif, c'est à dire, a une occupation rémunérée dans environ 74% des cas. Les chômeurs (sans occupation) représentent 4,0%.

Le niveau d'instruction des chefs de ménage est sensiblement plus élevé que celui de la population en général. Ils sont illettrés dans 32,6% des ménages étudiés. Par contre, 10,8% ont entrepris un cours universitaire. Concernant le niveau de vie, des inégalités en matière d'éducation sont observées à travers les quintiles : 51,9% des chefs de ménages du 1^{er} quintile ne savent ni lire ni écrire contre 15,0% des chefs de ménage du 5^{ème} en passant par 32,4% des ménages du 3^{ème} ; 3,0% des chefs de ménage du 1^{er} quintile ont entrepris un cours universitaire contre 27,7% du 5^{ème} et 7,8% du 3^{ème}.

© UNICEF / H099-0472 / Giacomo Pirozzi



Le tableau 6 synthétise les principales caractéristiques des logements et les équipements sanitaires des ménages de Dakar et Pikine selon le niveau de vie. Ces éléments de description sont importants car une proportion non négligeable de maladies, en particulier les maladies infectieuses, peuvent être conditionnées par la présence de certains facteurs comme le type d'habitation, la densité démographique, l'approvisionnement en eau potable, les équipements sanitaires entre autres.

Tableau 6 : Equipements des ménages selon le niveau de vie

Niveau de vie	Type d'équipement	Niveau de vie				
		1 ^{er} quintile	2 ^e quintile	3 ^e quintile	4 ^e quintile	5 ^e quintile
Équipement de base	Électricité					
	Équipement de base					
	Équipement de base					
Équipement de confort	Équipement de confort					
	Équipement de confort					
	Équipement de confort					
Équipement de luxe	Équipement de luxe					
	Équipement de luxe					
	Équipement de luxe					
	Équipement de luxe					
	Équipement de luxe					
Équipement de haut de gamme	Équipement de haut de gamme					
	Équipement de haut de gamme					
Total						

Les dépenses des ménages recensées par l'enquête peuvent être regroupées en trois types principaux : l'alimentation, le fonctionnement du lieu d'habitation et les fêtes religieuses et cérémonies familiales.

Quelle que soit la taille du ménage, l'alimentation semble occuper une part importante. Les dépenses varient selon la taille et le niveau de vie du ménage entre 22.000 FCFA au 1^{er} quintile à 144.729 FCFA au 5^{ème}.

A taille égale, les ménages du 1^{er} quintile dépensent moins que ceux du 5^{ème} pour la nourriture. Dans l'ensemble les ménages dépensent en moyenne 61.000 FCFA par mois en nourriture. La médiane est égale à 50.000 FCFA.

Tableau 7 : Moyennes des dépenses mensuelles des ménages avec la nourriture par quintile

Membres	1er quintile		
	3ème quintile		
	5ème quintile		
Membres	1er quintile		
	3ème quintile		
	5ème quintile		
Total	1er quintile		
	3ème quintile		
	5ème quintile		

Pour les dépenses en rapport avec le fonctionnement du lieu d'habitation les variables ici retenues concernent les dépenses avec le loyer, d'eau, d'électricité, de bois, de téléphone et le salaire d'un domestique.

Comme pour la nourriture ces dépenses sont liées à la taille du ménage et au niveau de vie en quintile.

Hormis les loyers, les dépenses d'habitation sont dominées par l'électricité, l'eau, le téléphone et le salaire d'un domestique.

Tableau 8 : Moyenne des dépenses mensuelles de fonctionnement du foyer

Membres	1er quintile		
	3ème quintile		
	5ème quintile		
Membres	1er quintile		
	3ème quintile		
	5ème quintile		
Total	1er quintile		
	3ème quintile		
	5ème quintile		

Les dépenses pour les fêtes religieuses et les cérémonies familiales présentent un grand intérêt puisqu'elles constituent, après les dépenses liées au logement, l'une des principales fonctions de consommation. Le poids de ces dépenses n'est pas très variable en fonction du niveau de vie. Pour illustrer cette observation, la dépense moyenne du ménage pendant la fête de Tabaski a été respectivement du 1^{er} au 5^{ème} quintile de 55.143 FCFA, 67.617 FCFA, 72.600 FCFA, 76.504 FCFA et 92.337 FCFA.

Pour la mortalité et la morbidité, au cours de la période de référence (15 jours), il a été enregistré 1125 épisodes de maladie et 19 décès (soit 1,14‰) sur un échantillon de 16596 individus.

Les causes de décès déclarées ont été «Vieillesse» pour 16,7% et «Maladie» pour 66,7%. Pour 14 des 18 décès étudiés (soit 77,8%), les malades ont reçu un traitement. Parmi les premiers recours, 57% se sont adressés à un service de santé moderne, 28,6% ont préféré l'automédication et les 14,3% restants ont appelé un professionnel à domicile.

Au cours de l'enquête 1125 épisodes de maladie ont été recensés sur 1114 malades. Cela représente 1,01 épisodes par malade sur une période de 15 jours. Ce chiffre ramené à l'échantillon donne un taux d'incidence d'épisodes morbides de 67‰ soit 1,6 épisodes par personne et par an. L'incidence d'épisodes morbides est inversement proportionnelle et statistiquement associée à la répartition en quintile de niveau de vie (tableau 9). En effet, la proportion d'individus ayant rapporté au moins un épisode de maladie est plus importante parmi les ménages du 5^{ème} quintile que parmi les ménages du 1^{er}.

Tableau 9 : Répartition des épisodes morbides selon le niveau de vie

Niveau de vie	Ménages		Individus	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
1 ^{er} quintile				
2 ^e quintile				
3 ^e quintile				
4 ^e quintile				
5 ^e quintile				
Total				

Les différents cas de maladie évoqués ont été regroupés dans de larges catégories pathologiques, présentées dans le tableau 10.

Tableau 10 : Répartition des épisodes morbides selon la catégorie pathologique

Sur 41,2% des épisodes déclarés les malades ou ses familiers évoquent la persistance des symptômes durant 1-4 jours, 46,9% entre 5 et 10 jours (tableau 11). Seulement 11,8% des épisodes se sont prolongés au-delà de 10 jours. Si l'on considère la gravité dans 14,2% des épisodes la maladie est perçue comme pas grave, 52,5% comme moyennement grave et 29,7% comme grave. Au total 3,7% des épisodes morbides ont été perçus par les malades comme étant très graves.

Tableau 11 : Répartition des épisodes de maladie selon la gravité et la durée en jours

En ce qui concerne les recours thérapeutiques dans 90,8% des épisodes morbides, les malades et leurs familles ont cherché à soigner la maladie ; on enregistre une association statistiquement significative entre l'utilisation d'un type quelconque de soins et la durée de la maladie, et entre le fait d'utiliser des soins et la perception de l'épisode morbide comme un épisode grave.

Face à un épisode morbide, même de moindre gravité, les individus cherchent à se soigner. Sur les 1123 épisodes morbides déclarés, seulement 103 soit 9,2% n'ont pas été soignés. Parmi les raisons données pour ne pas utiliser de soins, le manque de moyens financiers est évoqué dans 48,5% des épisodes. Les autres motifs de ne pas se soigner se rapprochent de la notion de non gravité de l'épisode («La maladie n'est pas grave» et «Je connais cette maladie») et de la notion d'absence d'impact de la maladie sur la l'activité quotidienne («Je n'ai pas le temps»). Cette dernière notion renvoie d'ailleurs à la notion d'un épisode de maladie sans gravité.

Ces observations permettent de conclure que les moyens financiers mais aussi la perception de gravité de l'épisode qui est associée à la durée de la maladie jouent également un rôle sur la décision de chercher ou non des soins.

Au cours de la période étudiée il a été observé 1097 **recours thérapeutiques** pour les 1125 épisodes de maladie, ce qui correspond à moins d'un recours par épisode. La répartition des recours selon le niveau de vie est présentée au tableau 12.

Tableau 12 : Répartition des recours thérapeutiques selon le niveau de vie du malade

				99			
				277			

Le malade même est à l'origine de la décision pour le traitement dans 49% des recours à l'automédication, dans 29,2% dans une consultation à domicile, 33,3% dans les recours à un service de santé moderne et 50% dans les recours à un tradipraticien.

Il n'y a pas d'association entre le type de recours et le lien de parenté de la personne qui a pris la décision pour les soins du malade.

Sur 141 cas de recours à l'automédication 74,2% ont utilisé un médicament moderne seul ou associé à un traitement traditionnel et 27,8% ont utilisé un traitement traditionnel seul ou associé à un médicament moderne. Par automédication, entendons l'utilisation d'un traitement par un médicament moderne ou un médicament fabriqué à base de plantes ou d'herbes ou d'infusions pour soigner un épisode morbide, sans faire appel à un professionnel de santé formellement reconnu, ni à un thérapeute traditionnel. Il n'y a pas des différences dans le type d'automédication utilisé entre les quintiles de niveau de vie.

Tableau 13 : Répartition des recours à l'automédication selon le type de médicament et selon le niveau de vie

La population a eu recours à une **consultation à domicile** pour 24 épisodes de maladie. Parmi ceux-ci, 91,7% ont fait appel à un professionnel de la médecine moderne. Un cas a été enregistré de consultation à domicile par un professionnel de médecine traditionnelle. Il n'y a pas de différence significative entre les quintiles de niveau de vie et les catégories de professionnel de santé appelé à domicile.

Parmi les services de santé modernes le centre de santé est le premier recours lors d'un épisode morbide (26,0%) suivi par les postes de santé publique (21,4%) et les hôpitaux (19,4%). Les structures privées réunies représentent moins de 10% des recours aux soins de santé modernes.

Les postes de santé confessionnels viennent en 4^{ème} position avec 11,1% des recours. Lorsqu'on considère les niveaux de vie par contre le centre de santé n'est le premier recours que pour les premiers quintiles et l'hôpital constitue le recours de choix pour les quintiles supérieurs.

De même, les structures privées sont utilisées principalement à partir du 3^{ème} quintile et les recours aux postes de santé confessionnels décroissent au fur et à mesure que le niveau de vie s'améliore.

Tableau 14 : Répartition des recours à un service de santé moderne selon le type de structure (%)

	1 ^{er} quintile	2 ^e quintile	3 ^e quintile	4 ^e quintile	5 ^e quintile
Centre de santé	26,0%	21,4%	19,4%	11,1%	11,1%
Postes de santé publique	21,4%	19,4%	11,1%	11,1%	11,1%
Hôpitaux	19,4%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%
Structures privées	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%
Postes de santé confessionnels	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%
Autres	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%

Dans la recherche des soins et de traitement dans les services de santé modernes, les malades et/ou leurs parents utilisent des moyens de déplacement variés : le plus souvent à pied (79,3%) lorsque le lieu de soins se trouve dans le quartier du domicile ou en car rapide (40,4%) lorsqu'il faut se rendre en dehors du quartier d'habitation. En ce qui concerne le niveau de vie, il n'y a pas de différences statistiques lorsque le quartier de soins est le même que le quartier de domicile.

Les principales raisons évoquées pour l'utilisation d'un service de soins déterminé - quel que soit le niveau de vie - sont le coût, les connaissances dans le lieu, la distance avec le lieu de domicile et la réputation du service.

Par contre, l'analyse montre que le coût des soins est un facteur beaucoup plus mentionné par le 1^{er} (22,6%) que par le 5^{ème} quintile (6,2%). De même la connaissance de quelqu'un dans le lieu de soins est évoqué plus fréquemment par le 5^{ème} (18,5%) que par le 1^{er} quintile (5,2%).

Tableau 15 : Raison d'utilisation des services de santé moderne selon le niveau de vie (%)

Les temps moyens de déplacement, d'attente de la consultation et de la consultation proprement dite ont été collectés en minutes selon l'estimation des répondants. Ils sont présentés sur le tableau 16.

Tableau 16 : Temps moyens en minutes

Le coût moyen du déplacement est de 204 FCFA.

Sans tenir compte du type de service et du niveau de vie des malades, le coût moyen d'une consultation dans une structure de soins modernes est de l'ordre de 1382 FCFA.. On observe qu'en ce qui concerne les postes de santé publics et les centres de santé, le prix médian payé pour une consultation est autour de 300 FCFA, par contre les structures privées pratiquent des prix plus élevés.

Tableau 17 : Coût moyen de consultation par type de service de santé et par niveau de vie

Des différences significatives entre les niveaux de vie peuvent être observées dans la proportion de recours pour lesquels les malades auraient reçu une ordonnance pour acheter des médicaments.

Ces recours ont été plus fréquents dans le 5^{ème} quintile que dans le 1^{er} et le 3^{ème}.

En ce qui concerne le respect de l'ordonnance, 91 % des malades du 5^{ème} quintile ont pu acheter tous les médicaments contre 74,4 % du 1^{er} ; dans 6,4 % des recours du 5^{ème} quintile les malades ont acheté une partie des médicaments contre 14,0 % du 1^{er}, et dans seulement 2,6 % des recours du 5^{ème} quintile les malades n'ont pas acheté des médicaments contre 11,6 % parmi les recours du 1^{er}.

Tableau 18 : Dépenses mensuelles de santé selon le niveau de vie, en %

Les médicaments ont été obtenus en grande majorité soit dans un dépôt pharmaceutique du centre ou du poste de santé soit dans une pharmacie privée. Le coût des médicaments correspond uniquement aux dépenses effectuées par les malades pour leur achat. Le coût total des soins comprend la consultation, les soins infirmiers, les médicaments et le cas échéant le coût d'une hospitalisation.

On observe une augmentation substantielle du coût total des soins dû aux frais de médicaments et de soins infirmiers lors d'une hospitalisation si l'on se réfère aux montants payés uniquement pour la consultation. En effet, le coût moyen total est de 9986 FCFA contre 1381 FCFA pour la consultation.

Le plus frappant dans l'analyse des dépenses de soins et de médicaments est que les individus du 5^{ème} quintile ont dépensé en moyenne plus (8750 FCFA) pour l'achat de médicaments que ceux du 1^{er} quintile (3537 FCFA).

Tableau 19 : Dépenses moyennes mensuelles de santé selon le niveau de vie

L'analyse du degré de satisfaction des malades montre que ceux du 5^{ème} quintile sont en général plus satisfaits des soins, de l'accueil et du prix que les malades du 1^{er}. Bien que les malades du 5^{ème} aient payé plus cher pour la consultation et les médicaments ils se déclarent plus satisfaits du prix que ceux des quintiles inférieurs pourtant moins aisés. De même, il semble logique que parce que les malades du 5^{ème} quintile ont plus de connaissances parmi le personnel soignant, ils soient plus satisfaits de l'accueil que ceux du 1^{er} quintile.

© UNICEF / HQ98-0242 / Robert Grossman



Tableau 20 : Pourcentage de satisfaction par motif selon le niveau de vie

Seulement 35 recours ont concerné **un praticien traditionnel**. Vingt recours (57,1%) ont été faits chez un guérisseur, 13 (37,1%) l'ont été chez un marabout et les 2 derniers chez un Imam (5,7%). Bien que le nombre de recours soit trop petit pour permettre des comparaisons on observe que le nombre de recours aux praticiens traditionnels varie de façon inversement proportionnelle au niveau de vie.

En effet, 50 % des recours aux tradi-praticiens ont concerné des individus du 1^{er} quintile, 25 % pour le 2^{ème}, 15 % pour le 3^{ème} et 10 % pour le 4^{ème}. Le 5^{ème} quintile n'a pas utilisé ce type de recours.

L'analyse (logistique multivariée) **des déterminants des recours aux soins** produit des résultats montrant que pris simultanément, l'âge du malade entre 0-10, le niveau d'instruction du chef du ménage, la perception de la gra-

tivité de la maladie (grave ou très grave), les connaissances dans le lieu de soins, le coût total des soins et le niveau d'instruction du chef de ménage influencent significativement le choix de se faire soigner dans un service de santé moderne.

En effet, les malades âgés entre 0-10 ans ont 2,4 fois plus de chance d'être soignés dans un service de santé moderne qu'un malade dans d'autres classes d'âge.

En ce qui concerne le niveau d'instruction du chef du ménage, lorsque le chef de ménage est illettré, le malade a plus de chance de se faire soigner dans un service de santé moderne que lorsque le chef de ménage est lettré. Cette observation semble paradoxale car le fait de savoir lire et écrire devrait augmenter la probabilité de choisir de se soigner dans un service de soins modernes (SSM) public ou privé plutôt que d'utiliser l'automédication ou d'aller voir un praticien traditionnel.

La gravité de la maladie est confirmée comme une variable significative dans le choix de se faire soigner dans un SSM. De fait, lorsque la maladie est grave ou très grave le malade a 1,8 fois plus de chance de se faire soigner dans un SSM que lorsque la maladie n'est pas grave. De même la connaissance du personnel soignant augmente de presque 2000 fois la probabilité d'utiliser un SSM pour se faire soigner.

Enfin, cette analyse confirme que le choix du recours à un SSM est visiblement influencé par le niveau de revenu des malades qui se traduit par une différence dans le coût total des soins.

Il est évident que la différence de niveau de prix des médicaments entre le public et le privé d'une part et entre les SSM et l'automédication d'autre part augmente la probabilité de se faire soigner dans un SSM pour les niveaux de revenus supérieurs et diminue pour les démunis.

CONCLUSION

L'enquête a permis de constater que lors d'un épisode morbide la population montre une nette prédilection pour la médecine moderne, soit en consultant dans un service de santé (publique ou privé) soit en ayant recours à l'automédication. Les services de santé publics tels que le poste de santé et le centre de santé sont plus utilisés par la population démunie tandis que l'hôpital et le médecin privé sont plus utilisés par les couches plus aisées de la population. Les cabinets privés par ailleurs prennent de plus en plus d'importance dans l'éventail des recours aux soins, en particulier dans la périphérie de la ville, à Pikine et à Guédiawaye et il semble qu'au fur et à mesure que ces services de santé prolifèrent, il y a une augmentation de leur utilisation pour répondre à une demande non couverte par les services publics.

L'étude n'a pas montré de différences dans l'accès aux services de santé modernes entre les démunis et les non démunis. Cependant l'analyse montre que l'inégalité s'opère autrement : dans l'accès aux médicaments, dans la longue attente de la consultation, et dans l'accueil réservé par le personnel des formations sanitaires.

L'enquête étant basée uniquement sur les déclarations des individus, l'évaluation de la qualité des soins fournis ne peut être faite qu'à partir de l'appréciation qu'en ont les malades eux-mêmes. L'analyse des données a montré que les proportions plus importantes de satisfaction ont été obtenues parmi les niveaux de vie plus élevés alors que les démunis déclarent moins de satisfaction avec les soins et le traitement.

Il apparaît ainsi que le secteur privé est déjà officieusement partie prenante du système national de santé. Il est pressant d'étudier de plus près le fonctionnement, la répartition et l'organisation de ces structures à Dakar en vue d'une meilleure prise en compte de leurs activités.



II.1.5. NIAMEY

Equité et accès aux soins

extrait du texte de
Oumarou EL HADJI MALAM SOULEY

Introduction

Avec un revenu annuel par tête de 200 dollars et une superficie des terres arables inférieure à 25% de la superficie totale, le Niger est l'un des pays les plus pauvres de l'Afrique Subsaharienne. La pauvreté au Niger n'est pas simplement le fait du faible niveau de revenu par tête, elle est également caractérisée par le faible niveau d'éducation (capital humain), d'accès aux services sociaux et d'éducation de base, qui contribuent à un niveau élevé de l'incidence de la pauvreté. Plusieurs autres facteurs expliquent ce niveau relativement élevé de la pauvreté. Ils sont pour la plupart, environnementaux, économiques, institutionnels et culturels. Certains de ces facteurs tels que les risques de maladies sont difficilement prévisibles.

L'identification des ménages démunis ne s'appuie pas seulement sur les multiples définitions de la pauvreté. Le terme démunis intègre dans le cadre de cette étude d'autres éléments d'appréciation sur les conditions de vie et le niveau de revenu. C'est ainsi qu'un ménage est démuné lorsqu'il appartient au premier quintile : dépenses annuelles inférieures à 476.800 FCFA. Or, on définit la pauvreté de plusieurs façons, chacune possédant ses vertus et ses faiblesses :

- *sur le revenu* : "la pauvreté peut concerner le nombre ou le pourcentage d'habitants dont le revenu et les dépenses sont inférieurs à un chiffre absolu ou relatif par rapport à la moyenne du pays".

Cette approche ne tient pas compte non plus de l'importance essentielle de la production ménagère non marchande et des charges non monétaires dans les familles pauvres.

- *sur les besoins essentiels* : "la pauvreté peut indiquer l'incapacité à satisfaire les besoins fondamentaux minimums comme la nourriture, la santé, l'éducation et l'habitat".

L'avantage de cette approche tient au fait qu'il est possible de préciser des conditions différentes en fonction des différents milieux, elle ne tient pas compte du fait que les individus peuvent avoir délibérément fait des arbitrages (par exemple accepter un logement de qualité moindre pour réduire le temps et le coût des transports pour se rendre au travail).

- *participatives* "la pauvreté peut juste indiquer la perception des intéressés eux-mêmes".

La population démunie est estimée à 80 081 personnes dans la Communauté Urbaine de Niamey. Sa répartition par groupe d'âges et par sexe se résume dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Répartition de la population démunie par groupe d'âges et par sexe

	Sexe	Population démunie	Population totale	14,04	12,04	15,56
0-19 ans	F	6 000	10 974			
0-19 ans	M	4 000	11 543	12,04	15,53	16,23
20-29 ans	F	6 000	9 795	11,46	12,62	12,07
20-29 ans	M	4 000	1 3689	16,07	26,24	15,47
30-39 ans	F	6 000	21379	28,01	24,46	26,96
30-39 ans	M	1 2 000	5 690	7,10	6,99	7,04
40-49 ans	F	6 000	5 366	7,93	6,44	5,24
40-49 ans	M	1 2 000	496	0,63	0,39	0,69
Tout	F	18 000	90 001	100,00	100,00	100,00

Ce tableau montre que les femmes sont plus nombreuses dans cette situation, soit 51,81% de la population totale des démunis.

Compte tenu de la situation de la femme au Niger, très peu exercent des activités économiquement rentables. Tout au plus, elles n'exercent que du petit commerce avec un chiffre d'affaire dérisoire. Dans la grande majorité leurs activités se limitent à la vente des plats cuisinés, des fruits, des légumes, etc. Les ressources tirées ne couvrent pas en général leurs besoins essentiels. Cette situation fait d'elles d'éternelles dépendantes. Parmi ces femmes ce sont les jeunes qui sont plus touchées par cette situation : 52,81% des démunies sont des filles de moins de 20 ans. En général, la principale activité de la fille nigérienne demeure les travaux domestiques et surtout lorsque celle-ci ne va pas à l'école.

L'étude des **caractéristiques socio-économiques des démunis** repose, notamment, sur les activités, l'habitat...

Du tableau n°1 soulignons que :

- la forte proportion des ménages démunis (42,26%) ont pour chef des personnes qui exercent dans le secteur informel à son compte. La taille moyenne de ces ménages est de 4 personnes (retraités 20 personnes par ménage, travailleur indépendant. 20 personnes par ménage).

- 10,46% des ménages démunis ont des chefs qui n'ont d'autre activité que les travaux de ménage. En fait ces types de ménages vivent soit d'une pension soit d'une aide provenant d'un parent ou d'un fils.

- 10,04% des ménages démunis ont le chef employé dans le secteur informel.

La taille moyenne de 4,02 personnes par ménages est largement inférieure à la moyenne de la Communauté Urbaine de Niamey (6,53). Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que la migration constitue la principale stratégie de survie pour les ménages les plus démunis.

Les caractéristiques de l'habitat des ménages démunis sont résumées dans le tableau 2 ; il montre que plus de la moitié des démunis vivent dans des habitations en banco qui sont non seulement en nombre important à Niamey (surtout dans les anciens quartiers) mais aussi et surtout leur coût est relativement très bas. Le loyer pour ce type d'habitat varie entre 5 et 20 000 FCFA en fonction du nombre de pièces.

Quant aux habitations en semi-dur ou en dur, le montant du loyer est assez élevé : les loyers varient de 15 000 FCFA à 50 000 FCFA selon le nombre de pièces et le quartier. S'agissant des villas modernes, le loyer est au moins égal à 50 000 FCFA et ceci dans les quartiers populaires.

Les paillotes sont occupées par 22,59% des ménages démunis. Cela est dû au fait que ces types d'habitat ne sont pas chers : le loyer tourne autour de 2 à 3500 FCFA. Le plus souvent, les paillotes ne sont pas louées. Les occupants sont soit des gardiens soit des propriétaires. En effet certains ménages en difficulté financière construisent leurs paillotes dans des parcelles d'un parent ou tout simplement sur les places réservées par l'administration.

Les célibatériums sont occupés par 20,92% des ménages démunis. Pour ce type d'habitation, le loyer varie entre 10 000 FCFA et 35 000 FCFA selon le quartier et le nombre de pièces.

Les autres types d'habitation sont constitués essentiellement de tentes et abritent pour l'essentiel les gardiens dans les quartiers résidentiels.

Tableau 2 : Répartition des ménages démunis selon le type d'habitat

En ce qui concerne le **statut d'occupation du logement**, 45,9% des ménages démunis vivant dans des maisons en banco sont des locataires (les terrains coûtent très chers à Niamey : le prix du m² varie de 500 FCFA en zone traditionnelle - sans infrastructures modernes - à 6000 FCFA en zone résidentielle).

Un pourcentage important de ménages démunis sont locataires des célibatériums qui sont situés dans les quartiers périphériques où l'adduction d'eau et l'électricité font le plus souvent défaut.

Pour 59%, les ménages démunis vivant dans les pailloles sont logés gratuitement. En effet, à cause des fortes précipitations qui ont rendu plusieurs ménages sans abri en 1999, les propriétaires des parcelles vides y construisent des pailloles qu'ils mettent à la disposition d'autres ménages sans contrepartie.

Tableau 3 : Répartition des ménages démunis selon le type d'habitat et le statut d'occupation

				13,1	1,4	
				2,9	0,3	
				1,5	0,2	
				39,4	0,1	
				60,0	10,0	

La situation matrimoniale et niveau d'instruction des chefs des ménages démunis peuvent être résumés comme suit. Parmi les ménages démunis, 14,6% ont des chefs célibataires, le plus souvent des jeunes en quête de premier emploi ou tout simplement des chômeurs. En effet, depuis 1996 la fonction publique ne recrute plus et la privatisation des sociétés de la place ne permet pas d'embaucher d'autres agents.

Les mariés constituent la frange la plus importante des démunis : 59,8%.

Il ressort également que 15,5% des ménages démunis sont dirigés par des veufs. Cette situation pourrait avoir sa justification dans la perte d'un conjoint qui percevait un revenu dans le ménage.

S'agissant du niveau d'instruction des chefs de ménages démunis, la majeure partie des chefs n'a aucun niveau d'instruction (64,4% de ces chefs ne savent ni lire ni écrire, situation en rapport avec le taux de scolarisation au Niger de 32%) et l'insécurité alimentaire en milieu rural pousse des ménages entiers à l'exode. Il ressort également de ce tableau que 15,1% des chefs de ménage démunis sont d'un niveau d'instruction primaire (71,3% de déperdition au Certificat de Fin d'Etude du Premier Degré, CFEPD). Très peu de chefs de ménage démunis ont atteint un niveau d'instruction supérieur : 1,7%.

Pour les **conditions de vie des ménages démunis**, la situation est vue ici à travers l'accès à l'eau de boisson et à l'assainissement.

Il ressort que 74,90% des ménages démunis de Niamey sont dirigés par des hommes contre 25,10% dirigés par des femmes. Leurs chefs sont pour 3,8% relativement jeunes.

Tableau 4 : Répartition des ménages démunis par âge du chef

Tranche d'âge	Hommes (%)	Femmes (%)
15-24	3,8	0,2
25-34	12,5	1,5
35-44	25,1	3,5
45-54	45,2	12,8
55-64	12,4	18,0
65-74	0,0	0,0
75 et plus	0,0	0,0
Total	74,90	25,10

S'agissant des sources d'approvisionnement en eau, 58,70% des ménages démunis utilisent l'eau courante pour la boisson ; les quartiers périphériques communément appelés extensions ne sont pas encore couverts par les réseaux de la Société Nigérienne des Eaux (SNE). Les eaux de puits sont utilisées par 10,53% des ménages démunis. La rareté des forages à Niamey peut expliquer la faible proportion des ménages qui les utilisent. Les ménages situés loin des forages et ne disposant pas de robinet dans leur cour, se ravitaillent auprès des revendeurs.

Tableau 5 : Les ménages démunis selon la source d'approvisionnement en eau

Source	Proportion (%)
Eau courante	58,70
Eaux de puits	10,53
Forages	2,77
Revendeurs	28,00
Total	100,00

Du tableau 5 notons que 68,05% des ménages démunis utilisent les latrines comme lieu d'aisance. La plupart des ménages disposent d'ailleurs de ce type de lieu d'aisance compte tenu des réalités sociales de Niamey. En effet, un ménage en milieu urbain accueille plusieurs personnes venant du milieu rural. De ce fait même si à l'intérieur du logement l'on dispose de WC moderne, la majeure partie des membres utilisent les latrines.

Les ménages qui utilisent le plein air comme lieu d'aisance, représentent 23,65% des ménages démunis. Cela se fait généralement dans les quartiers périphériques de la capitale ; ces quartiers sont proches de la brousse et la construction de latrines engendre des coûts et mérite d'être entretenue. On peut citer le quartier KoiraTégui pour exemple où 91,55% des ménages utilisent la brousse comme lieu d'aisance.

Les maladies et les itinéraires thérapeutiques des malades démunis

La situation sanitaire précaire du Niger est due à la forte prévalence des maladies tropicales qui sont liées à l'environnement, à la malnutrition, à l'insuffisance des services de soins de santé préventifs et curatifs (couvrant 32% soit moins d'un tiers de la population du Niger), à l'insuffisance d'accès à l'eau potable et à l'assainissement, au faible niveau d'alphabétisation et d'instruction notamment chez les femmes et à la pauvreté généralisée. Les principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont par ordre d'importance la rougeole, le paludisme, la diarrhée, la malnutrition et les infections respiratoires.

Les causes les plus communes de morbidité pour les enfants de ce groupe d'âge sont les infections respiratoires, le paludisme, la diarrhée, la rougeole et les affections ophtalmologiques. Concernant ces maladies, des disparités importantes existent entre les différentes couches sociales.

Au sein de la population enquêtée, environ 15,88% des individus interrogés ont déclaré avoir été au moins une fois malade au cours des deux mois précédant l'enquête.

Si l'on s'intéresse uniquement aux démunis, le tableau suivant fait ressortir que 20,22% parmi eux sont tombés au moins une fois malades au cours de la période de référence.

Tableau 6 : Répartition des personnes ayant été malades

Les maladies déclarées les plus fréquentes sont le paludisme, la fièvre et les problèmes respiratoires. Ainsi 20,40% déclarent avoir contracté le paludisme, 10,45% de cas de fièvre et 7,96% de problèmes respiratoires.

S'agissant du paludisme, l'on s'accorde à admettre, que cette maladie constitue une endémie pour le Niger.

La présence élevée de cas de paludisme est due au fait que la majorité des individus a tendance à confondre ou à nommer paludisme toute maladie dont les principaux symptômes sont la fièvre et la fatigue. Les autres maladies les plus déclarées sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Populations démunies malades selon la dernière maladie déclarée

L'analyse de la **perception de la gravité de la maladie** montre que les maladies déclarées par la plupart des démunis sont considérées comme graves et pas graves à 44,78 et 23,88 % des cas. Cette situation justifie le choix d'analyser l'itinéraire thérapeutique des malades démunis selon la gravité de la maladie.

La plupart des maladies déclarées ont une cause naturelle : 89%, contrairement à ce à quoi l'on s'attendait. Cependant ces résultats doivent être lus avec précaution puisque qu'en Afrique et au Niger en particulier, certaines maladies demeurent toujours un sujet tabou, surtout chez les femmes.

Pour l'étude de **l'accès aux soins** et de **l'itinéraire thérapeutique**, le regroupement suivant a été effectué : c'est ainsi que l'automédication, les soins à domicile avec consultation d'un tradipraticien et la Tradithérapie ont été considérés comme soins non modernes et les soins dans une structure sanitaire et les soins à domicile avec consultation d'un agent de santé comme soins modernes. Ceci permet de mettre en exergue le type de soins des démunis selon la gravité de la maladie ainsi que la pertinence du recours à une catégorie de soins.

Du croisement de ces deux catégories de soins avec la gravité de la maladie, il ressort que 60,23 % de soins de la médecine moderne concernent les maladies jugées graves.

Tableau 8 : Répartition des malades selon le type de soins et la gravité de la maladie

Type de soins	Gravité de la maladie			Total
	Grave	Moyenne	Legère	
Soins modernes	15,2%	28,5%	12,3%	56,0%
Automédication	12,1%	18,7%	25,4%	56,2%
Soins traditionnels	1,3%	2,1%	3,5%	7,9%
Total	28,6%	49,3%	41,2%	119,1%

Le traitement des maladies varie selon le recours utilisé. Le premier recours intervient dès que la personne tombe malade ou remarque un quelconque symptôme, les autres recours intervenant au cas où le mal persiste malgré leur premier recours.

Pour le premier recours, on constate que 43,68% des malades ont eu recours aux soins modernes, vient ensuite l'automédication avec 43,28% plus marquée chez les femmes.

Tableau 9 : Recours aux premiers soins des démunis et non démunis, en %

Type de soins	Gravité de la maladie		Total
	Grave	Moyenne	
Soins modernes	15,2%	28,5%	56,0%
Automédication	12,1%	18,7%	56,2%
Soins traditionnels	1,3%	2,1%	7,9%
Total	28,6%	49,3%	119,1%

S'agissant du deuxième recours, 88,06% des malades ne l'ont pas sollicité puisqu'ils sont guéris de leur maladie ou ils ont suspendu les traitements faute de moyens financiers adéquats.

**Tableau 10 : Type de soins au deuxième recours
et Démunis ou non, %**

On remarque que le groupe des non démunis a eu moins recours à une seconde phase de traitement que les démunis du fait qu'ils avaient utilisé des soins modernes lors du recours précédent. Ce qui traduit l'efficacité des soins modernes dans les traitements des maladies.

Les tableaux qui suivront, mettent en lumière des variations importantes du **type de soins selon l'âge et le niveau d'instruction**

Au niveau de la répartition en fonction des différents groupes d'âge, au premier recours tout comme au deuxième, les malades qui vont pour la plupart dans des structures sanitaires sont du groupe d'âge de 0 à 14 ans (37,97%)

**Tableau 11 : Malades par type de soins au premier recours
selon l'âge, en %**

Au deuxième recours, seuls les groupes des jeunes et du troisième âge ont eu recours à la médecine moderne (respectivement 60% et 73,33%) ; mais au troisième recours le groupe du troisième âge s'active plus dans l'automédication que les autres groupes avec un taux de 50%.

De par le niveau d'instruction très bas des populations nigériennes en général, il est nécessaire d'étudier comment varient les comportements en matière de soins de santé en tenant compte du niveau d'éducation du malade et/ou d'un membre du ménage.

Concernant le niveau d'instruction, on constate que l'automédication est plus pratiquée par les malades d'un niveau primaire ou même sans niveau (respectivement 23,53% et 68,24%). Par contre la tradithérapie ne concerne que ceux du niveau secondaire (33,33%) et les sans niveau (66,67%).

Tableau 12 : Malades au premier recours selon le niveau d'instruction, en %

Le même comportement persiste malgré le fait que le malade soit guéri au niveau du second recours, puisque les sans niveau et ceux du niveau primaire regroupent à eux la totalité d'utilisation de la médecine moderne.

En résumé les malades appartenant au groupe des démunis ont moins recours aux soins de santé modernes que les malades appartenant aux autres groupes de niveau de vie. Environ 20,91% des démunis n'ont jamais fait appel à la médecine moderne au cours de tout leur itinéraire thérapeutique. Ce phénomène s'accroît lorsque la gravité perçue de la maladie augmente.

Quant à la répartition des types de soins choisis (automédication, soins dans une structure sanitaire, soins à domicile avec consultation d'un agent de santé, tradithérapie), elle présente certaines différences selon le niveau de vie, c'est-à-dire selon démunis et non démunis. Cependant, pour le premier recours, seules les différences de proportions au niveau de l'automédication sont significatives.

Pour le **volet des dépenses**, plusieurs variables ont été prises en compte afin de cerner le coût global des soins de santé au niveau des ménages démunis ; selon les communes, les grands postes de dépenses, les soins et la nature des centres des soins, présentent des grandes particularités.

Le tableau 13 qui répartit les **dépenses de santé selon les communes** montre une importance de la commune I en terme de dépenses, suivie par la commune II avec respectivement une moyenne par ménage de 326.959 FCFA et 300.083 FCFA, confirmant le niveau de vie relativement supérieur des populations par rapport à celles de la commune III.

A l'intérieur des communes, on remarque une forte hétérogénéité au sein des démunis de la commune III suivis de très près par ceux de la commune II.

Tableau 13 : Dépenses des démunis selon les communes

Commune	Moins de 100 000 FCFA	100 000 à 200 000 FCFA	Plus de 200 000 FCFA
Commune A
Commune B
Commune C
Commune D
Commune E

Pour les **dépenses des démunis par grands postes**, en moyenne, la dépense annuelle des ménages se situe à 305 647 FCFA avec une dépense annuelle médiane de l'ordre de 197.400 FCFA. Parmi les rubriques retenues, on constate que les dépenses les plus importantes se situent au niveau des produits alimentaires avec une moyenne annuelle de 195 062 FCFA.

Au rang des postes ayant faiblement contribué, on retrouve les dépenses de scolarité (avec une moyenne annuelle de 2320 FCFA) et le téléphone (pour une moyenne annuelle de 121 FCFA). L'ordre de grandeur des écarts types des dépenses de loisirs et des dépenses alimentaires confirme cette hypothèse.

Tableau 14 : Dépenses par grands postes

Grands postes	Moyenne annuelle	Écart type
Produits alimentaires	195 062 FCFA	...
Produits de consommation courante	...	...
Produits de santé	...	...
Produits de culture et de loisirs	...	...
Produits de transport	...	...
Produits de logement	...	...
Produits de communication	121 FCFA	...
Produits de scolarité	2320 FCFA	...

S'agissant de la **structure des dépenses de santé des démunis**, le manque de moyens financiers constitue une contrainte de taille à l'accès aux soins de santé des personnes démunies de la communauté urbaine de Niamey. En effet, environ 58 % des malades affirment avoir effectivement acheté les produits qui leurs sont prescrits sur base d'ordonnance. Parmi ceux qui n'ont pas pu se les procurer, 71,4 % évoquent des difficultés financières comme principale raison.

Tableau 15 : Causes de non-achat des médicaments prescrits.

Ainsi, toute politique en matière de santé visant à accroître l'accès des populations dont notamment les plus démunis aux soins de santé doit prendre en compte la variable prix des produits et des services offerts.

En terme de type de soins, on note une prédominance au niveau de la tradithérapie : 85 % contre 79 % pour les structures sanitaires et 70 % pour l'automédication. Par contre, c'est au niveau des structures sanitaires que l'on rencontre des dépenses importantes avec une moyenne annuelle de l'ordre de 7738 FCFA contre 1267 FCFA pour la tradithérapie. Ce qui d'ailleurs pourrait expliquer le recours massif aux pratiques traditionnelles des malades démunis, contrainte imposée par le niveau de leur revenu. Le tableau suivant donne les caractéristiques des dépenses selon le type des soins choisis.

Tableau 16 : Dépenses effectuées selon les types de soins choisis.

En terme de moyenne annuelle, les dépenses totales en matière de santé pour les démunis de la ville de Niamey se situent à 7.433 FCFA avec une dépense médiane de 3.700 FCFA. Selon l'importance des différentes rubriques, le tableau n° 17 fait ressortir en première ligne les dépenses liées aux examens médicaux, suivies des dépenses en médicaments. Les dépenses les plus faibles s'observent sous la rubrique des consultations, justifiables en grande partie par la gratuité des consultations dans les centres de santé publics qui constituent le recours des personnes démunies.

Tableau 17 : Dépenses moyennes annuelles à travers les différentes rubriques des soins.

La dispersion assez élevée au niveau des dépenses en examens médicaux et en médicaments témoigne du nombre peu élevé des patients qui arrivent à payer effectivement les examens complémentaires et les produits qui leurs sont prescrits.

La paupérisation de plus en plus prononcée des démunis limite leur possibilité d'accès à certains centres pour s'approvisionner en médicaments. Des trois grands lieux d'achat, les pharmacies des hôpitaux, privées et les pharmacies populaires, seuls les deux derniers types présentent des moyennes annuelles en terme de dépense considérables au regard du niveau de vie des démunis.

En dépit des investissements dans le secteur de la santé, très peu de Nigériens ont accès aux soins de santé et à la médecine préventive. Le taux de couverture vaccinale demeure très faible au Niger. Les écarts relativement importants au sein des couches sociales s'expliquent en partie par le faible taux de couverture et provisions des soins de santé dans les ménages à forte intensité de pauvreté. En effet, la distribution des centres de soins de santé est extrêmement biaisée en ce qui concerne les ménages à travers la Communauté Urbaine de Niamey.

Tableau 18 : Dépenses en médicaments selon la nature des pharmacies

Les prix extrêmement élevés des pharmacies privées sont à l'origine de recours massif aux pharmacies populaires. Les pharmacies par terre, bien que présentant des produits bon marché n'ont pas été prises en compte à cause des difficultés éprouvées par les enquêtés pour évaluer le montant de leurs dépenses dans ces structures.

La qualité des soins et des services offerts a été appréhendée selon un certain nombre de critères subjectifs déterminés par des variables à la fois qualitatives et quantitatives. En plus du degré de satisfaction exprimé par les patients et du degré de guérison obtenue, le temps d'attente et la durée de la consultation ont été également pris en compte.

Le temps d'attente constitue à beaucoup d'égard un critère fondamental de la détermination de la qualité des soins reçus et l'équité dans l'accès aux soins de santé. En moyenne, on remarque que le temps que les patients mettent avant d'être reçus par le personnel soignant est important. Le tableau 19 situe la moyenne de ces temps à environ une demi-heure. Ceci est un facteur qui réduit davantage l'accès des démunis aux centres de santé modernes pour se tourner vers l'automédication ou la tradithérapie où les temps d'attente sont moindres voire nuls.

Concernant la **durée des consultations**, il se dégage une moyenne d'à peu près 12 minutes par patient, durée pratiquement insuffisante pour assurer une consultation convenable. L'importance de l'écart type dénote la différence au niveau de l'attente avant la consultation dans les structures de santé.

Tableau 19 : Temps d'attente et durée de la consultation

Les résultats du traitement de la maladie - ou **la satisfaction** obtenue suite au traitement - sont largement corrélés au type de soins choisi selon qu'il s'agisse de l'automédication, des soins à domicile, de la tradithérapie ou des soins dans les structures sanitaires modernes. L'analyse du tableau 20 montre environ 50% de taux de guérison dans les structures sanitaires modernes contre 33 % pour les soins à domicile puis 16 % et 14 % respectivement pour l'automédication et la tradithérapie.

Tableau 20 : Répartition des éléments de la qualité des soins

Sur le plan de la satisfaction, le type de soins choisi est déterminant dans le degré de la satisfaction obtenue par les malades démunis. De façon générale, la satisfaction est importante puisque quelle que soit la nature du type de soin choisi, ce taux est supérieur à 50 % voire 60 %.

Parmi les éléments déterminants de la satisfaction dans les structures sanitaires modernes, le tableau ci-dessous met en exergue les prix des différents produits et services offerts; l'accueil et la propriété des centres et puis la qualité des traitements et des soins.

Tableau 21 : Appréciation des démunis sur les éléments de qualités de soins, en %

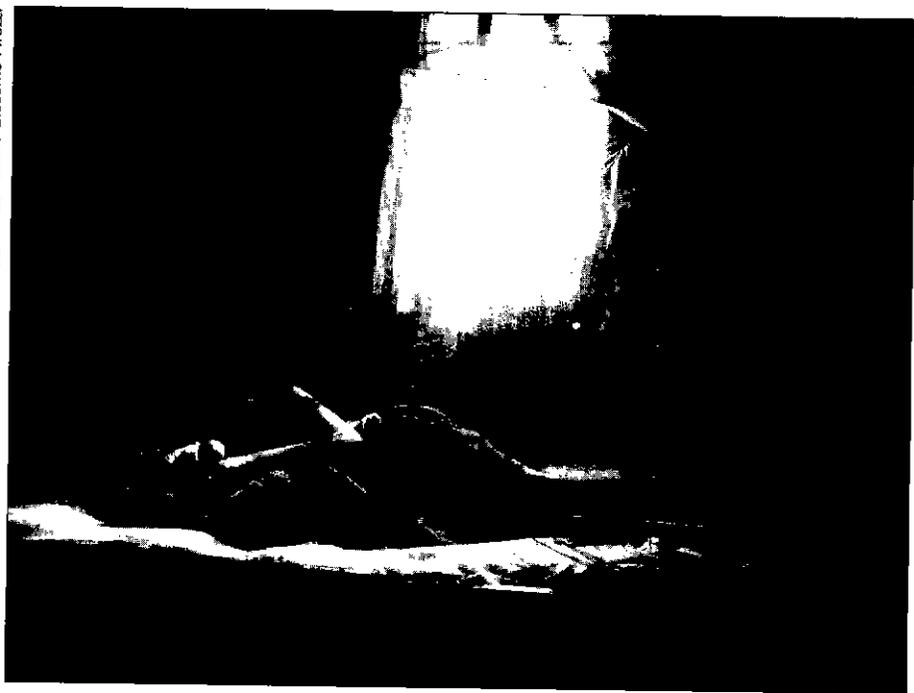
Avec l'analyse économétrique, la qualité des soins est appréhendée par une fonction d'offre de soins en interaction avec la satisfaction que le patient a retirée des différents services (accueil, prix pratiqués, propreté, temps d'attente...) L'étude menée à travers un modèle d'offre de santé met en lumière un certain nombre de paramètres qui influencent positivement ou négativement l'accès aux soins de santé des démunis de la Communauté Urbaine de Niamey.

En guise de **conclusion et de recommandations**, il faut insister sur le fait qu'au Niger une frange importante de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et éprouve d'énormes difficultés à satisfaire ses besoins essentiels. Il s'ensuit que dans de telles conditions, les réformes sanitaires visant à intégrer les populations dans le financement du système sanitaire notamment par le recouvrement des coûts des médicaments et services soulèvent de grandes inquiétudes.

Sur le plan sanitaire, l'étude révèle un écart important dans l'accès aux structures sanitaires modernes entre les personnes démunies et les non démunies. Les prix des produits et des services de santé sans aucun rapport avec le niveau des revenus des démunis est considéré comme un facteur déterminant de cette marginalisation. Ceci confine les démunis dans les structures traditionnelles de soins avec toutes les conséquences que peuvent présenter ces systèmes.

Enfin vue l'importance que présente la santé dans un pays comme le Niger, l'exclusion des pauvres qui représentent une proportion considérable de la population (63%) aurait des effets désastreux pouvant compromettre les efforts de redressement économique mis en œuvre par les autorités.

Le gouvernement doit mettre un accent particulier sur ce phénomène dans toutes ses politiques de développement économique et social. Pour ce faire, le concours des partenaires extérieurs, des organismes internationaux, des ONG et de la société civile s'avère nécessaire afin de mettre en place un mode de financement de soins de santé qui permettrait la poursuite de l'objectif de la santé pour tous.



**Rapport du volet socio-anthropologique.
Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales
d'Afrique de l'Ouest**

extrait du texte de
Y. Jaffré et JP. Olivier de Sardan
Avec Y. Diallo, A. Fall, M. Koné, A. Souley, Y. Touré

II.2.1. PRÉSENTATION

**II.2.1.1- LA GRAVITÉ DE LA SITUATION ET LES ÉCHECS
SUCCESSIFS**

Quelques chiffres suffisent malheureusement à caractériser les situations sanitaires des pays d'Afrique de l'Ouest où se situe notre étude.

Ainsi, au Sénégal, au Mali ou au Niger, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile oscillent respectivement aux alentours de 150 et 230 décès pour 1.000 naissances vivantes (Banque Mondiale 1993) ; la malnutrition modérée est proche de 30% chez les enfants de moins de cinq ans (UNICEF 1997) ; au moment de l'accouchement, 50% des parturientes seraient anémiées, et la mortalité maternelle est approximativement de 600 décès pour 100.000 naissances vivantes, soit, pour une mère, un risque de décéder 100 fois plus élevé qu'en Europe du Nord.

Le taux de séroprévalence, bien que variable selon les pays, est de l'ordre de 4%, représentant par exemple au Mali 248.000 personnes infectées par le VIH, et 47.000 décédées pour cause de SIDA.

Enfin, bien que l'offre de santé soit globalement insuffisante - en moyenne 1 médecin pour 20 000 habitants - il existe de très fortes inégalités entre les milieux urbains et ruraux : au Mali, la mortalité infanto-juvénile est par exemple de 149 /^{oo} à Bamako et de 272 /^{oo} en milieu rural.

Outre cette similarité de problèmes, une communauté de choix sanitaires réunit ces trois Etats. Ils ont en commun d'avoir adopté depuis 1987 "l'Initiative de Bamako", caractérisée par la volonté d'améliorer l'offre de santé en "étendant la couverture géographique en services de santé de base avec la participation des bénéficiaires, en adoptant une politique pharmaceutique basée sur les médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI), et en instituant un recouvrement des coûts des prestations et des médicaments pour améliorer le fonctionnement des services de santé".

Depuis une trentaine d'années, les réformes se sont succédées, les propositions se sont multipliées : et, pourtant, une grande insatisfaction persiste, tant du point de vue des populations que des intervenants.

Le sentiment est désormais largement partagé qu'une grande partie des problèmes vient de l'offre publique de santé.

Alors que, pendant longtemps, on imputait les mauvais résultats sanitaires aux comportements des populations (ignorance et manque d'éducation, représentations populaires erronées voire dangereuses, recours aux thérapeutiques « traditionnelles » et aux guérisseurs, etc.), on s'est aperçu que, en fait, et même si de telles causes jouent pour une part, la mauvaise qualité des soins dispensés dans les structures publiques était pour beaucoup dans la situation catastrophique révélée par les chiffres évoqués ci-dessus.

Les populations ne refusent pas, en général, de recourir aux filières modernes de soins, comme en témoigne le succès des cabinets privés (souvent informels et tenus, en milieu populaire, par des infirmiers) et des « pharmacies par terre » (colportage et vente informelle de médicaments modernes). Mais les hôpitaux et dispensaires ont, par contre, une réputation exécrationnelle, et il faut reconnaître que, bien souvent, elle semble hélas « méritée ». Le manque de moyens n'est pas seul en cause.

Certes, face à cette situation, on a depuis quelques années, multiplié les « projets » pour former ou pour encadrer les personnels, etc. Mais ces mesures semblent largement inefficaces.

Aux séminaires de formation succèdent les supervisions qui, lorsqu'elles débouchent sur des évaluations négatives, incitent à d'autres formations et d'autres supervisions...

Bref, bien que les interventions technocratiques en matière de santé publique soient indispensables, elles ont de nombreux effets pervers. Les nouveaux venus sur la scène sanitaire africaine (jeunes médecins africains revenant de formation ou intervenants extérieurs des ONG ou des coopérations internationales) découvrent dans les services de santé une situation réelle bien pire que prévu, masquée par la langue de bois des politiciens et des institutions internationales.

II.2.1.2- NOTRE PERSPECTIVE OPÉRATIONNELLE

Si jamais aucun médecin ou infirmier n'a mis en cause nos résultats proprement dits, et si de nombreux acteurs se sont félicités de ce qu'enfin la « face cachée » de la réalité était mise sur le devant de la scène, nous avons partout rencontré deux types de réactions négatives, largement fondées sur des malentendus, selon nous.

« Votre évaluation est partielle car elle n'insiste que sur le négatif »

« En mettant l'accent sur ce qui ne va pas, vous avez une attitude négative, qui ne contribue pas aux changements »

II.2.1.3- MÉTHODOLOGIE

Le programme de recherche dont nous avons assuré le volet socio-anthropologique portait sur l'équité dans l'accès aux soins, et les facteurs d'exclusions des plus pauvres. L'hypothèse qui a guidé ce travail est que, outre les problèmes de coûts, qui ne sauraient être négligés (cf. volet économie), les dysfonctionnements internes au système public de santé étaient une cause majeure de fréquentation insuffisante des formations sanitaires, de recours à d'autres systèmes de soins (en particulier l'automédication), et d'insatisfaction des usagers, et que les plus démunis en étaient, plus que d'autres, victimes. Elle nous semble largement confirmée par nos résultats.

La présente étude met en évidence, pour la première fois en Afrique de l'Ouest, de façon documentée, l'importance et la nature des dysfonctionnements des services de santé tels qu'ils apparaissent massivement dans les interactions entre soignants et soignés. Ceci n'a été possible que grâce à l'emploi d'une méthode qualitative, pour l'essentiel héritée de l'anthropologie de terrain, mais que nous avons tentée d'adapter, avec diverses innovations, tant aux sites particuliers que sont les centres de santé qu'à la perspective comparative systématique qui était la nôtre.

Huit mois d'enquêtes menées simultanément dans cinq capitales africaines ont débouché sur un corpus substantiel, constitué sur la base des méthodes classiques en vigueur dans l'enquête de terrain anthropologique.

Ce corpus est donc formé : d'entretiens en langues locales (menés sur le mode de la conversation, et non du questionnaire) ; d'observations consignées par écrit; et d'études de cas, de biographies, et de recensions variées.

Rappelons que, pour chaque ville, il y avait d'un côté des enquêtes dans 3 formations sanitaires, de l'autre côté des enquêtes auprès d'une trentaine de familles pauvres. Nous avons donc des dossiers détaillés sur 15 formations sanitaires, et des transcriptions d'entretiens auprès de 150 familles pauvres. Les formations sanitaires ont été, dans chaque ville, choisies en concertation avec l'UNICEF et le volet « qualité des soins », avec pour condition qu'elles touchent directement des zones d'habitat populaire, et en excluant les centres de référence.

Comme ordre de grandeur, nous disposons au total d'environ 1.000 entretiens enregistrés et 500 séances d'observation systématique (par exemple 265 entretiens ont été menés à Niamey et 167 séances d'observation ont été l'objet de comptes-rendus). C'est la première fois en Afrique de l'Ouest que, sur la santé, on dispose d'une telle masse de matériaux, recueillis selon des procédures qualitatives rigoureuses, à partir d'une problématique et d'une méthodologie communes, dans une perspective comparative multi-sites.

Ceci a été possible grâce à un travail d'équipe, fondé sur un investissement personnel important de chacun. Il a été facilité par l'existence d'un « réseau » de chercheurs constitué depuis plusieurs années (devenu récemment « réseau sur l'anthropologie de la santé en Afrique »), adossé à deux « bases » : Marseille et Niamey.

Certes les données fournies ne sont pas chiffrées. La plupart ne sont sans doute pas chiffrables, comme le mépris dont les patients se disent victimes, les justifications que les personnels de santé donnent de leurs attitudes, ou la façon dont les soignants s'approprient l'espace aux dépens des soignés.

D'autres seraient peut-être chiffrables, pour la plupart avec un coût méthodologique et pécuniaire élevé, et de très nombreuses difficultés, comme lorsque l'on aborde le thème de la corruption. Cependant, les données, pour « qualitatives » qu'elles soient, sont selon nous « de qualité ». Elles « disent » sans doute mieux que bien des données chiffrées le « vrai » des conduites de soins et permettent de mettre en évidence des mécanismes et des processus significatifs.

Cette « rigueur du qualitatif » suppose une solide formation et compétence des enquêteurs, et un travail d'équipe important pour harmoniser les curiosités, les questions de recherche, les méthodes, les problématiques. D'où l'usage de la procédure ECRIS, qui a impliqué les étapes suivantes :

1. Une enquête collective à Niamey, de 8 jours, sur les 3 centres de santé retenus, regroupant les 5 "responsables-pays", les 2 coordinateurs du volet socio-anthropologique, les 3 enquêteurs de Niamey, et 2 médecins, afin de formuler des hypothèses et des indicateurs « issus de terrain » et non pas élaborés en chambre.

2. Une enquête collective dans chacune des 4 autres villes, de 8 jours, avec le responsable-pays, l'un des 2 coordinateurs, et les 3 enquêteurs de la ville, sur l'ensemble des 3 centres de santé retenus.

3. Des enquêtes individuelles de longue durée (par exemple, chaque enquêteur a passé entre trois mois et six mois dans un centre de santé), avec un appui permanent du responsable-pays et des réunions régulières de bilan.

4. Des enquêtes dans les 3 centres de santé retenus par ville. Outre les observations faites dans chaque centre (autour des postes de travail, en suivant le parcours de malades, en assistant aux consultations, en prenant des gardes...), des entretiens ont été menés auprès d'une grande variété d'interlocuteurs : les diverses catégories de personnels de santé, les malades, mais aussi les accompagnants, les manoeuvres, les gardiens, les vendeurs alentour, les guérisseurs du voisinage, etc.

5. Des enquêtes sur un ensemble de famille démunies ne fréquentant pas ou peu les centres de santé (30 par ville).

Enfin il faut souligner la qualité du travail accompli par les 15 enquêteurs (dont certains sont depuis entrés en études doctorales) et par les 5 responsables-pays, grâce auxquels nous disposons d'un ensemble de données qualitatives fiables, comparables, fortement convergentes, issues d'un dispositif d'enquête commun, et, au-delà, d'une posture scientifique partagée, ce qui n'est pas si fréquent dans une discipline connue pour son individualisme.

II.2.2. PRINCIPAUX RESULTATS

Nous proposons ici une synthèse générale et comparative des principaux résultats, organisée en deux niveaux. Un premier niveau se focalisera sur les tendances communes aux 5 villes, en distinguant ce qui relève plutôt des comportements des personnels soignants, ce qui relève plutôt des systèmes de santé, et ce qui relève plutôt de l'environnement économique, politique, et administratif ; puis nous examinerons les variantes et les différences. Un second niveau tentera de reprendre de façon transversale ces tendances, en y déchiffrant l'effet d'un certain nombre de logiques sociales significatives.

II.2.2.1-TENDANCES COMMUNES ET VARIANTES

Une première conclusion s'impose en préalable. Alors que les cinq pays, ainsi que leurs capitales, sont extrêmement différents (la paisible ville de Niamey a peu à voir avec les mégapoles turbulentes d'Abidjan ou de Dakar), alors que les histoires post-coloniales ont beaucoup divergé (entre partis uniques, démocraties plus ou moins musclées, dictatures militaires plus ou moins brutales et socialisme de la terreur), alors que les ressources économiques et les flux d'aide au développement varient considérablement (le Sénégal favorisé par la rente du développement et la rente migratoire contraste avec le Niger démuné sur presque tous les fronts), les différences entre les centres de santé des cinq capitales sont, en fait, faibles, et les tendances communes l'emportent nettement.

Autrement dit, et avec une certaine surprise, nous avons retrouvé les mêmes dysfonctionnements à Bamako, Dakar ou Conakry, à Abidjan ou Niamey. La « richesse » relative de la Côte d'Ivoire ou la « modernité » de Dakar, qui, sans doute permettent d'y trouver parfois des services hospitaliers de pointe ou des cliniques privées luxueuses, ne donnent pas à ces deux villes l'avantage relatif qu'on aurait pu attendre pour ce qui concerne fonctionnement quotidien du service public de la santé.

En fait toutes les tendances dégagées par nos études peuvent être désignées comme autant de « dysfonctionnements », autrement dit, elles relèvent d'écarts (et il s'agit ici d'écarts forts) entre d'un côté les normes officielles ou publiques, et de l'autre la réalité des comportements des soignants et la routine quotidienne des formations sanitaires.

L'ampleur de ces dysfonctionnements est telle qu'on peut estimer qu'ils sont quasiment devenus structurels dans le domaine du secteur public urbain de la santé, au moins « vu d'en bas », en Afrique de l'Ouest (et peut-être au-delà ?). Beaucoup de ces dysfonctionnements sont déjà connus des observateurs avertis ou des praticiens lucides (comme, par exemple, le « favoritisme », la surfacturation, ou la mauvaise qualité de l'accueil...). Mais ces dysfonctionnements ne sont jamais l'objet d'un véritable débat chez les décideurs en santé publique, on n'en tient pas compte dans les programmes ou les projets, la « langue de bois » des hommes politiques ou des opérateurs de développement (et de nombreux professionnels de la santé) en fait rarement mention. On ne parle de ces dysfonctionnements que dans un registre privé (« off the record »), impressionniste, anecdotique, allusif, jamais de façon documentée, argumentée, sérieuse, ce qui est au contraire notre propos.

Pour que cette étude puisse autant que possible susciter un débat sur les réformes nécessaires, nous présenterons les tendances communes dégagées par l'enquête en fonction de trois niveaux de « facteurs modifiables » : les comportements des personnels de santé ; les structures de santé ; l'environnement économique, politique et administratif. Puis on s'attachera aux variantes.

II.2.2.2- LES PROBLÈMES LIÉS AUX COMPORTEMENTS DES PERSONNELS DE SANTÉ

S'il est vrai que la pénurie constitue l'horizon permanent des centres de santé, et qu'elle est invoquée en permanence pour justifier de la mauvaise qualité des soins, cette pénurie ne saurait expliquer tout. Les usagers se plaignent constamment du comportement des personnels soignants (auxiliaires, infirmiers, sages-femmes, médecins), et nos observations ont partout confirmé que cette insatisfaction profonde et générale n'était pas sans fondements.

Trois registres de comportements à problèmes sont apparus (même si certains comportements peuvent relever simultanément de deux, voire des trois registres) : les éléments relationnels, la recherche de ressources personnelles, et la « conscience professionnelle ».

a. Les éléments relationnels

Les relations soignants-soignés apparaissent comme très souvent insatisfaisantes, avec des enclaves de relations favorisées, sur lesquelles on reviendra. Disons que ce qui va suivre concerne essentiellement les relations des personnels de santé avec des patients « anonymes » et dépourvus de tous signes extérieurs de statut ou de richesse. Ces problèmes relationnels renvoient tous à ce qu'on pourrait appeler une « médecine non centrée sur le patient », autrement dit un univers médical où le patient n'est pas pris en compte en tant que personne, et où, qui plus est, il apparaît plutôt comme un gêneur. On peut décomposer le « problème relationnel » en ces divers éléments suivants :

Le non respect des normes de bienséance

Cette « impolitesse » ou « incivilité » profonde couvre de nombreux aspects, depuis les attentes injustifiées ou mal organisées infligées aux

malades, jusqu'à la non prise en considération de l'intimité ou de la pudeur des malades. On peut y mettre le fait de ne pas saluer ou de mal saluer le malade, de ne pas le faire asseoir, de lui parler de façon autoritaire, distante, excédée, de lui couper brutalement la parole ou de refuser même de l'écouter, de le « laisser en plan » pour les motifs les plus divers et parfois les plus futiles, de l'examiner quasi en public, portes ouvertes ou avec un défilé de visiteurs, ainsi que tout un ensemble de comportements courants oscillant entre l'indifférence et le mépris.

Le reproche souvent exprimé par les malades « on ne nous regarde même pas » symbolise bien ce sentiment d'humiliation éprouvé par beaucoup.

Pour des patients ordinaires, l'univers médical moderne est un univers non seulement traumatisant à cause de la maladie, mais aussi traumatisant à cause de l'attitude indifférente ou arrogante des personnels de santé (sinon tous, du moins beaucoup). On voit là que la dimension de l'« accueil », souvent mise en avant parmi les réformes nécessaires, va en fait beaucoup plus loin que la simple mise en place d'un bureau d'information à l'entrée de la formation sanitaire, et débouche sur l'ensemble de la relation entre personnels et usagers.

La violence verbale et physique

Au-delà de l'indifférence ou du mépris, il y a parfois la violence, celles des mots (insultes, injonctions) ou des gestes. Ce sont les maternités qui, partout, en sont les lieux privilégiés. Les parturientes témoignent souvent des violences qu'elles ont subies de la part des sages-femmes.

Aussi c'est souvent une atmosphère de peur qui règne dans les centres de santé.

L'absence d'écoute du malade

Il s'agit là d'un désintérêt pour la parole des malades, non plus au niveau de la bienséance, mais au niveau de l'interaction thérapeutique.

Les soignants (la plupart d'entre eux) non seulement ne sollicitent pas l'expression des plaintes ou la description par le malade de ses symptômes ou de sa douleur, mais souvent les découragent. Le dialogue est le plus souvent réduit à sa plus simple expression : quelques questions brèves et stéréotypées du soignant, qui n'attend que des réponses toutes aussi brèves et stéréotypées du malade.

En fait cette absence d'écoute verbale est souvent corrélée à ce qu'on pourrait appeler une absence d'écoute corporelle, dans la mesure où le toucher, la palpation, l'auscultation sont réduits à la portion congrue, voire évités.

On pourrait aussi analyser le « grand désordre » qui caractérise les formations sanitaires aux heures d'affluence comme une conséquence de l'absence d'écoute, en l'occurrence comme une surdité face aux multiples inconvénients que ce « grand désordre » fait subir aux patients :

L'absence d'information du malade

Bien souvent, aucune explication n'est fournie sur le diagnostic, sur la maladie et son évolution, sur les problèmes que peuvent poser les traitements ; ceux-ci ne sont pas en général commentés, les ordonnances sont délivrées

sans information véritable. Autrement dit, l'interaction avec le malade n'est presque jamais pour le soignant l'occasion de faire un minimum d' « éducation pour la santé » (celle-ci étant réservée à des séances collectives routinières ad-hoc ; cf. infra), ni même de favoriser une observance minimale du traitement prescrit.

Des flots de personnalisation : le régime des « faveurs »

A l'inverse des comportements précédents, les relations que les soignants entretiennent avec des malades « recommandés » ou faisant partie de leurs propres relations, de leur propre réseau, deviennent beaucoup plus interactives, et même parfois particulièrement chaleureuses.

On bascule alors dans un système de relations complètement opposé, réservé à une minorité privilégiée, ceux que parfois on appelle les PAC ("parents, amis et connaissances") ou les "passe" (passe-droits). Les salutations sont cordiales, le malade est pris en charge, écouté, informé.

On peut parler de « personnalisation » voire même de « sur-personnalisation », dans la mesure où il n'est pas rare que le soignant délaisse son poste et ses malades pour s'occuper de son protégé, le guider dans le dédale de l'hôpital, l'introduire auprès de ses collègues, etc.

Pour les malades qui en sont exclus, il s'agit évidemment d'un « favoritisme » injuste, qui fait l'objet d'un fort rejet :

Bien sûr tout n'est pas si simple, car celui qui en est exclu un jour (car il ne « connaît personne »), et condamne alors le favoritisme, sautera sur l'occasion d'en bénéficier un autre jour (s'il « connaît quelqu'un »).

Toute une sémiologie populaire exprime cette réalité du favoritisme: ainsi la notion de topato en wolof (s'occuper de quelqu'un) ; on parle de « passe » (« mon passe » = mon protégé ou ma protégée) chez les personnels de santé à Niamey.

On voit aussi se mettre en place des « stratégies de personnalisation », qui prennent trois formes :

- Se rendre à tout prix dans un centre de santé où l'on connaît déjà quelqu'un (ou bien où l'on peut se faire recommander auprès de quelqu'un). C'est la stratégie la plus répandue. Remarquons qu'elle va, en ville, à l'encontre des politiques de sectorisation : les usagers ne vont pas nécessairement dans la formation sanitaire la plus proche, ils vont avant tout dans celles où ils connaissent quelqu'un, directement ou indirectement.

- Jouer de son statut pour, d'emblée, passer de la relation anonyme à la relation personnalisée. Ce sera le cas des usagers qu'on pourrait appeler « dotés », soit riches (l'habillement et la mise en témoignent), soit socialement privilégiés (intellectuels, cadres), soit « beaux parleurs » (« à la bouche douce » dit-on en zarma), capables de jouer sur le langage (avec, entre autres, la capacité à utiliser le code des « relations à plaisanterie »).

Bien évidemment, plus le statut social et/ou scolaire est élevé, plus la capacité non seulement à se « faire connaître » ou « reconnaître », mais aussi à protester ou à se faire respecter, est grande, et, inversement, les risques d'être humilié ou agressé diminuent, de même que la peur.

• Chercher à se faire peu à peu « connaître » par quelqu'un travaillant dans le centre de santé où l'on se rend habituellement, c'est-à-dire s'efforcer de « construire » une relation personnalisée avec un agent de santé, par qui on tentera de se faire progressivement admettre, identifier, nommer, grâce à des salutations empressées, des sourires, des essais de conversations, de menus cadeaux... C'est plutôt une stratégie de « pauvre ».

b. La recherche de ressources personnelles

Les problèmes de salaires (entre autres) sont souvent invoqués par les personnels de santé pour légitimer leur quête d'avantages pécuniaires supplémentaires dans l'exercice de leur profession.

Le captage de ressources à titre privé est en effet généralisé dans les formations sanitaires : il est parfois exprimé par les populations en termes crus : « arnaque », « racket », « contexte » (terme signifiant « corruption » en Côte d'Ivoire). De ce fait l'image du soignant compatissant est de plus en plus remplacée par celle du soignant rapace.

La quête de ressources comporte tout un éventail de comportements et de transactions, parfois tolérés ou même correspondant à une « complicité » avec les malades, parfois au contraire très mal vécus par ceux-ci (« vol », « prise d'otage »). On peut en proposer l'inventaire suivant :

Les « cadeaux »

Il est devenu extrêmement courant qu'un malade (ou ses accompagnants) donnent aux soignants du service public un « cadeau » (une somme d'argent, le plus souvent, en ville) en « remerciement » de ses soins.

Les personnels de santé n'y voient nullement une pratique illicite ou illégitime. Pour eux, il s'agit de gratitude (« on ne peut pas refuser de tels cadeaux », ce qui est effectivement la norme sociale), voire de « pourboires ».

Le problème est que, du côté des usagers, cette « coutume » est parfois perçue comme une contrainte plus ou moins indirecte sur le mode : si je ne donne rien, la prochaine fois, il ne me soignera pas. De plus ces cadeaux sont parfois « sollicités » avec plus ou moins d'insistance. Les limites entre le cadeau volontaire et le cadeau forcé sont ainsi quelque peu brouillées.

De plus, la notion de « service public » s'estompe derrière celle de « service privé », ce qui est parfois énoncé très clairement.

La vente privée de médicaments.

Cette activité, parmi les plus rémunératrices, peut provenir de plusieurs sources : médicaments « détournés » du circuit public ; médicaments facturés à un premier malade et revendus plusieurs fois ; médicaments achetés (dans le circuit public, dans les pharmacies et parfois même chez les colporteurs) ; médicaments donnés (à titre humanitaire, ou échantillons médicaux).

Cette activité était devenue systématique avant le recouvrement des coûts (en raison de la pénurie chronique de médicaments dans les formations sanitaires). Sous le régime du recouvrement des coûts, elle n'a pas disparu, même

si elle s'est faite plus discrète : les ruptures de stocks de médicaments essentiels, la faible variété des médicaments essentiels disponibles, la pratique de plus en plus courante de la « double ordonnance » (une portant un ou deux médicaments essentiels achetable à la pharmacie de la formation sanitaire, l'autre prescrivant tout le reste), tout cela favorise ou « couvre » la poursuite de la vente de médicaments par les soignants à leur propre profit.

Souvent cette vente est présentée au malade comme un « dépannage » qu'on lui consent : on lui vend ces médicaments pour lui éviter d'avoir à se rendre jusqu'à une pharmacie en ville, on lui dit (à tort ou à raison) qu'il payerait plus cher à la pharmacie...

Un cas particulier se rencontre dans les maternités, avec la proposition quasi-systématique faite aux parturientes de leur administrer « un sérum pour accoucher plus vite », c'est-à-dire une injection par perfusion d'ocytociques (« synto »), ceci contre rémunération de la main à la main.

Toujours dans les maternités, les gants et les doigtiers sont systématiquement vendus nettement plus cher que leur prix de revient.

© UNICEF / HCB7-0014 / Giacomo Pirozzi



Les surfacturations privées

- La « surfacturation à l'acte ».

On peut en ce cas entendre par « surfacturation » aussi bien la facturation (au bénéfice du soignant) d'actes thérapeutiques normalement gratuits, que la perception d'un « supplément » indu par le soignant pour un acte payant dont le produit revient par ailleurs à la caisse du centre de santé.

- La surfacturation bureaucratique

Le parcours d'un malade dans un centre de santé est émaillé de transactions bureaucratiques : enregistrement, achat d'un carnet de santé, paiement d'un « forfait » médicaments, paiement ex-post d'un « lit » en cas d'hospitalisation ou d'accouchement. Certaines de ces transactions devraient être gratuites, d'autres, dans le cas du recouvrement des coûts, sont payantes. Les unes comme les autres sont des occasions de surfacturations privées.

Contrairement à d'autres formes de recherche de revenus, qui se présentent souvent comme des « services » rendus aux malades, les sur-facturations peuvent être perçues par ces derniers comme des « rackets », autrement dit comme relevant d'une « violence » de fait. Parfois on peut avoir le sentiment que la santé même des malades est « prise en otage » par les personnels : « si tu ne payes pas, tant pis pour toi... » (il est vrai que c'est le cas aussi pour les facturations licites, dans le cadre du recouvrement des coûts : pas de paiement, pas de soins).

Les détournements de facturation

C'est une variété du cas précédent : c'est toujours le soignant qui empêche de l'argent illicite, mais au lieu de le percevoir en plus de ce que le malade verse à la caisse de la formation sanitaire (ou alors que l'acte est gratuit), il perçoit de l'argent à la place de la caisse, c'est-à-dire à ses dépens. Parfois les soignants demandent « moins » que le coût normal, parfois plus, mais toujours ils présentent ces « détournements » comme faits pour « arranger » les malades, comme une « faveur » qu'ils leur font. Les malades, quant à eux, ne font pas toujours la différence entre surfacturation et détournement de facturation: pour eux, c'est toujours le soignant qui met de l'argent dans sa poche personnelle. Mais c'est pourtant la victime qui change : dans le premier cas, le malade paye un surcoût, dans le second cas c'est la caisse de la formation sanitaire qui est lésée, le malade pouvant lui être avantagé relativement.

Les détournements de matériel

Le « siphonnage » du matériel public vers le secteur privé (formel comme informel) est largement pratiqué. Il peut s'agir de petit matériel (thermomètres, tensiomètres, stéthoscopes, matelas...), comme de matériels plus importants (électrocardiographes ou endoscopes...), voire plus encore. Bien sûr, alors que le détournement de petit matériel relève d'un « chapardage de proximité » souvent considéré comme « normal » (une sorte d'« avantage de fonction »...), le détournement de matériel coûteux nous rapproche singulièrement d'une autre forme, le détournement de fonds, plus stigmatisé, mais qui n'est pas absent, loin de là, du paysage sanitaire local.

Le détournement peut aussi se faire non seulement aux dépens du service public, mais aussi aux dépens directs des usagers.

Les « certificats et attestations »

La « vente » de certificats médicaux, vrais ou de complaisance, est largement pratiquée, depuis les échelons inférieurs (cf. attestations de virginité par les sages-femmes) jusqu'aux échelons supérieurs (arrêts de travail par les médecins, ou hospitalisation de prisonniers « de luxe »).

Le « gombo »

Ce terme ivoirien évoque la façon dont les fonctionnaires se « débrouillent » pour exercer des activités supplémentaires afin d'arrondi leurs revenus. Dans le secteur de la santé, il s'agit souvent de consultations « privées ». Ce sont là des pratiques généralisées. Il peut s'agir de consultations à titre privé à l'intérieur même de la structure (en dehors des heures normales de travail, ou

parfois même pendant le service, auquel cas on rejoint le détournement de facturation ci-dessus), ou bien d'une « aspiration » de la clientèle vers des consultations privées à l'extérieur, que ce soit au domicile même des soignants, dans des cabinets « informels », ou dans des cabinets privés déclarés.

Mais l'usage des lieux de travail, ou du matériel peut aussi se faire au profit d'activités non-médicales :

Les frontières entre ces diverses formes de recherche de ressources personnelles ne sont pas toujours claires : l'utilisation systématique d'ocytociques se situe entre vente privée de médicaments (on vend un produit) et sur-facturation (on vend une perfusion). La surfacturation d'un accouchement est à la fois bureaucratique (prix du lit) et thérapeutique (kit d'accouchement). Par ailleurs ces formes oscillent entre la coercition et le « service rendu » ; de même elles ne sont pas nécessairement purement « marchandes », et peuvent parfaitement s'interpénétrer avec les stratégies de personnalisation, quitte à accorder des « réductions », dans la mesure où ces « arrangements » s'inscrivent dans une sphère du « marchandage ».

c. La conscience professionnelle

Il faut enfin poser clairement la question de la conscience professionnelle, sérieusement mal en point, problème toujours évacué des discours publics. Cette question ressort par contre souvent des entretiens, parfois en termes de nostalgie d'une époque antérieure (qu'elle ait existé réellement ou non est une autre histoire).

Certes la conscience professionnelle renvoie aussi aux deux points analysés ci-dessus, et peut donc englober la question des aspects relationnels comme celle des avantages privés.

Il peut aussi y avoir une « paresse clinique et linguistique », qui fait qu'on se contente des propos du malade pour émettre un diagnostic standard, renforcé par la traduction simpliste courante des termes issus des langues nationales lorsqu'ils passent en français local :

Bien sûr l'absence de conscience professionnelle a aussi, ou surtout, un aspect « technique », strictement biomédical. On observe en effet de façon courante divers manquements aux normes techniques telles qu'elles sont enseignées pendant les études, ou les formations complémentaires, et exprimées dans les textes officiels et réglementaires.

Parfois, les gestes ne sont pas effectués (le contrôle de l'intégrité du placenta par exemple), parfois ils sont simulés :

On peut lister les six principaux types de manquements aux normes médicales :

1. Négligences fréquentes et de tous types, dans les soins, dans la surveillance des malades, dans le monitoring, dans les examens cliniques (par exemple, dans les maternités, les constantes ne sont pas prises et les partogrammes ne sont pas remplis, il n'y a pas après l'expulsion du placenta de contrôle de son intégrité, etc.)

2. Non-maintenance du petit matériel (c'est un problème permanent partout)

3. Très faible niveau d'hygiène, des instruments (non stérilisés, non désinfectés, réutilisés.....) comme des lieux (sols, tables, lits).

4.Diagnostiques bâclés : ni interrogatoire médical sérieux, ni auscultation; non-respect des schémas plainte-traitement; non recherche d'informations à l'extérieur (collègues, documentation) en cas d'incertitude.

5.Prescriptions hâtives, sans vérification des incompatibilités, sans prise en compte des problèmes d'observance, sans information au malade sur les effets des médicaments.

6.Absentéisme : réel (souvent 3 ou 4 heures seulement de présence au travail par jour) ou virtuel (pendant les heures de travail, une grande partie en est consacrée à diverses activités non professionnelles, même quand les malades attendent).

On aura sans doute remarqué dans ce bref survol que les manquements aux normes techniques peuvent par ailleurs être directement induits par le mépris relationnel (cf. absence d'interrogatoire), ou la recherche de gains personnels (cf. prescription-vente systématique d'ocytociques).

Ces comportements relèvent de fautes professionnelles, parfois graves, car pouvant entraîner le décès des patients. Mais la question des sanctions, ou plutôt de leur absence, relève quant à elle du fonctionnement du système de santé.

II.2.2.3- LES PROBLÈMES LIÉS AU SYSTÈME DE SANTÉ

Nous ferons ici l'inventaire de toute une série de problèmes qui renvoient à l'organisation même des services, et aux rapports entre les formations sanitaires et la hiérarchie sanitaire. Certains de ces problèmes sont évidemment aussi liés aux comportements des personnels. Mais ils existent en même temps à un niveau proprement systémique.

Les « bénévoles » et « auxiliaires »

L'enquête a révélé la place importance prise au sein des formations sanitaires par des « bénévoles », personnels auxiliaires non rémunérés officiellement, et assurant parfois des tâches médicales, parfois des tâches non médicales (ménage, gardiennage), parfois des tâches surtout relationnelles (accueil, appui : cf. matrones).

En fait cette catégorie est très composite. On y voit des filles de salle, gardiens, manœuvres, travaillant gratuitement, avec l'espoir de pouvoir être embauchés. Ou des « secouristes » (en général formés par la Croix Rouge), tentant de valoriser leur petit bagage dans un rôle d'aide-soignant absent des organigrammes. Il y a aussi les diplômés de la santé sans emploi (infirmiers et infirmières, sages-femmes, médecins), qui essayent de ne pas « perdre la main » ou de compléter leur formation, en l'attente parfois longue d'une affectation espérée.

Tous ces personnels non statutaires, bénéficiant de « faveurs » ou de « gestes » des personnels statutaires, dont souvent ils exécutent les tâches, et percevant des « gratifications » des malades, accroissent la part de « l'informel » dans les services, et contribuent au « glissement des fonctions ».

La bureaucratisation des tâches

Le plus souvent, la division du travail est plus bureaucratique que médicalement justifiée. Ce qui expliquerait, en partie tout au moins, la très faible productivité, d'une organisation taylorienne vide de sens : un infirmier prend les renseignements, un autre consulte, un troisième donne les cachets, un quatrième fait les pansements...

En fait, le stylo est sans doute le seul instrument professionnel qui ne fait jamais défaut. Cette bureaucratisation est de plus renforcée par les demandes des bailleurs de fonds, des programmes, et des projets (multiplications des fiches, registres et questionnaires), et par le rôle croissant des fonctions dites de « santé publique ».

Un autre aspect de la bureaucratisation se donne à voir et entendre avec les séances d'Information-Education-Communication (IEC). Celles-ci, censées répondre à un besoin d'information des malades (dont on a vu qu'il n'était pas assuré au niveau relationnel, où il serait pourtant le plus efficace) tournent souvent à la caricature.

L'absence de travail d'équipe

C'est sans doute une des caractéristiques majeures que nous avons relevées : très peu de formations sanitaires connaissent ne serait-ce qu'un minimum de travail d'équipe. Le « chacun pour soi », dans le cadre de la division bureaucratique des tâches évoquées ci-dessus, est la règle. La plupart des services n'ont pas ou peu de staff. Les discussions professionnelles organisées (hors interventions de « formateurs » extérieurs) sont quasi inexistantes. On ne voit ni « projet de service », ni débats internes sur les pratiques, les techniques, ou les problèmes. Le chef de service (à quelque niveau que ce soit : infirmier-major, maîtresse sage-femme, médecin, professeur) n'a que très peu d'intervention quant à la qualité des soins. Le management reste essentiellement bureaucratique. La supervision rapprochée est inexistante.

L'impunité

Elle est générale, partout. Aucune faute professionnelle (alors qu'elles sont, on l'a dit, fréquentes) n'est véritablement sanctionnée, la seule « sanction » éventuelle étant l'affectation dans une autre structure. Le mécanisme de cette impunité est décrit partout en termes identiques : toute menace de sanction entraîne l'intervention de « protecteurs » divers du sanctionné (protections politiques, familiales, etc.), l'intervention pouvant aller jusqu'à se retourner contre le sanctionneur (cf. infra, sur le clientélisme). Cette impunité entraîne vite la démission de fait des chefs de service et explique pour une part l'absence de travail d'équipe et le « chacun pour soi ».

L'appropriation des espaces par les personnels de santé

Non seulement l'architecture n'est pas adaptée aux malades, non seulement le découpage professionnel de l'espace leur est étranger, et rien n'est en général fait pour leur faciliter le parcours, qui est bien souvent un « parcours du combattant », mais encore les agents de santé s'approprient-ils l'ensemble des espaces de la formation sanitaire, non pour leurs activités thérapeutiques, mais pour leur propre usage et leur bien-être : pour leur sociabilité, leur repos, leur restauration, leurs visites privées, leurs commerces...

De ce fait, les usagers ressentent l'espace de la formation sanitaire comme fondamentalement « inhospitalier », voire hostile.

Il est vrai que, parfois, c'est la pénurie qui crée en quelque sorte la « base matérielle de l'inhospitalité ». La surcharge dramatique en patient(e)s par rapport au nombre de lits disponibles aboutit à des situations d'entassement : lits où l'on met deux malades, parturientes en travail sur une natte dans un couloir, etc.

L'inefficacité des comités de santé

Les comités de santé ou de gestion, censés être les garants d'une « participation communautaire », sont loin de répondre toujours à cette vocation qu'on leur a assignée (toujours de l'extérieur : dans tout projet de réhabilitation d'une formation sanitaire, avec passage au recouvrement des coûts, c'est une conditionnalité des bailleurs que de constituer un « comité de santé »). Il faut en fait distinguer deux types de « comités de santé », en fonction de leurs compétences. Dans un cas, le plus fréquent, les comités n'ont en charge que le contrôle de la gestion et la répartition des « bénéfiques » dégagés par la vente des médicaments et par le paiement des prestations, bénéfiques qui n'aboutissent en général qu'à de faibles « primes d'intéressement », au profit exclusif des personnels. Les membres des comités se sentent inutiles, d'autant que les personnels de santé contrôlent en fait ces comités, qui, au bout du compte, n'ont pas d'existence réelle. Si les comités de santé peuvent avoir un sens au niveau des villages, dans la mesure où il s'agit de sociétés d'inter connaissance, leur réalité et leur efficacité en ville est beaucoup plus contestable.

Dans le cas des Cscm (Mali), ou FSU-Com (Côte d'Ivoire), les pouvoirs des comités sont beaucoup plus importants, en particulier parce que ce sont eux qui sont à l'initiative de la création du centre, et qu'ils embauchent et salarient les personnels, médecins inclus (et les licencient éventuellement). Ceci assure incontestablement un « pouvoir » des comités sur le personnel de santé, autrement dit un « contre-pouvoir » réel face au pouvoir médical. Mais ce n'est pas nécessairement un « pouvoir » de la population, et on constate alors fréquemment une « main-mise » de quelques notables ou d'une faction locale (en général politique) sur le comité, les usagers restant en fait largement extérieurs.

Il existe aussi très fréquemment des querelles entre les soignants et les comités. Les premiers acceptant mal, alors qu'ils « produisent » des revenus grâce à leur travail, d'être géré par des comités, qui parfois utilisent ces ressources à d'autres fins.

Comme souvent en matière de gestion communautaire, les accusations de détournement sont fréquentes.

En fait, ces structures de santé communautaires se retrouvent confrontées à une double hiérarchie, lourde de conflits potentiels : médicale pour les soins, et notabiliaire (donc liée à la politique locale) pour tout ce qui concerne la gestion financière et celle des personnels. Plus encore, dans bien des cas, les associations sont vides de membres, et les différents conseils composés de notables locaux utilisent la santé à des fins politiques ou d'enrichissement personnel. Il semble que le vrai signifié des discours locaux sur la santé communautaire réside moins dans ce qu'ils proclament que dans l'effort des acteurs pour s'adapter à l'offre de financements venant des ONG, et autres bailleurs de fonds.

Globalement, le "communautaire" est une conditionnalité (et donc une obligation rhétorique) pour capter les ressources nécessaires à la mise en œuvre de projets sanitaires et/ou politiques personnels ou factionnels. Dans bien des cas, cette standardisation communautaire empêche la prise en compte d'initiatives pragmatiques locales.

L'exclusion des plus défavorisés

L'absence de tout "filet social" pour les démunis est aveuglante.

Le recouvrement des coûts signifie que celui qui n'a pas d'argent n'est pas même reçu, et examiné. On a vu plus haut que, avec des « relations » ou des « recommandations », on peut facilement contourner cette contrainte.

Le système clientéliste en vigueur dans la société englobante, et l'extension importante des réseaux relationnels, permettent incontestablement à un certain nombre de familles pauvres d'accéder aux formations sanitaires. Mais il est aussi des pauvres sans relations, il y en a même beaucoup...

La pauvreté extrême se caractérise justement par la dégradation des liens sociaux, et l'absence d'assistance familiale ou clientéliste. Alors, celui qui n'a ni argent ni piston risque fort de mourir sans être pris en charge.

On pourrait donc opposer des pauvres « relatifs », repérés, ceux des services sociaux, ou qui dépendent des notabilités locales (et donc, en un certain sens, « riches » de relations), à des pauvres « absolus », vivant l'indigence sous la forme d'un amenuisement des relations sociales, voire d'un « bannissement » de fait.

Pour les uns, la précarité, quoique douloureusement vécue, reste encore un argument d'insertion sociale, même sous la forme d'une aide, alors que, pour les autres, elle correspond à une mort civile, comme ces vieilles femmes malades qui disent ne plus attendre que la mort...

Certes il existe dans les textes des dispositifs de prise en charge des cas nécessitant une exemption. Mais en fait ils ne sont pas ou peu appliqués. Les sommes affectées à ce poste, quand il y en a, sont dérisoires, ou bien sont détournées. Quant aux assistantes sociales, car il y en a, elles sont dépourvues de moyens, et en général employées à d'autres tâches (nutrition, pesée,...).

Parfois on constatera des attitudes de compassion et de charité chez les personnels de santé envers telle ou telle personne particulièrement démunie, qui sera soignée gratuitement. Mais il en est de ceci comme de la mendicité. Pour un mendiant à qui on donne, vingt n'auront rien.

Bénéficier d'un traitement gratuit quand on ne connaît personne est une loterie où il y a peu de gagnants.

La pauvreté « relative », particulièrement répandue, a une autre caractéristique : ses multiples nuances et variations incessantes. Elle recouvre des états instables et discontinus, que l'on vit comme dépendant d'une "fortune", bonne ou mauvaise.

Bien que singulières, ces situations de pauvreté « relative » ont en commun que, aussi douloureuses soient-elles, elles ne sont pas vécues comme définitives, insurmontables, ou forcément stigmatisantes. Il s'agit plutôt de précarités "partielles" (du logement, mais pas du vêtement, par exemple) et "sérielles" (selon les moments), permettant de conserver de nombreux appuis sociaux.

La mauvaise gestion des ressources humaines

Il s'agit tout d'abord de la « ronde des affectations ».

Entre les formations à l'extérieur, les départs en stage, les recrutements par des « projets », des ONG ou des institutions internationales, et les très fréquents mouvements de personnels dans la fonction publique, eux-mêmes souvent remis en question par certains affectés mécontents dotés de relations puissantes, la stabilité des personnels est moins que garantie, en particulier au niveau des chefs de service.

Si les cadres sont donc souvent en quelque sorte en transit, ce sont les agents subalternes (parfois) et les « bénévoles » (souvent) qui sont alors permanents, et constituent en quelque sorte la « mémoire » du lieu, ceux qui reproduisent la « culture professionnelle locale », avec ses routines et ses combines, ses tours de main et ses négligences. Cet état de fait empêche les responsables hiérarchiques « de la ligne de front » qui le souhaiteraient de mettre en œuvre à leur niveau une culture de qualité ou d'exigence professionnelle, et contribue à l'absence de réformes au niveau des formations sanitaires elles-mêmes, toute réforme apparaissant inévitablement comme introduite bureaucratiquement de l'extérieur et n'étant jamais portée par les personnels locaux.

Il faudrait aussi y ajouter la mauvaise répartition des effectifs, entre les capitales et l'intérieur des pays, entre les formations sanitaires, entre les services, ce qui aboutit à une coexistence de sur-effectifs et de sous-effectifs.

Enfin le peu de poids qu'ont dans les affectations les critères de compétence par rapport aux pressions clientélistes, comme le rôle corporatiste du syndicat, doivent être évoqués. Mais ici nous entrons déjà dans le contexte institutionnel plus général.

II.2.2.4- LES PROBLÈMES LIÉS AU CONTEXTE INSTITUTIONNEL GÉNÉRAL

Ils relèvent de trois grands domaines : la situation catastrophique des Etats, l'attitude des bailleurs de fonds, la faiblesse de la société civile. Evidemment, ces problèmes, plus ou moins bien connus par ailleurs, ne peuvent être ici analysés en détail (d'autant que la réforme du système institutionnel et politique déborde largement la réforme du seul système de santé et celle des comportements des personnels). Et pourtant ils influent de façon notable sur la situation sanitaire. On se contentera d'un bref survol.

La situation catastrophique des Etats

On constate partout, au-delà même du dénuement (à la limite de la cessation de paiement) des finances de l'Etat, un délabrement des administrations, une très faible productivité des services publics dans tous les secteurs, une extension et une généralisation de la corruption. Le tout est associé à une intervention permanente du clientélisme, politique (partis ou factions), familial, ou autre, dans le fonctionnement de l'Etat, à tous les niveaux, ce qui signifie un abandon des critères de compétence en ce qui concerne les nominations et promotions.

Ceci vaut pour la santé comme pour la poste ou la justice. Mais on constate en outre partout, au-delà des belles déclarations, une absence de politique nationale de santé digne de ce nom, que ce soit en termes de moyens, ou en termes de cohérence et de gestion. On doit admettre que les élites politiques actuelles (qui se soignent toutes dans le privé, et souvent à l'étranger) n'accordent aucune priorité réelle à la santé publique, celle du plus grand nombre.

L'attitude des bailleurs de fonds

Face à cette situation, l'aide extérieure semble impuissante, bien que des sommes importantes soient affectées à la santé. Parfois même, les flux financiers dans le secteur sanitaire et social alimentent de façon importante la corruption.

On peut craindre d'ailleurs que, en l'absence de réforme réelle de l'État en général et de l'administration de la santé en particulier, et donc du fait de faibles capacités d'absorption de fonds nouveaux et en raison de formes de gestion inefficaces, les financements importants en direction de ce secteur qui vont être générés par la remise de dette (cf. Documents Stratégiques de Réduction de la Pauvreté) n'aboutissent à des effets pervers.

Les effets pervers sont en effet nombreux dans le domaine de l'aide au développement, et la santé n'y échappe pas. Du fait de leur parfois très surprenante méconnaissance des réalités locales, les bailleurs de fonds se satisfont des documents officiels qui leur sont fournis sans comprendre les multiples dérives qui interviennent entre les « projets » et leur mise en œuvre, et les innombrables processus d'« informalisation » qui s'interposent. En imposant de l'extérieur depuis trente ans dans le domaine de la santé une succession de réformes et de projets standards clés en main, ils ont souvent accru la défiance, le scepticisme et parfois le cynisme des cadres locaux et leurs ressources en double langage, et ont soutenu une bureaucratisation inefficace de la médecine. Par la façon dont ils ont injecté des ressources financières, ils ont contribué à installer et reproduire un système de gaspillage routinier, une culture des « per diem » et primes, et un État à deux vitesses (les secteurs « à projets », et les autres).

La faiblesse de la « société civile »

Quant à cette société civile que les bailleurs recherchent (et invoquent) désespérément, elle se réduit le plus souvent à diverses associations locales spécialisées dans les droits de l'homme, le dialogue avec les ONG du Nord, et le captage de ressources extérieures. On a vu que les comités de santé ne pouvaient en tenir lieu. Dans le domaine de la santé, on ne peut que déplorer l'absence d'associations de malades ou d'usagers (hors les cas très particuliers du SIDA et de la drépanocytose). Les protestations publiques sont très rares, les plaintes en justice encore plus rares, et l'instruction jusqu'à terme de celles-ci devient exceptionnelle.

Les médias, qui ne pratiquent guère le journalisme d'enquête, interviennent peu dans le domaine de la santé, malgré quelques exceptions notables, dans la presse écrite ou les radios, en particulier les radios rurales. Elles pourraient pourtant être un véhicule puissant d'expression des revendications des malades et de descriptions des situations vécues par eux.

Quant aux syndicats des personnels de santé, leur attitude essentiellement corporatiste va très souvent contre les intérêts mêmes des malades : qu'on pense à ces très nombreuses grèves sans « service minimum » qu'a connues le Niger !!!

En fait, la « société civile organisée » existe peu, et c'est la « société civile informelle » qui tient le haut du pavé. Dans le domaine de la santé, le secteur informel, c'est moins les « guérisseurs traditionnels », d'ailleurs souvent en quête d'institutionnalisation, qui sont les acteurs majeurs que les colporteurs et vendeurs à l'étalage de médicaments modernes (« pharmacies par terre »). On remarquera l'absence de toute stratégie (préventive, répressive ou participative) à leur égard.

II.2.3. LES VARIANTES

Ceci étant, au-delà des « tendances lourdes » que nous venons de présenter, on constate quand même diverses variantes entre les cinq capitales, de même que l'on constate d'importantes différences entre formations sanitaires dans un même pays.

Les différences entre formations sanitaires

La dégradation des structures (ou insalubrité) n'est pas la même partout. Ici, l'unité pertinente est moins le pays que la formation sanitaire. Des centres de santé récemment construits ou réhabilités contrastent avec les bâtiments sales et délabrés qu'on rencontre le plus souvent.

De même, dans chaque pays, la pléthore de personnel dans les capitales peut se conjuguer avec l'existence de tel centre où il y a déficit. De même, enfin, la fréquentation des centres varie, pour des raisons difficilement réductibles à un seul facteur (réputation, densité de population, densité de l'offre locale de soin, ancienneté urbaine de la population, qualité des soins...)

Certaines de ces variantes peuvent être dûes à des effets structurels, selon trois types de variables : l'existence ou non de Cscm ou FSU-Com (embauche et paiement des personnels par le comité) ; l'existence ou non du recouvrement des coûts ; le caractère très particulier des maternités périphériques (où l'ensemble des dysfonctionnements évoqués plus haut est exacerbé).

Les différences entre pays

L'histoire sanitaire est pour une part différente d'un pays à l'autre, et en particulier le rapport entre médecins et infirmiers.

Ainsi, au Niger, la plus grande partie des consultations et prescriptions dans les formations sanitaires de premier niveau, y compris en ville, reste le fait d'infirmiers, qui font donc fonction de médecins. A l'inverse, à Abidjan, Conakry, ou Dakar, les médecins ont presque acquis le monopole des consultations dans les centres de santé (les infirmiers pouvant cependant « consulter » informellement...). A Bamako, la situation est intermédiaire.

L'écart entre les apparences et la réalité, qui existe partout, est quant à son ampleur variable. Si la réalité est souvent la même, les capacités à la masquer changent d'un pays à l'autre.

La Guinée, sans doute en raison d'un lourd passé de dictature « socialiste » où le double langage était indispensable à la survie, témoigne ainsi de ressources rhétoriques particulièrement spectaculaires pour dire le contraire de ce qui se passe.

Enfin, selon les zones d'habitat et la carte linguistique, les problèmes linguistiques (non-communication en langue locale entre le soignant et le soigné) sont plus ou moins aigus. Une communication urbaine souvent facilitée par une langue véhiculaire dominante (wolof à Dakar, français à Abidjan, et bambara à Bamako) ou un bilinguisme relativement répandu (zarma et hausa à Niamey) n'empêche pas l'exclusion linguistique pour des groupes ou des acteurs minoritaires non locuteurs (cf. peuls par exemple). Le problème peut être redoublé par l'existence d'attitudes « racistes » (racisme social ou racisme « ethnique »), qui sont inégalement présentes, mais souvent sous-jacentes. Mais ici on touche directement à la question des variantes individuelles.

Les exceptions admirables

Nous avons surtout insisté sur les « tendances lourdes » communes à toutes les capitales. Dans la mesure où il s'agit de « tendances », cela signifie qu'il y a partout de notables exceptions.

Il y a partout des personnels de santé dévoués et consciencieux, il y a partout des services qui marchent à peu près. Notre sentiment est que ceci, partout, est dû plus à la personnalité de tel ou tel qu'à des effets de système, ou encore moins à une situation nationale ou à un contexte social incitatif.

Il reste que tendances comme exceptions sont inchiffrables : ne suffit-il pas d'ailleurs, pour une perspective réformatrice, de savoir que ce qui a été décrit ici de façon très rapide, représente une proportion notable de ce qui se passe dans les formations sanitaires ? Que cela recouvre 60 % des situations (pour les optimistes) ou 90 % (pour les pessimistes) revient au même : c'est beaucoup trop, de toute façon, et il faut des changements importants.

Dans la mesure où ce sont les variabilités individuelles qui sont les plus significatives, n'est-ce pas alors sur les individus a-typiques, parce que refusant les tendances lourdes que nous avons décrites, qu'il conviendrait de s'appuyer ? On reviendra en conclusion sur le rôle important que pourraient jouer les « décalés » (par rapport aux comportements dominants), et les réformateurs, et donc en un sens les « marginaux », pour impulser des changements. Mais il faut garder à l'esprit qu'être réformateur (« pour de vrai », et pas dans les mots seulement) dans le contexte actuel est par de nombreux aspects une posture très admirable. N'oublions pas que le coût social de l'intégrité, du respect des normes médicales, ou de l'écoute du malade est un coût social fort, que peu de professionnels de santé peuvent se permettre de « payer », car ceux qui le font sont isolés, et souvent victimes d'opprobre de la part de leurs proches ou de leurs collègues : les pesanteurs sont en effet importantes.

Une façon de mieux comprendre ces pesanteurs peut être de les renvoyer à certaines « logiques » sociales sous-jacentes. On peut donc proposer quelques hypothèses relatives à de telles logiques.

Quelques logiques transversales

Les dysfonctionnements évoqués peuvent être regroupés d'une autre façon, en fonction de logiques qui sont transversales aux trois catégories que nous avons utilisées ci-dessus (comportements des personnels, système de santé, contexte institutionnel) : ces logiques sous-tendent en effet, chacune à sa façon, à la fois les pratiques des agents, l'organisation des services, et l'environnement social de la santé publique. Elles relèvent simultanément d'actions individuelles et collectives et de régularités systémiques.

Ces logiques tentent de rendre compte de la récurrence des situations sanitaires, des rapports entre les différents segments de la profession médicale, et des interactions entre soignants et populations. Ce faisant, elles obligent à porter un regard critique sur certains concepts de la santé publique. En effet, si des notions comme « objectifs », « formations », ou « tâches » sont indispensables pour programmer des actions, ils se révèlent, par contre, bien insuffisants pour décrire le fonctionnement réel des structures de soins, et sans doute pour penser concrètement des actions adaptées à la situation, et aptes à la modifier positivement.

Les auteurs développent ensuite ces logiques de façon aussi détaillée que passionnante ; on ne fera ici que les énoncer dans leur formulation originale.

1 : le « glissement » des fonctions, la confusion des statuts, et le décalage hiérarchique

2 : la polysémie des fonctions et des lieux

3 : l'accès "informel" à la profession

4 : de multiples formes de neutralisation des pouvoirs

5 : une éthique de la proximité

6 : un large syncrétisme thérapeutique

7 : un espace public qui reste à construire



CONCLUSION

Une réforme tant du système de santé que des conduites des personnels de santé, débouche donc en fait sur de plus vastes problèmes (extérieurs à la sphère de la santé appréhendée d'un point de vue purement « technique »), qui touchent aux normes sociales, ainsi qu'à la place du service public dans des pays en voie de développement. Questions où se côtoient le politique, l'idéologique, le social et le culturel au sens large. Soulignons combien ces remarques rendent par exemple illusoire une réforme hospitalière qui ne serait issue que d'une volonté technocratique...

Mais un tel constat risque de n'accoucher que de vagues généralités. Si l'on doit garder ces remarques en mémoire, comme une sorte de « garde-fou », une façon de ne pas oublier l'insertion des questions sanitaires dans de plus vastes contraintes, il convient aussi de traiter cet enchevêtrement du sanitaire et du social de façon pragmatique, à des niveaux plus opérationnels que la simple attente de profonds bouleversements sociaux ou politiques... Il nous faut donc maintenant préciser, dans une perspective de réformes concrètes, quelques particularités de ces configurations liant le social (y inclus le politique) et le sanitaire, au niveau précis de notre étude empirique, à savoir les dysfonctionnements des services de santé de premier recours dans les métropoles d'Afrique de l'Ouest.

Les extensions abusives du pouvoir de soigner

Dans bien des cas, les violences constatées ne sont pas externes au pouvoir de soigner. Elles correspondent plutôt à des « abus » de ce pouvoir. De nombreuses conduites des personnels de santé se présentent comme des sortes d'excroissances plus ou moins illégitimes de pouvoirs liés de manière consubstantielle au savoir médical, et que justement la déontologie, l'éthique, et parfois la collaboration avec d'autres disciplines comme la psychologie médicale, ont pour but de limiter.

Précisons certaines de ces manières de mésuser des prérogatives de la fonction médicale.

Une première forme, quasi structurelle, du savoir médical est la constante transformation de la demande du patient en une observation et un diagnostic. Cela est, évidemment, cliniquement indispensable, et, de plus, cette identification du mal intimement ressenti est souvent déjà un soulagement. « Je sais ce que vous avez, et dont vous souffrez » est déjà le début du traitement, et souvent une manière de rassurer. Cependant, dans bien des cas, par abus de technicité, les mots du malade, qui évoquent l'emprise d'une douleur sur sa vie, ou comment une maladie affecte son identité, sont réduits aux seuls signes utiles pour identifier une pathologie.

Comme le soulignait Malraux, la science est le premier discours qui donne une explication sans apporter une signification. Particulièrement dans le domaine de la clinique, l'indispensable identification morbide se fait souvent au prix de l'écoute de la dimension subjective de la maladie. Le corps est investigué, plus que le malade compris.

Pouvoir technique donc, où chaque pathologie doit, avant tout, être indexée selon une régularité, et cataloguée selon une nomenclature, plutôt que située dans la dramatique singularité d'une histoire. Il n'est certainement pas indifférent, que, dans cette citation évoquant une toute autre réalité, celle d'une consultation spécialisée de pédiatrie dans un grand hôpital français, nous retrouvions des mots précédemment évoqués dans nos enquêtes en Afrique.

Certes, dans le contexte d'une consultation spécialisée en France, les patients soulignent que les résultats d'examens sont devenus plus importants que la palpation du corps. Bien évidemment, le contexte d'une consultation de premier niveau en Afrique est tout autre. Dans un cas, il s'agit d'une trop grande emprise de la technique ; dans l'autre il s'agit au contraire de la rapidité indifférente d'une consultation, où souvent toute demande d'examen de laboratoire fait défaut (si tant est qu'ils soient possibles).

Mais, dans les deux cas, il s'agit de modalités d'un rapport entre les soignants et les soignés qui est contraint par l'unique volonté d'établir un diagnostic (de façon complexe d'un côté, de façon sommaire, de l'autre).

Cet aspect du savoir médical, dans le quotidien des centres de santé où nous avons travaillé, s'exerce de manière exacerbée, à la fois parce que chaque patient est quasi automatiquement indexé sous le nom d'une pathologie, et plus encore parce que le diagnostic, dans bien des cas, n'est pas « scientifique » et n'ouvre pas sur la possibilité d'un traitement. Le malade est indexé d'une certaine manière pour rien, car il est étiqueté sous un terme alliant le vernaculaire au médical (« c'est du palu »), et en général sans qu'une certification biologique ne vienne attester le diagnostic.

Privé de possibilité d'examens para cliniques, empêtré dans d'embarrassants problèmes de traduction, manquant parfois de connaissances, le soignant (souvent un infirmier) se contente en général de mimer dans sa « consultation » ce que devrait être une démarche clinique cohérente, hors de sa portée.. On nommera une pathologie standard et on prescrira un traitement tout aussi standard, sans vraiment savoir, parfois presque « pour voir », en espérant que le traitement vienne valider la paresseuse hypothèse diagnostique. La subjectivité du malade est donc obérée pour bien peu de profit thérapeutique...

Une seconde forme du pouvoir du médecin est liée à l'aspect « pronostic » du savoir médical. En identifiant la pathologie, le médecin en sait plus que le patient sur son propre corps. Il y a donc une sorte de forme oraculaire du savoir médical, qui anticipe sur un destin qui se joue souvent à l'insu du malade. Et c'est à partir de cette dissymétrie consubstantielle à l'exercice médical que prend naissance la demande du malade : « dites moi ce que j'ai... », où peut s'entendre une plus fondamentale question sur ce qui va advenir de sa vie.

Bien sûr, dans certains cas, diverses attitudes de dissimulation peuvent être requises « pour le bien du malade ». Bien sûr aussi, dans d'autres cas, le soignant est bien incapable d'émettre un pronostic.

Mais la rétention de l'information va le plus souvent bien au-delà du nécessaire ou du justifiable, soit en se prévalant du « secret professionnel », soit en supposant que le patient est incapable de comprendre, soit encore en se focalisant sur la pathologie plus que sur la personne malade. La consultation,

tout autant qu'une situation d'interlocution, est une structure de pouvoir qui se trouve particulièrement exacerbée dans des situations où la différence de statut entre médecin et malade recoupe celle entre analphabète et lettré, pauvre et nanti. L'autre n'étant pas reconnu un interlocuteur doté de facultés de compréhension suffisantes, l'information est « retenue », et le dialogue est réduit à sa plus simple expression.

Pourtant, la demande des malades pour bénéficier d'explications sur ce dont ils souffrent, et sur ce qui les attend (ou le pourquoi du traitement prescrit), est bien « réelle », mais leur « complexe d'infériorité », largement créé et entretenu par le « pouvoir médical », est tel qu'ils n'osent souvent pas l'exprimer. Cette demande ressort de tous nos entretiens, sous forme de reproches : « on ne m'a rien dit ». Une telle expression revient comme un leitmotiv.

Une troisième forme du pouvoir médical est celui que confère la technique de soin. Bien sûr, certains actes sont invasifs et douloureux. D'autres peuvent être vécus comme gênants ou humiliants, voire en contradiction avec des valeurs religieuses ou culturelles. Parfois il n'y a pas d'autres choix que d'accepter la douleur causée par un geste médical, ou de « mettre entre parenthèses » certaines valeurs sociales, contradictoires avec les obligations thérapeutiques. Cependant, dans bien des cas, la pratique médicale pourrait s'adapter, « s'enculturer » et le médecin pourrait expliquer les obligations du traitement, ou choisir les gestes les moins gênants et violents (comme, par exemple, éviter des touchers vaginaux souvent inutiles et peu pratiqués dans les pays anglophones).

En Afrique comme ailleurs, mais sans doute aussi plus qu'ailleurs, ces remarques pourraient s'appliquer : « dans un tiers des interventions, aucun protocole analgésique n'est suivi pour les piqûres, transfusions, poses de drains, poses de points de sutures. Même constat pour les actes chirurgicaux, en particulier les prélèvements de tissus musculaires à fin d'analyse ».

Dans nos exemples, ces problèmes sont exacerbés. Notamment parce que la douleur n'est que très rarement prise en compte par les soignants. Mais aussi parce que, pour se préoccuper d'un « moindre geste » médical, ou se soucier de la qualité de la relation thérapeutique, il faut se préoccuper du malade en tant que personne.

Mais, le pouvoir médical ne concerne pas que la seule activité thérapeutique, tout ce qui est lié à une technique médicale. Il procède aussi du statut qu'une société accorde à ce corps professionnel. Ainsi, le prestige lié à la fonction de soignant peut-il conduire les soignants à afficher du mépris envers les patients et leurs familles. De même, des considérations pécuniaires, à l'encontre du serment d'Hippocrate, peuvent conduire à un refus de soins.

Le pouvoir discrétionnaire des soignants va bien au-delà de leur façon de soigner, il s'étend au droit de soigner ou pas, d'humilier ou pas....

Autrement dit, tout un pan de la mauvaise qualité de l'offre de santé, liée aux comportements des personnels, correspond à un « déficit déontologique »,

induisant de mauvaises interactions entre soignant et soigné. Il importe alors de chercher des moyens pour « faire exister le malade » dans le champ médical, et pour qu'en « prendre soin » devienne une contrainte **intériorisée** par les soignants.

Centrer la médecine sur le malade devrait être un objectif central de toute réforme, et cela passe nécessairement par un réaménagement éthique : on voit ici que la promotion technocratique de la qualité des soins à travers des procédures standardisées ne concourt pas nécessairement à un tel recentrage...

Un système sanitaire sans « bio-légitimité »

Pour être complet, il faut aussi considérer l'autre versant, celui qui concerne plus spécifiquement les populations. Plusieurs caractéristiques sont ici à retenir.

Tout d'abord, il faut, à l'évidence, souligner la rupture importante qui existe en Afrique entre les représentations populaires locales, exprimées dans les diverses langues maternelles, et les représentations médicales, exprimées dans un français spécialisé. Ces mondes sont certes parfois sécants, mais le plus souvent ils ne font que se côtoyer.

En Afrique de l'Ouest le discours médical est loin d'être le seul, et le domaine de la santé s'apparente à un marché concurrentiel très important, empêchant que l'on puisse ici, à l'instar de l'Europe, parler de « bio-légitimité ». Il faudrait plutôt évoquer une constante recherche pragmatique du soulagement ou de la guérison par tous les moyens. Cette « légitimité du pragmatique » peut, selon les circonstances, conduire le malade sur des sentiers fort variés, allant de l'hôpital ou de la « pharmacie par terre » à l'action magico-religieuse ou aux remèdes « de grand-mère ». La logique dominante est le plus souvent celle de la quête du « bon médicament ».

Est considéré comme légitime tout ce qui se présente comme efficace, ou que l'expérience personnelle (ou la rumeur) associe à un « mieux ». Au quotidien, cette attitude est souvent néfaste, puisque « les ruses du corps » font parfois prendre pour une guérison ce qui n'est qu'une rémission, et retardent l'intervention bio-médicale seule susceptible de sauver le malade. D'autres consultations trop tardives sont le fait de premiers recours, parfois multiples, et souvent prolongés, à l'automédication ou aux guérisseurs.

Divers problèmes proviennent donc aussi des comportements des malades, dans un contexte où l'offre de soins est très large, fortement hétéroclite, et n'est aucunement régie par une quelconque instance scientifique et/ou politique de vigilance sanitaire. Les formations sanitaires publiques ne sont qu'un des multiples recours possibles. De là, sans aucun doute, un certain agacement des personnels de santé, même si cet agacement s'accompagne indûment d'un sentiment de supériorité de « ceux qui savent » face aux ignorants.

De plus, bien des actes, pour le meilleur comme pour le pire, ne sont pas entièrement médicalisés ou médicalisables, du point de vue des populations (naissance, accouchement, et mort bien sûr ; mais aussi : prévention, risque, etc). Il y a donc, du point de vue des personnels de santé, une sorte de responsabilité ultime des patients, qui ne respectent pas (et souvent ne peuvent respecter) les règles d'un espace moderne de soins, ou les contraintes des traitements.

a) Les séances standardisées d' « éducation pour la santé » (on en trouvera ci-dessous d'édifiantes descriptions : cf. le chapitre sur Abidjan), où les usagers sont infantilisés, et parfois menacés, n'apparaissent pas comme une solution : ce n'est qu'au coeur de la relation thérapeutique, par l'instauration d'un dialogue véritable autour d'un épisode morbide « pour de vrai », dialogue en général refusé par les soignants et souhaité par les soignés, que les comportements des malades peuvent être modifiés.

b) Au Nord, il est devenu habituel de s'inquiéter de l'emprise des bio-pouvoirs sur la vie des personnes et les choix de société, et de s'interroger sur comment accroître l'autonomie du malade et sa responsabilisation. A l'inverse, au Sahel, aucun bio-pouvoir ne domine la société, et la demande sociale des malades y serait plutôt d' « être pris en charge », dans divers sens du mot, dans un contexte où cette prise en charge, loin d'être excessive, fait au contraire défaut. Or le comportement de beaucoup de soignants en Afrique est par rapport à cela à contre-temps : ils méprisent les malades au nom d'un bio-pouvoir qui s'arrête en fait à la porte de l'hôpital, et ils imposent l'autonomie à des malades qui voudraient d'abord qu'on s'occupe d'eux.

Les rapports entre corps professionnels

On a noté plus haut l'instabilité et la variabilité des fonctions réelles des différents segments de la profession médicale. Certes, il s'agit de questions relevant de la formation et des compétences, puisqu'il est difficile d'assurer son autorité lorsqu'on ne peut prouver son efficacité technique.

Mais il s'agit aussi de démographie médicale et d'histoire récente de la santé en Afrique. En effet, les infirmiers étaient souvent seuls responsables des postes de santé. Ils sont, en ville, et même parfois en milieu rural, de plus en plus remplacés par de jeunes médecins, et voient donc leurs prérogatives rognées.

Le passage du rural à l'urbain modifie l'autonomie du soignant. Celui qui, en brousse, était « docteur » à part entière (il diagnostique, prescrit, traite, et pratique de petites opérations) retrouve un simple statut d'infirmier. Ces décalages hiérarchiques que nous décrivions ci-dessus ont, entre autres origines, le fait que nul veuille déchoir et renoncer à « des avantages acquis ». Il s'agit donc ici de rapports de forces entre corps professionnels.

Il en est de même avec les sages-femmes, lorsqu'elles se trouvent placées sous l'autorité de gynécologues et obstétriciens, voire parfois de simples médecins généralistes. On peut donc considérer comme nécessaire une stabilisation des fonctions et des hiérarchies entre corps professionnels, par l'intermédiaire entre autres des représentants syndicaux et des ordres professionnels... L'organisation du système de santé passe sans doute par une relation plus harmonieuse entre des compétences techniques mieux délimitées, et la possibilité d'instaurer un ordre hiérarchique cohérent.

Dans le même ordre d'idées, la fonction de « chef de service » devrait inclure des dimensions tant de gestion des personnels que d'animation technique, aujourd'hui le plus souvent délaissées. Actuellement, il n'y a aucun « cahier des charges » explicite propre à une telle fonction, et il faut le charisme exceptionnel de tel ou tel médecin pour, ici ou là, enclencher une dynamique de réforme dans un service, ou même simplement permettre une division plus claire des tâches et une organisation plus rationnelle des procédures. Mais, si le charisme ne se « routinise » pas, une fois le leader muté tout redevient comme avant....

Les soubassements déontologiques et leurs applications dans des domaines pratiques

Comment comprendre cette position spécifique « du pouvoir de soigner » en Afrique de l'Ouest ? Il s'agit tout d'abord d'une histoire particulière, qui, pourrait-on dire, s'est déroulée à l'envers ou en miroir de celle de l'Europe.

En effet, la constitution du rapport au malade s'est construite en Europe selon deux lignes de pente, d'une part avec l'émergence d'une déontologie issue du giron des préceptes religieux, et d'autre part autour de la figure du médecin réformateur, tel que l'illustre cette sorte de vignette emblématique du « médecin de campagne » dépeint par Balzac.

A l'inverse, en Afrique, le modèle qui a présidé à l'édification du système de santé actuel a été celui de l'hospitalo-centrisme à la capitale, associé à la création, pour le reste du pays, d'un corps d'auxiliaires de santé, techniciens définis par des actes monotones et systématiques à effectuer pour vaincre d'anonymes « grandes endémies », et en rien par une fonction de prise en charge d'une personne malade.

Cet indispensable détour par l'histoire doit permettre de s'interroger sur ce que pourrait être une sorte de « fondement » pour une éthique professionnelle locale. Plus précisément, la question se pose ici de savoir sur quelles bases fonder une déontologie pratique (ou une pratique de la déontologie) plus satisfaisante pour les corps professionnels de la santé, et comment opérer un transfert de ces catégories d'un domaine de validité et d'application à un autre, entre la santé et les autres services publics.

Quelles sont les variables qui pourraient favoriser une morale de la compassion envers l'utilisateur anonyme ?

S'agit-il de se tourner une fois encore vers la religion (Islam, christianisme) ? Le relais peut-il être pris par une morale civique laïque à inventer, analogue (toutes choses égales d'ailleurs) par exemple à celle qui mobilisa les instituteurs de la 3^{ème} République en France ?

Des valeurs issues de telles ou telles formes de solidarité familiales ou vicinales peuvent-elles être mobilisées (mais on sait que la famille comme le voisinage sont autant des lieux de conflits que des espaces de fraternité) ? Les syndicats ont-ils définitivement sombré dans le corporatisme, ou peuvent-ils encore contribuer à une éthique publique ? Que faire des décombres des idéologies de la fin du 20^{ème} siècle (pan-africanisme, nationalisme, socialisme) ? Des mouvements sociaux de défense des usagers ont-ils une chance de naître sans être prisonniers d'une logique de pure captation des aides extérieures (facilement accordées à tout ce qui se réclame de la « société civile ») ?

Un continuuel glissement des « sphères distributives »

Nous sommes concernés ici par la santé, son inhospitalité pour les malades autant que ses incertitudes pour les soignants. Mais les mêmes termes pourraient évoquer de semblables difficultés largement rencontrées dans l'ensemble des différentes administrations de l'Etat. Il s'agit donc d'un problème plus global, celui de la constitution d'un espace public.

Tout bien social ou tout ensemble de biens sociaux constitue une sphère distributive, à l'intérieur de laquelle seuls certains critères et dispositifs sont appropriés. Désormais les charges ne s'achètent plus, et le fonctionnaire est pour l'essentiel indépendant du gouvernement.

Tout se passe comme si, dans les contextes d'Afrique de l'Ouest, nombre de sphères distributives n'étaient pas stabilisées, ou tout au moins stabilisées de manière semblable à celle des Etats modernes du Nord, qui constituent pourtant le modèle normatif officiel (mais non respecté). On constate de permanents empiétements, et d'incessants glissements des « sphères distributives ». Dans le domaine de l'Etat, en particulier, le clientélisme (distributivité factionnelle) et la vénalité des charges (distributivité marchande) empiètent sans cesse sur les procédures bureaucratiques normales, et sur la répartition des postes selon les compétences (distributivité méritocratique).

Au plus large, rien ne semble encore correctement noué entre les nouvelles formes du pouvoir et les mots qui pour les populations sont supposés les nommer. En langue bambara, la démocratie devient le « pouvoir de tous réunis » (béé jé fanga) ou « la force du champ collectif » (foroba fanga). La commune se nomme « là où on réside » (sigida), ou « lieu de l'autorité » (mara yòrò). Le maire est désigné par les mêmes termes que les anciens gouverneurs (kafotigi) ou selon ce qui est le plus visible de ses activités : « celui qui marie » (furusirila), etc.

Certes, tout ceci n'est pas très éloigné d'un lexique moderne, mais on sent bien aussi à quel point ce vocabulaire est incertain face aux nouvelles réalités politiques, et peut rendre obscur le fonctionnement d'une administration moderne, en ce sens, par exemple, que l'élu n'est pas un citoyen au service des autres, il est celui qui dirige et possède la force...

Les multiples chevauchements entre les processus politiques (jusqu'au plus haut niveau) et le champ des « forces occultes » (magie, maraboutage, sorcellerie...), largement attestés en Afrique, sont un autre exemple de la porosité des sphères distributives, ou de leur instabilité.

Dans le champ de la santé, les nombreuses innovations institutionnelles introduites depuis trois décennies par les organisations internationales et les bailleurs de fonds (qui, en général, définissent plus les politiques de santé que les gouvernements nationaux) ont contribué en fait à accroître cette porosité et cette instabilité au lieu de les réduire : après une longue phase de médecine coloniale gratuite mais quelque peu « vétérinaire », bâtie sur le modèle « grandes endémies + dispensaires », on a vu émerger les soins de santé primaire fonctionnant sur un modèle de bénévolat communautaire (postulé de

l'extérieur) donnant un statut de soignant à des paysannes et paysans sous-formés, avant que l'Initiative de Bamako ne vienne introduire une forme de commercialisation systématique des soins, complétée par une sorte de surveillance communautaire.... Le tout dans un champ de quête thérapeutique beaucoup plus large, où logiques magico-religieuses, logiques de pouvoir, logiques familiales, et logiques marchandes s'interpénètrent sans cesse....

On voit là que les modalités de distribution des biens de santé dans le secteur public sont aussi disparates dans le temps que peu lisibles pour les usagers aujourd'hui.

Toute réforme ne devrait-elle pas réduire, clarifier et stabiliser les formes de distribution des biens de santé, plutôt que d'ajouter encore à la confusion régnante ?



II.3. L'ÉQUITÉ CONSIDÉRÉE SOUS L'ANGLE DE LA QUALITÉ DES SOINS

II.3.1. SYNTHÈSE

Texte de Didier GOBBERS

Alors que depuis toujours la qualité était partie intégrante de la déontologie de chaque acteur professionnel de la santé, depuis un siècle on se préoccupe de la qualité des soins pour différentes raisons, dont les principales peuvent être résumées en deux familles : la première regroupant l'arsenal humain, scientifique et technique pour l'action de préservation et de restauration de la santé des individus et des groupes puis la seconde associant celles liées aux divers aspects de l'économie de la santé.

Ce qui est plus récent, c'est le positionnement du concept de qualité dans un cadre plus large où convergent des préoccupations de type moral, éthique et social.

Même si ses avocats dans les années 70 n'ont pas été pionniers et n'ont pas rencontré de succès de librairie, les théoriciens de la qualité dans le domaine de la santé ne sont pas restés inactifs et on doit à certains d'avoir commis des travaux qui font autorité aujourd'hui encore.

Dans les pays en développement, la question est aussi posée et dans ce qui suit, on relatara les " découvertes " récentes qui relancent l'impératif de qualité sur des bases nouvelles dans le secteur de la santé.

La méthodologie de l'enquête a été fixée comme suit.

- les autres prestations ont été étudiées avec les fiches «observation» uniquement :
- soit 300 dossiers de consultations des enfants sains,
- plus de 280 dossiers pour les activités de la caisse, de la distribution des médicaments, des soins infirmiers et les prélèvements au laboratoire.
- des interrogations des personnels sur les résultats ou la qualité perçue par les prestataires a concerné une centaine agents : deux tiers de personnels soignants et un tiers de personnels non soignants ou administratifs.

Les enquêteurs devaient noter tous les éléments pertinents et autres incidents critiques, en rapport avec l'organisation des services et la qualité des soins.

Si le biais de la relation observateur-observé a été perceptible les premiers jours, il est vite apparu qu'ensuite l'observateur était passé « dans le décor » laissant alors s'exprimer les attitudes et comportements naturels des acteurs.

Au final, les analyses portent sur un nombre considérable d'observations, près de 10.000, ce qui fait de ce volet de l'étude Équité un exemple unique et incontestable de mesure de la qualité.

Pour le traitement de l'information

Les prestations ont été étudiées en distinguant la qualité des soins selon quatre champs d'investigation.

Chaque champ était divisé en un certain nombre de dimensions ; chacune des dimensions étant construite à partir de variables regroupant des conduites à tenir ou des activités à mener.

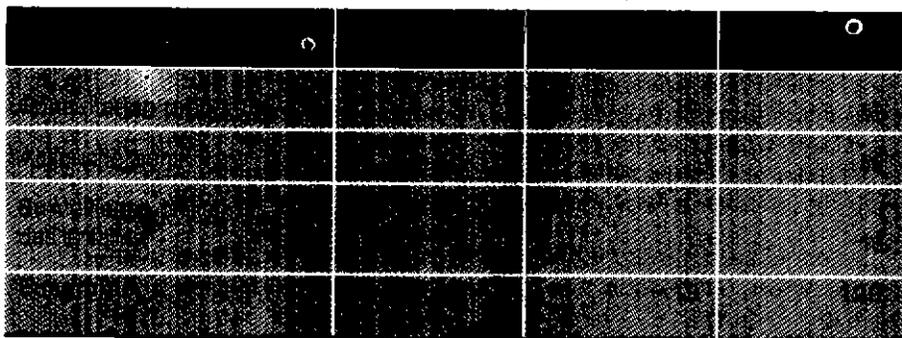
Le champ du respect de la dignité du malade, reflète l'interaction entre le soignant et le soigné, il comporte deux dimensions: d'une part le respect physique et psychique du patient (convenances sociales, salutations) et d'autre part le respect de l'intimité du patient et de la confidentialité de la consultation.

Le champ de la démarche clinique et thérapeutique porte sur trois dimensions : l'interrogatoire du patient, l'examen physique, l'hygiène entourant les actes.

Le champ de la continuité des soins explore les moyens mis en œuvre par la structure sanitaire pour assurer la continuité de la prise en charge du patient.

Le champ de l'autonomisation du patient considère l'effort du praticien pour rendre le patient acteur de sa santé (le temps d'expliquer au patient son état, comment faire pour améliorer cet état, conduite à tenir en cas de problèmes, comment et pourquoi prendre les médicaments, dispenser des conseils d'hygiène).

Les indicateurs synthétiques de qualité des soins se répartissaient comme suit :



Le regroupement des variables étudiées dans chaque dimension a permis d'établir un score qui varie de 0 à 10 mais ne préjuge pas de la qualité des prestations. Il mesure la réalisation d'actes indispensables, considérés comme préalables à la qualité des soins. Ainsi, toute note inférieure à 10 correspond à une insuffisance qui exclue l'acte de la zone de qualité.

Les résultats généraux qui émergent sont classables en trois familles :

L'observation des prestations

- 60 % des malades déclarent avoir suivi un itinéraire thérapeutique avant de venir en consultation dans une structure de soins. De plus, 90 % des usagers habitent dans la commune d'implantation de la Formation Sanitaire et plus particulièrement dans des quartiers situés à proximité de ces établissements.

Formation Sanitaire et plus particulièrement dans des quartiers situés à proximité de ces établissements.

- La qualité de l'accueil est déficiente (non-respect des convenances sociales, attente trop longue). Cependant un meilleur accueil est observé dans les centres dits communautaires par rapport aux structures publiques.

- plus de 30 % des consultations observées se sont déroulées en présence de tierces personnes (problèmes d'intimité et de confidentialité).

- l'examen physique du patient n'est réalisé que dans un cas sur deux des consultations externes, dans ce cas à 65% par les médecins et 25% par les paramédicaux. Cependant, lorsqu'il est pratiqué, tous les gestes indispensables à l'établissement d'un diagnostic ne sont pas effectués, et ce quelle que soit la qualification du prestataire,

- à l'issue de la consultation, des ordonnances sont délivrées mais les médicaments prescrits ne sont pas toujours achetables à la pharmacie de l'établissement, situation beaucoup plus marquée dans les structures publiques de soins que dans les centres dits communautaires ou de type confessionnel,

- concernant l'hygiène, la plupart des agents de santé ne se lavent pas les mains avant et/ou après la réalisation d'un geste technique. Le port des gants est loin d'être systématique.

Les scores des indicateurs de la continuité des soins sont relativement bons.

Enfin, les scores du champ de l'autonomisation du patient révèlent un déficit global de la communication au cours de toutes les prestations étudiées. L'ensemble des informations montre un manque de maîtrise globale de l'établissement de soins tant au niveau administratif que technique, entre autre par manque de supervision, par l'absence de travail en équipe.

L'opinion des usagers

Les usagers trouvent souvent long le temps d'attente (près de 40 % des cas). La plupart des patients n'ont pu renseigner l'enquêteur sur leur état de santé car à la fin de la consultation aucune conclusion ou explication ne leur a été communiquée. Ils savent seulement où se rendre pour réaliser un examen de laboratoire ou pour honorer une ordonnance.

Le point de vue du personnel

La plupart des agents sont satisfaits de leur poste de travail (60 % pour le personnel soignant et 80 % pour le personnel non soignant).

De même, la majorité pense répondre aux attentes des usagers et offrir ainsi un service de qualité : respectivement 60 % et 70 %.

Concernant le personnel soignant, près d'un tiers se plaint de l'administration, et 15 % signalent l'existence de problèmes professionnels entre personnels médicaux et paramédicaux.

Le personnel soignant affirme que la formation continue est assurée généralement par les laboratoires pharmaceutiques.

Le personnel administratif, 25 % signalent rencontrer des problèmes d'ordre éthique avec le personnel soignant : racket ou malversation à l'encontre des usagers.

Finalement on peut procéder à la synthèse suivante :

Pour le **respect de la dignité des usagers** lors de la consultation, deux points sont à mettre en exergue :

- Le mauvais score global de la dimension «respect physique et psychique» apporte un éclairage sur les convenances sociales de salutations lors de l'arrivée de l'usager dans la salle de consultation. Ce score s'améliore quand l'usager est bien habillé, donc bien se vêtir facilite le cheminement dans un environnement souvent vécu comme hostile, la même observation étant retrouvée dans le volet socio-anthropologique.

Le score plus élevé obtenu dans les structures non publiques reflète un meilleur accueil dans ces établissements où les agents comprennent l'intérêt de bien accueillir les usagers afin que ceux-ci ne désertent pas leur centre de santé. En effet, à la fin du mois, le paiement du salaire est assuré par les recettes générées par ces établissements.

Il y a une forte proportion de tierces personnes présentes dans la salle de consultation. Ce constat peut s'expliquer en partie par la disposition inadaptée des locaux qui ne favorise pas la confidentialité de la consultation.

Pour la **démarche clinique et thérapeutique**, on constate que l'examen physique n'est réalisé qu'une fois sur deux, mais plus souvent par les médecins que par les infirmiers.

Dans certains cas, on peut penser que l'infirmier ne dispose pas d'un environnement lui permettant de réaliser un examen clinique en respectant la confidentialité du malade en raison de l'alignement de boxes de consultation sans portes. Cependant, même quand les conditions d'environnement le permettent, l'examen clinique n'est que partiel, quelle que soit la qualification du prestataire (médecin ou infirmier). On note cependant que le manque de disponibilité de petits matériels de consultation ne facilite pas la réalisation d'un examen clinique correct.

Pour l'**Hygiène pendant la consultation** les observations ne concernent que les prestations pendant lesquelles un examen clinique a été réalisé. Le score très bas de cette dimension est dû essentiellement à l'absence de lavage des mains des agents avant d'examiner un patient ; l'environnement n'était pas en cause, puisqu'un lavabo équipait presque toutes les salles où ont été réalisés des examens cliniques.

D'autre part, il convient de signaler que l'hygiène autour de la table d'examen est assurée par les patient(e)s qui, en connaissance de cause, apportent

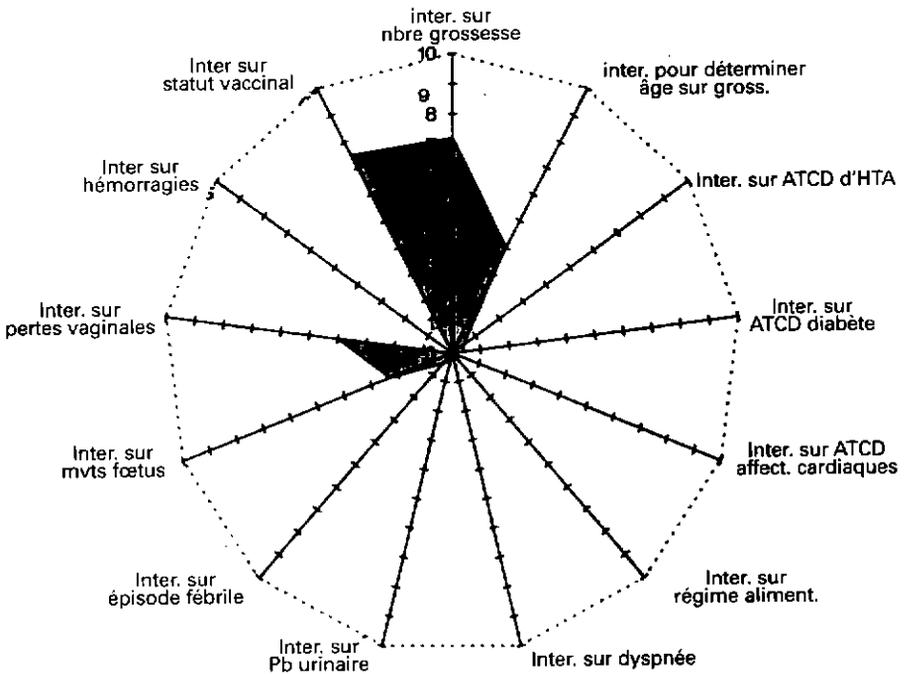
Le problème de l'hygiène est ici préoccupant : pas de lavage des mains avant de réaliser les soins ou les prélèvements, pas de port systématique de gants lors de ces prestations ; mais le port des gants est plus fréquent lors de la réalisation des prélèvements sanguins et dans les formations publiques que dans les formations communautaires.

Les scores des indicateurs de la **Continuité des soins** sont relativement bons mais les variables retenues pour construire ces indicateurs sont limitées : l'existence d'un carnet de soins détenu par les malades est un point favorable puisque le contenu de la consultation y est généralement retranscrit. Cependant, la forte proportion des consultations dont le «diagnostic» final se limite à un symptôme réduit l'importance du carnet de santé comme outil de continuité des soins.

L'absence de fiches individuelles, y compris pour les malades chroniques, l'absence d'échéancier ou de carnet de rendez-vous sont des points négatifs en terme de continuité. La seule exception est l'enregistrement et le suivi longitudinal des tuberculeux, dans les centres où cette activité existe.

Enfin, l'indicateur du champ **Autonomisation** révèle un déficit global de la communication du soignant au cours de la consultation. On notera que les personnels pensent qu'ils répondent aux attentes des usagers en dispensant des services de qualité.

Dans chaque champ et dimension les scores ont été aussi présentés graphiquement à l'aide d'un « radar de la qualité », comme le montre l'exemple ci-après pour l'Interrogatoire en consultation prénatale.



En conclusion, la qualité des prestations n'est pas à la hauteur des attentes de la population compte tenu des ressources disponibles. L'offre de soins qui se limite à un interrogatoire sommaire et à la délivrance d'une ordonnance stéréotypée, peut éventuellement être perçue favorablement par un patient habitué à subir le système de soins auquel il a recours.

L'amélioration de l'accueil, de l'examen clinique, la personnalisation de la consultation avec, notamment pour les malades chroniques, la promotion de la prise de rendez-vous afin de limiter l'attente, la permanence d'une consultation médicale le matin et l'après-midi dans tous les établissements participant au service public sont des mesures simples qui permettraient d'améliorer la qualité des prestations.

Enfin le point à souligner, c'est qu'alors que la théorie sur la qualité des soins est désormais bien connue (beaucoup de responsables sont capables de traiter de sa méthodologie et des indicateurs de structures, de processus et de résultats), cette étude a montré comment la mesurer avec des paramètres quantifiables.

On n'est plus dans la perception subjective du bon, du moyen ou du mauvais mais dans un registre binaire ; tel geste est fait ou n'est pas fait. On se trouve donc en deçà de la zone de qualité et les améliorations portent donc sur ce qu'il convient de faire pour entrer dans cette zone.

Finalement, ce qui ressort sans contestation c'est que le principal facteur d'exclusion réside dans une double cause : la relation soignant-soigné et le niveau de qualité perçu de l'offre de soins ; ce qui bien entendu ne peut faire oublier les dramatiques évictions des systèmes de soins de ceux qui n'ont aucun pouvoir d'achat.

Le volet socio-anthropologique met à mal certains clichés et fait apparaître des images très dures qui donnent un contenu concret aux questions de désstructuration des solidarités traditionnelles générée notamment par une urbanisation non maîtrisée. On vérifie que la priorité donnée à la santé urbaine ne répond ni à une mode ni à une attitude de facilité mais correspond à une nécessité car, si la ville est le lieu où s'élaborent les progrès elle est aussi le siège de tous les dangers épidémiologiques et sociétaux.

Dans le volet Santé Publique, il est établi que la qualité est une composante qui se mesure. Avec 130 variables définis par des professionnels, on dépasse le niveau subjectif d'appréciation habituellement formulé en bon, moyen ou mauvais : on peut expliquer pourquoi les soins ne sont pas " de qualité " puis identifier les zones, méthodes et moyens pour les améliorer. Les résultats interpellent ceux qui détiennent le pouvoir en matière d'administration sanitaire ; la recherche du consensus qui prévaut généralement dans les relations entre professionnels de la santé n'est peut être plus le mode de gestion adapté et on devra s'interroger sur une restauration de l'autorité.

Les responsables des politiques de santé doivent donc porter leurs efforts sur deux fronts :

- d'une part sur celui de l'accessibilité économique des soins à la fois en gérant mieux ce qui est sous leur contrôle direct et peut être en favorisant des alternatives à l'offre de soins publique. Il reste qu'une frange importante de population, certainement de l'ordre de 20 à 25%, ne dispose pas des moyens de se soigner en l'absence de mécanismes de prise en charge des plus démunis qu'il faudra bien imaginer.

- d'autre part sur celui de la qualité en réconciliant les professionnels de santé avec leur métier mais également avec les usagers.

On a déjà indiqué que le volet Qualité de l'étude sur l'équité dans l'accès aux soins représentait une masse considérable d'informations, consignées dans 600 pages divulguées. Dans le cadre de ce petit livre, il n'est donc pas possible - comme cela a été fait pour le volet économique - de présenter en une dizaine de pages des résultats tout en finesse qui ne tolèrent pas plus l'approximation qu'un énoncé non expliqué. Comme à quelques nuances près - parfois sensibles - les observations dans chacune des cinq villes sont convergentes, on a choisi de présenter à titre d'exemple celles mises à jour dans la plus grande capitale, Abidjan, parce qu'on peut craindre qu'une nouvelle décennie d'urbanisation ne conduise demain à des résultats semblables dans des villes aujourd'hui moins broyées de destins.



II.3.2. L'EXEMPLE D'ABIDJAN

extrait du texte de
J.L. Duponchel

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la qualité des soins comme le critère permettant «de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins». L'OMS ajoute que la : «la qualité est sans doute le facteur qui contribue le plus à donner confiance dans le système de soins, chez les professionnels comme dans le public».

Les informations recueillies sont indiquées ci-après

- Les fiches «Structures»

Données «physiques»

Locaux : description, état et configuration, destination des salles ...

Equipements : inventaires par service, état du matériel (âge, fonctionnalité)

Ressources humaines : effectif, qualification et répartition par services, formation et compétences particulières, âge, sexe, statut ...

Disponibilité des médicaments et consommables de première nécessité

Aspects institutionnels

Statut de la formation (publique, associative ...)

Instance dirigeante, rôle de la tutelle

Aspects organisationnels

Système de tri des malades

Organisation et durée de l'attente

Propreté du centre et respect des règles d'hygiène (disponibilité de lavabos, destruction des déchets ...)

Services produits et tarifs pratiqués

Existence et application d'un règlement intérieur

Information des usagers (affichages tarifs, circuit, garde ...)

Organisation des références et/ou des évacuations

Confidentialité des consultations

Services produits et tarifs pratiqués

Existence et application d'un règlement intérieur

Information des usagers (affichages tarifs, circuit, garde ...)

Organisation des références et/ou des évacuations

Confidentialité des consultations

Aspects techniques

Disponibilité des supports de suivi des patients (partographe, carnets de santé, cartes de vaccination, courbes de croissance staturo-pondérale ...)

Présence d'échéanciers
Existence d'un système de monitoring des activités
Intégration des activités
Permanence des services

Aspects relatifs à la gestion

Des ressources humaines
Des locaux et des équipements
Des médicaments
Financière

Aspects financiers

Situation financière (compte de résultats 1999)
Tarifs pratiqués
Evolution des comptes

Aspects sociaux

Mécanismes de tiers payant
Mesures destinées aux personnes les plus démunies

Ces informations ont été recueillies par l'observation sur site, par l'étude des documents disponibles et par l'exploitation des données du système d'information et de gestion (SIG). Des fiches d'enquête adaptées aux spécificités d'Abidjan ont été utilisées.

- Les fiches «Procédures»

Attitudes du personnel vis à vis des usagers

Place accordée aux malades: modalités d'accueil, temps d'attente, circuit des malades, confidentialité des consultations, informations données aux usagers (sur le centre, sur la maladie, sur les prescriptions)

Observation des conduites professionnelles pendant le déroulement des activités (consultations externes, consultations prénatales, accouchement, consultations préventives des enfants, soins infirmiers...)

Pratiques professionnelles

Existence et utilisations de protocoles diagnostiques et thérapeutiques

Etude des prescriptions :

- liste des produits prescrits et proportion de médicaments prescrits en DCI
- coût moyen des ordonnances

Observation de la pratique :

- adéquation entre qualification du personnel et la réalisation des prestations (qui fait les accouchements, qui fait les consultations ?)
- modalités d'accès aux consultations médicales (tri infirmier,...)
- continuité des soins
- respect des principes techniques usuels d'une consultation (interrogatoire, examen clinique,...), durée de la consultation, confidentialité de l'interrogatoire et de l'examen, respect du secret professionnel,...

Etude des examens paracliniques :

- modalités de prescription des examens paracliniques.

Etude des références et des évacuations des malades :

- critères d'orientation ou de mise en observation
- mises en observation au centre et hospitalisation
- évacuations

- Les fiches «Résultats»

D'un point de vue technique

Volume d'activités et évolutions annuelles

Productivité du personnel : consultations/agents/jour

Du point de vue des bénéficiaires (supports de données «Opinions des usagers)

Enquête auprès des usagers à la sortie de la consultation ou suite à la prestation sur les aspects suivants :

Relations humaines (accueil, attitudes du personnel, information, temps d'attente)

Situation et organisation du centre de santé (situation géographique, types de soins fournis, propreté, organisation,...),

Déroulement de la consultation/prestation (explication pendant la consultation, respect intimité, rendez-vous ...)

Qualité des soins qui ont été fournis (efficacité perçue)

Coût des services

Opinions du personnel soignant et administratif des formations sanitaires

(supports «Interview du personnel»)

Sur les conditions de travail

Sur leurs propres résultats

Certains aspects ont été délibérément écartés lors de la préparation du protocole pour des raisons de faisabilité opérationnelle :

évaluation des connaissances théoriques du personnel par questionnaires (type QCM ou autres)

validation de la démarche diagnostique par des praticiens de référence (contre-visite de validation à la sortie de la salle de consultation).

Tableau 1 : Nombre d'observations par type de prestation et par centre

Les résultats sont présentés de la manière suivante :

Consultations externes (résultats, discussion, conclusion)

Consultations prénatales (résultats, discussion, conclusion)

Accouchement (résultats, discussion, conclusion)

Surveillance préventive des enfants : vaccination et pesée (résultats, discussion, conclusion)

Prestations des services techniques d'appui (caisse, soins infirmiers, prélèvement laboratoire, vente des médicaments)

II.3.2.1- LES CONSULTATIONS EXTERNES CURATIVES

a) Enoncé des résultats

Age et sexe

Vingt-deux pour cent de l'échantillon est constitué d'enfants de moins de un an, 46% d'enfants de moins de cinq ans et 55% d'enfants de moins de 11 ans.

Les adolescents (les «11/16 ans») représentent 6% de l'effectif. Le groupe des «17 ans et plus», qui dans le reste de la présentation constitue le groupe des «Adultes» représente 39% de l'échantillon.

Le sex. ratio H/F est de 1,2 chez les enfants, de 1 chez les adolescents et de 0,3 chez les adultes d'où une clientèle globalement féminine.

Niveau scolaire

Vingt huit pour cent des adultes n'ont jamais été scolarisés, 30% ont atteint le primaire, 20% le 1^{er} cycle du secondaire, 12% le second cycle et 9% un niveau d'études supérieures. La proportion d'hommes augmente régulièrement avec le niveau d'étude (12% d'hommes dans le groupe non scolarisé, 60% parmi les niveaux d'études supérieures).

Chez les enfants accompagnés la question a porté sur le niveau scolaire du chef de famille. La question a été posée à l'accompagnant. Trente six pour cent des accompagnants n'ont pas pu répondre à cette question. Sur les 410 dossiers documentés, 32% des chefs de famille n'ont pas été scolarisés, 12% ont atteint le primaire, 16% 1^{er} cycle du secondaire, 15% le second cycle et 20% auraient atteint le niveau supérieur.

Situation professionnelle

Quarante sept pour cent des «Adultes» est «sans activité» (ménagère, étudiant, retraité) , 38% déclarent faire du «petit commerce» et 13% sont des salariés du secteur public ou privé.

Lieu de résidence

Quatre vingt douze pour cent des usagers déclarent résider dans la commune d'implantation de la formation sanitaire. Les autres résident dans une autre commune d'Abidjan. L'analyse réalisée pour chacun des établissements montre que la majorité des usagers viennent de quelques quartiers situés à proximité du centre ou de quartiers plus éloignés mais dépourvus de structures sanitaires.

Critères de choix de l'établissement

Les critères de choix de l'établissement (non exclusifs) chez les adultes sont essentiellement : la proximité du centre (42% des réponses), les conseils d'une connaissance (20% des réponses), la compétence et l'accueil du personnel (14% des réponses).

Chez les enfants, les accompagnants déclarent : la proximité du centre (34%), la compétence et l'accueil du personnel (32%) et les conseils d'une connaissance (22%).

Dans ce groupe, 45 mamans sur (le chiffre de ce groupe serait 644 , il y aurait donc moins de 10% des mamans... ce qui n'est pas cohérent avec les pourcentages ci avant) souhaitent faire suivre leurs enfants dans la formation sanitaire où elles avaient suivi les consultations prénatales et/ou accouché.

Itinéraire thérapeutique avant la consultation actuelle

Trente neuf pour cent des répondants adultes déclarent se présenter dans l'établissement sans avoir suivi aucune autre démarche thérapeutique préalable. Parmi ceux qui déclarent avoir essayé de se soigner avant la consultation actuelle, 33 personnes ont consulté précédemment dans une autre formation sanitaire publique ou communautaire et 25 patients ont consulté un tradithérapeute. L'automédication vient cependant en première intention soit avec des médicaments modernes achetés en officine ou à la pharmacie «par terre» soit avec des médicaments traditionnels.

Le tableau est similaire dans le sous-groupe des «Enfants».

Langue de communication

La langue de communication la plus utilisée pendant la consultation est le français (87%) puis le dioula (12%).

Durée de la consultation

La durée médiane des consultations est de 8 minutes. Il n'existe pas de différence significative de la durée de la consultation selon la qualification de l'agent, ni selon le statut de l'établissement. Par contre, elles durent plus longtemps lorsqu'il s'agit d'un adulte, 9 mn que lorsqu'il s'agit d'un enfant : 7 mn.

Qualification de l'agent en charge de la réalisation de l'examen clinique

Les consultations externes observées ont été réalisées soit par un médecin (65%), soit par un infirmier (20%), soit par une sage-femme (15%).

La fréquence des consultations réalisées par un médecin est nettement plus élevée dans les FSU Com (97%) que dans les FSU publiques (24%).

Réalisation d'un examen clinique des patients

Il a été demandé aux médecins enquêteurs de préciser si les patients admis en consultation ont été effectivement examinés ou non, quelle que soit la nature de l'examen pratiqué. Le seul examen des conjonctives n'était pas considéré comme un examen clinique. Seuls 47% ont été examinés.

Un examen clinique est plus souvent réalisé chez les enfants (51%) que chez les adultes (40%), indépendamment du statut de l'agent qui réalise la consultation.

Présence du matériel de consultation

Un tensiomètre, un stéthoscope et un otoscope sont présents en salle de consultation dans seulement 4% des dossiers. La présence d'un tensiomètre et d'un stéthoscope est retrouvée dans 28% des dossiers. Un stéthoscope est présent en salle de consultation dans 72% des dossiers.

Présence de tierces personnes pendant la consultation

Globalement, 32% des consultations se sont déroulées en présence de tierce personnes. Ce taux est de 23% pour le sous-groupe des «adultes» et de 37% chez les «Enfants/adolescent». A titre anecdotique, 10 consultations se sont déroulées avec un délégué médical présent dans la salle de consultation et une en présence d'un vendeur de journaux.

Demande d'examens complémentaires

Un examen complémentaire (examens biologiques et/ou d'imagerie médicale) est demandé à 10% des patients. Il est plus fréquemment prescrit chez les «adultes» (17%) que chez les «enfants» (7%). Il existe cependant une interaction entre l'âge du patient et la qualification de l'agent, les médecins prescrivant plus souvent un examen complémentaire chez les adultes (22%) que chez les enfants (6%); alors que le groupe des «infirmiers/sages-femmes» prescrit des examens complémentaires avec la même fréquence (6,7%) quelle que soit la classe d'âge des patients.

Explications données au patient sur son problème de santé

Une explication est clairement donnée au patient sur son problème de santé dans un peu plus de 9% des consultations observées. Ce taux est de 12% chez les consultations conduites par un médecin contre 3% lorsqu'elles sont conduites par un «infirmier/sage-femme». La différence est statistiquement significative.

Prescription d'une ordonnance de produits pharmaceutiques

A la fin de leur consultation, 93% des patients ont reçu une ordonnance : interne pour 24% (destinée à l'achat des produits pharmaceutiques dans la pharmacie de l'établissement), externe pour 30% (à destination d'une officine en ville). Enfin, 46% des patients ont reçu une «double» ordonnance (ordonnance interne + ordonnance externe).

Le type d'ordonnance prescrite (interne, externe, double) diffère significativement selon le statut de l'établissement. Ainsi, dans les structures communautaires, 35% des ordonnances étaient de type interne, 15% externe et 50% des «doubles» ordonnances. Ces proportions étaient respectivement de 11%, 49% et 40% pour les 454 ordonnances des formations publiques.

A la sortie de la salle de consultation un relevé des ordonnances remises aux patients observés a été réalisé et les produits identifiés selon qu'ils étaient inscrits sur une ordonnance interne et/ou externe. L'analyse exhaustive montre que dans les établissements publics, 73% des produits étaient inscrits sur des ordonnances externes alors que cette proportion n'était que de 30% dans les établissements communautaires. Si des ordonnances sont très fréquemment remises en fin de consultation, seuls 5% des prescripteurs se préoccupent de la capacité du patient à acheter les produits prescrits.

Devenir des patients

A la fin de la consultation, 3% des patients sont mis en observation. Les autres quittent l'établissement dont 1% avec un bulletin d'hospitalisation et 4% avec un bulletin de référence vers un établissement plus spécialisé.

Opinion des usagers sur la propreté du centre

De façon globale, 83% des usagers considèrent que l'établissement est propre. L'opinion est meilleure chez les usagers des FSU Com (89% d'opinion favorable) que chez les usagers des formations publiques (76% d'opinion favorable). La différence est statistiquement significative.

Respect de l'ordre de passage

La grande majorité des usagers (91%) estiment que l'ordre de passage a été respecté. La proportion des mécontents sur cette question est statistiquement plus élevée chez les usagers des FSU publiques où le taux de mécontents est de 11% que chez les usagers des FSU Com où le taux de mécontents est de 7%.

Opinion des usagers sur la durée et les conditions d'installation pendant l'attente

La durée de l'attente est jugée comme longue par 38% des usagers ayant répondu à la question. Les usagers des FSU Com sont plus critiques sur ce point puisque que 41% d'entre eux estiment l'attente trop longue contre 35% des usagers des FSU publiques. Cependant les conditions d'attente sont jugées satisfaisantes par 82% des usagers qui ont répondu à cette question. Il n'y a pas de différence dans les réponses données par les usagers des deux types d'établissements.

Affichage des tarifs

Vingt quatre pour cent des usagers déclarent avoir vus les tarifs affichés. A noter que 33% des répondants signalent ne pas savoir lire.

Opinion sur la durée de la consultation

Globalement, 8% des patients considèrent que la consultation est trop courte. Onze pour cent des usagers des FSU publiques estiment la durée de la consultation trop courte contre 5% des usagers des FSUCom.

Vérification du statut vaccinal

Les femmes de 15 à 39 ans devaient répondre à une question afin de savoir si au cours de la consultation le praticien avait vérifié leur statut vaccinal contre le tétanos. Seules 3% des 259 femmes ayant été interrogées ont répondu affirmativement.

De même, à la sortie des consultations curatives des enfants, il a été demandé aux accompagnants si le praticien avait vérifié le statut vaccinal de l'enfant : une réponse affirmative est recueillie dans 19%. Pour ces patients, le praticien a précisé que l'enfant était correctement vacciné (66%), que les vaccins devaient être mis à jour sans précision de date (31%) ou que l'enfant devait être vacciné le jour même avec la recommandation d'aller au service de vaccination en sortant de la salle de consultation (3%).

Montant des dépenses en consultation

La dépense médiane payée par l'usager «Adulte» pour consulter est de 1025 F Cfa.

Il existe une différence significative entre le montant médian payé par l'usager «Adulte» selon le statut de l'établissement : 500 F Cfa dans les FSU publiques et 1250 F Cfa dans les établissements communautaires.

b. Les indicateurs synthétiques

Ils concernent quatre champs :

«Respect de la dignité du patient» qui comprend deux dimensions : «Respect physique et psychique» et «Respect de la confidentialité/l'intimité»

«Démarche clinique et thérapeutique» qui comprend trois dimensions : «Interrogatoire» et «Examen clinique» pour les symptômes ou regroupements de diagnostics retenus ainsi que la dimension «Hygiène»

«Continuité des soins» calculé sur l'effectif global et sur des sous-groupes de population (patients recevant un rendez-vous, patient recevant une demande d'examen complémentaire)

«Autonomisation du patient»

Les résultats sont présentés ci-dessous.

Champ du Respect de la dignité du patient

Les scores globaux (la note maximum étant de 10) correspondant à ces dimensions sont présentés dans les deux tableaux 2 et 3 ci-dessous.

Tableau 2 : Cotations des dimensions «Respects physique et psychique» et «Confidentialité» pour l'effectif total

Tableau 3 : Cotations des dimensions « Respects physique et psychique » et «Intimité» pour le sous-groupe des patients examinés

Le score de la dimension «Respect physique et psychique» est significativement différent selon le statut de l'établissement : 3,5 dans les établissements publics contre 4,8 dans les établissements communautaires. Cette différence est encore plus marquée si on compare les scores pour les seules consultations conduites par les médecins : 2,8 dans les établissements publics contre 4,7 pour les établissements communautaires.

En fonction de la qualité de l'habillement des patients et/ou de leurs accompagnants, on obtient un score pour cette dimension de 5,6 chez les patients «Bien habillé» contre 3,9 aussi bien pour ceux «Normalement habillé» et ceux «Mal habillé».

Enfin, pour cette dimension et pour les consultations «Adulte», il n'est pas mis en évidence de différence du score «Respect physique et psychique» selon le niveau d'étude du patient.

Pour la dimension «Respect de l'intimité» il n'est pas mis en évidence de différence entre les scores obtenus par les médecins selon le statut de l'établissement dans lequel ils travaillent (7,1 établissements publics; 7,4 établissements communautaires).

Enfin, pour cette dimension et pour les consultations «Adulte», il n'est pas mis en évidence de différence du score «Respect physique et psychique» selon le niveau d'étude du patient.

Pour la dimension «Respect de l'intimité» il n'est pas mis en évidence de différence entre les scores obtenus par les médecins selon le statut de l'établissement dans lequel ils travaillent (7,1 établissements publics; 7,4 établissements communautaires).

Champ de la démarche clinique et thérapeutique

Dimensions «Interrogatoire» et «Examen clinique»

Cinq groupes de symptômes/syndromes avaient été retenus lors de l'élaboration de la fiche d'enquête : la fièvre, la diarrhée, la toux, l'HTA et les MST. Seuls les résultats des 4 premiers groupes seront présentés ici, le groupe «MST» étant sous représenté (6 cas).

Le manque de précision du diagnostic porté par les praticiens en fin de consultation (au moins 54% des consultations se terminent sans qu'un diagnostic ne soit énoncé) n'a pas permis d'explorer les regroupements de diagnostics comment le prévoyait le cadre d'analyse initial. Le regroupement «Maladies infectieuses» vient en tête, le paludisme (confirmé ou non) en constituant l'essentiel. Ce regroupement est indirectement exploré par le motif de consultation «Fièvre». De même les maladies respiratoires sont indirectement explorées par le motif de consultation «Toux». Nous avons retenu le regroupement correspondant au domaine uro-génital, un des plus fréquemment retrouvés après les regroupements diagnostics «maladies infectieuses» et «maladies respiratoires». Pour chaque symptôme/syndrome ou diagnostic est construit un indicateur synthétique «Interrogatoire» et un indicateur synthétique «Examen clinique».

Fièvre

Les scores pour les dimensions «Interrogatoire» et Examen clinique» en fonction de l'âge du patient sont présentés dans le tableau 4 :

Tableau 4 : Score des dimensions « Interrogatoire » et « Examen clinique » en fonction de l'âge chez les patients présentant de la fièvre

Qualification de l'agent	Enfants		Adultes	
	Interrogatoire	Examen clinique	Interrogatoire	Examen clinique
Médecins	7,8	7,2	2,3	0,2
Infirmiers/sages-femmes	7,8	7,2	2,3	0,2

Chez les enfants présentant une fièvre, le score de la dimension «interrogatoire» ne diffère pas selon la qualification de l'agent : 7,8 chez les médecins et 7,2 chez les «Infirmiers/sages-femmes». Par contre le score obtenu à la dimension «Examen clinique» est significativement plus élevé chez les médecins (2,3) que chez les «infirmiers/sages-femmes» (0,2). Les résultats sont similaires chez les adultes présentant une fièvre.

Pour les consultations conduites par un médecin, il n'y a pas de différence significative entre les scores obtenus pour ces deux dimensions en fonction du statut de l'établissement, quelle que soit la classe d'âge des patients.

Diarrhée

Les scores pour les dimensions «Interrogatoire» et Examen clinique» en fonction de l'âge du patient sont présentés dans le tableau 5 :

Tableau 5 : Score des dimensions «Interrogatoire» et «Examen clinique» en fonction de l'âge chez les patients se plaignant de diarrhée

Qualification de l'agent	Enfants		Adultes	
	Interrogatoire	Examen clinique	Interrogatoire	Examen clinique
Médecins	7,7	8,6	2,3	0,3
Infirmiers/sages-femmes	7,7	8,6	2,3	0,3

Chez les enfants se plaignant de diarrhée, on constate, comme pour la fièvre, que le score de la dimension «Interrogatoire» ne diffère pas selon la qualification de l'agent (7,7 chez médecins ; 8,6 chez «infirmiers/sages-femmes»), alors que le score de la dimension «Examen clinique» est significativement plus élevé chez les médecins, score 2,3 que chez les «infirmiers/sages-femmes», score 0,3.

Toux

Les scores pour les dimensions «Interrogatoire» et Examen clinique» en fonction de l'âge du patient sont présentés dans le tableau 6 :

Tableau 6 : Score des dimensions «Interrogatoire» et «Examen clinique» en fonction de l'âge chez les patients se plaignant de toux

Qualification	Enfants		Adultes	
	Interrogatoire	Examen clinique	Interrogatoire	Examen clinique
Médecin	5,9	2,1	5,9	2,1
Infirmier/sage-femme	5,7	2,1	5,7	2,1

Comme dans les cas précédents, pour le sous-groupe des enfants consultant pour ce symptôme, le score «Interrogatoire» ne diffère pas significativement en fonction de la qualification de l'agent : 5,9 pour les médecins contre 5,7 pour les infirmiers/sages-femmes. Le score de la dimension «Examen clinique» diffère significativement selon que l'enfant est reçu par un médecin (2,1) ou par un «infirmier/sage-femme». Les résultats sont similaires pour le sous-groupe des adultes se plaignant de toux

Hypertension artérielle, HTA

Les 18 cas d'HTA enregistrés concernent des adultes. Le score pour la dimension «Interrogatoire» est de 6,8. Celui pour la dimension «Examen clinique» est de 3,4. La prise de la TA est réalisée en salle d'examen par le praticien mais le temps de repos préalable n'est respecté que pour deux d'entre eux.

La faiblesse des effectifs ne permet pas de mettre en évidence de différence significative entre les scores de ces deux dimensions en fonction de la qualification des agents.

Diagnostic domaine Uro-génital

Un diagnostic du domaine uro-génital a été enregistré pour 59 malades adultes. Seul 40 dossiers sont complets pour toutes les variables nécessaires au calcul des indicateurs synthétiques. Les résultats globaux sont les suivants : dimension «Interrogatoire» : 6,8 ; dimension «Examen clinique» : 2,6. Bien qu'il existe une différence pour les dimensions «Interrogatoire» et «Examen clinique» en fonction du sexe du patient (Interrogatoire : 5,0 chez les hommes contre 7,0 chez les femmes ; Examen clinique : 0,5 chez les hommes et 2,8 chez les femmes), ces différences ne sont pas statistiquement significatives, les effectifs étant trop faibles (4 hommes contre 36 femmes).

Dimension «Hygiène au cours de la consultation»

Le score pour la dimension hygiène (qui n'est calculé que pour le sous-groupe des patients examinés) est de 2,4. Cet indicateur est tiré vers le bas parce que le personnel ne se lave pas les mains avant d'examiner un malade (lavage des mains dans moins de 10% des dossiers).

Champ de la continuité des soins

Les résultats pour ce champ figurent dans le tableau 7 :

Tableau 7 : Score du champ «Continuité»

Champ autonomisation

Le score pour ce champ est de 1,7. Il est plus élevé chez les «Infirmiers/sages-femmes» 2,1 que chez les médecins :1,5. Quand la consultation est conduite par un médecin, ce score est plus élevé dans les établissements publics : 2,1 que dans les établissements communautaires : 1,4.

II.3.2.2- LES CONSULTATIONS PRÉNATALES

a. Enoncé des résultats

Au total, 610 dossiers «Observation» et «Opinion des usagers» ont été recueillis pour la consultation prénatale (CPN)

Age

L'âge moyen des femmes de notre échantillon est de 24,5 ans.

Niveau scolaire

Cinquante pour cent des femmes de l'échantillon sont analphabètes, 32% ont un niveau d'enseignement primaire et 16 % ont atteint le niveau secondaire. Neuf femmes (1,5%) ont atteint le niveau d'enseignement supérieur.

Situation professionnelle

Dans l'étude, 53% des femmes sont des «ménagères», 30% déclarent être «vendeuses» ou tenir un petit commerce. Dix femmes (1,9 %) sont employées ou fonctionnaires. La profession est mal définie pour 16% des femmes interrogées.

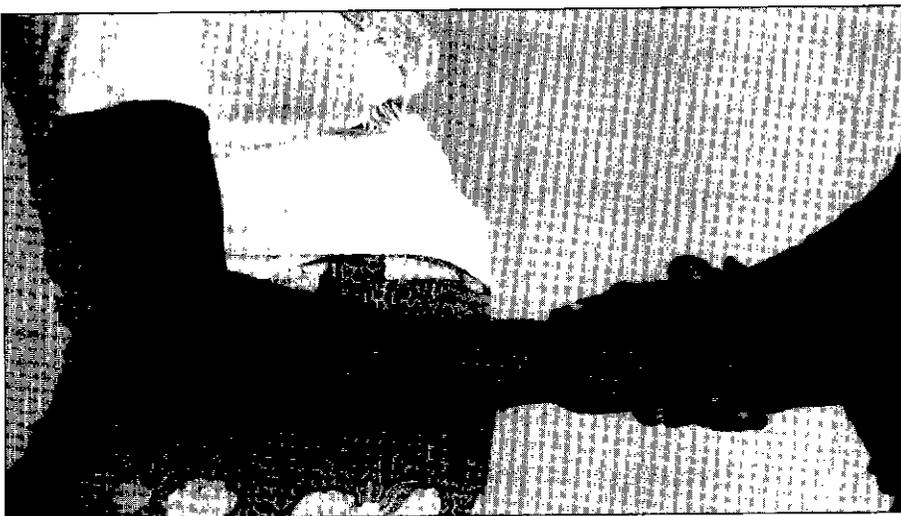
Lieu de résidence

Quatre vingt douze pour cent des femmes déclarent résider dans la commune d'implantation de la formation sanitaire. Les autres résident dans une autre commune d'Abidjan.

Gestité

La médiane de la gestité est de 2 grossesses ; 183 femmes (30%) sont des primigestes. Près de 10% de l'effectif sont de grandes multigestes (6^{ème} sixième grossesse ou plus).

© UNICEF / HQ04-0117 / Christine Nesbitt



© UNICEF / HQ98-0587 / Giacomo Pirozzi



Langue de communication

Dans l'échantillon, la principale langue de communication est le français (74%) puis le dioula (26%). Il existe un effet «formation sanitaire» (en relation avec le quartier d'implantation de ces établissements), la proportion d'échange en dioula passant de 9% à 46% selon l'établissement.

Compréhension de la langue de communication

Dans 83% des CPN observées, il n'existait pas de problème de communication en rapport avec la langue utilisée pendant la CPN. Les médecins enquêteurs rapportent toutefois des difficultés mineures de compréhension dans près de 17% des CPN. Un problème majeur de compréhension de la langue est enregistré pour seulement quatre femmes.

Durée de la CPN

La durée médiane d'une consultation prénatale est de onze minutes.

Qualification de l'agent en charge de la réalisation de l'examen clinique

La réalisation de la CPN est assurée par une sage-femme au cours de 99% des CPN observées. Six CPN (soit 1%) ont été réalisées par un médecin. Un examen clinique est ici toujours réalisé mais le contenu de cet examen sera présenté plus loin.

Explication du déroulement de l'examen clinique aux primigestes

Parmi les 183 primigestes de l'effectif, 55 viennent en CPN pour la première fois. Moins de 4% d'entre elles reçoivent une explication préalable sur le déroulement de l'examen clinique dont elles vont, probablement pour la première fois, faire l'objet.

Matériel de consultation

Les structures ne disposent pas toujours du petit matériel nécessaire pour la réalisation d'une CPN de qualité. Un tensiomètre, un mètre ruban et un stéthoscope obstétrical sont tous trois présents dans 64% des consultations observées. Ce déficit en matériel est dû à la non-présence systématique d'un tensiomètre dans le poste de consultation, les deux autres éléments étant présents dans 100% des dossiers. Cependant, la tension artérielle est souvent prise dans le couloir avant de rentrer dans la salle de CPN.

Les spéculums métalliques sont très exceptionnellement retrouvés en salle de consultation CPN (1 dossier). Quand ce type de matériel existe dans l'établissement, il est généralement retrouvé dans la salle de consultation des médecins (généralistes ou gynécologues quand ceux-ci sont en place dans un établissement), soit stocké chez la major de la consultation prénatale. Cependant des spéculums à usage unique sont en vente dans les pharmacies de ces établissements mais sont très peu prescrits ; lors de la CPN l'examen au spéculum est exceptionnellement réalisé.

Présence d'une tierce personne pendant la consultation

Quarante pour cent des CPN observées se sont déroulées dans un contexte où, à un moment ou à un autre de la prestation, il y a eu possibilité d'établir un colloque singulier réunissant une sage-femme et la femme enceinte. Mais des entrées et sorties non justifiées ont perturbé le déroulement normal de la consultation dans 23% de ces consultations.

Au cours de 23% des CPN, la femme est en face d'un collègue de personnel soignant (une ou plusieurs sages-femmes assistées d'une fille de salle ou d'une stagiaire).

Au cours de 37% des CPN, en plus du personnel médical, la consultation s'est déroulée en présence d'une tierce personne n'appartenant pas à la formation sanitaire : dans la grande majorité des cas il s'agit d'autres femmes qui viennent consulter et qui sont admises par lot en salle d'examen. Bien que l'examen clinique soit généralement conduit derrière un paravent protégeant ainsi l'intimité de la femme, la confidentialité de la consultation n'est alors pas assurée. Dans certaines formations sanitaires, deux tables d'examen sont occupées simultanément par les femmes qui viennent consulter, la sage-femme passant d'une table à l'autre pendant que la première consultante se rhabille et qu'une nouvelle femme est appelée pour occuper la table laissée libre !

Enfin, au cours de 6 CPN, la présence de délégués médicaux a été constatée dans la salle de consultation alors que des femmes étaient reçues par la sage-femme.

Hygiène pendant la CPN

La dimension «Hygiène pendant la CPN» sera abordée dans le chapitre des indicateurs synthétiques mais trois points méritent d'être développés ici.

Le port des gants est quasi systématique (99,7% des 602 dossiers documentés). Mais les médecins enquêteurs ont signalé que, souvent, le port du gant n'est pas réservé au seul examen gynécologique : le gant est enfilé dès le début de l'examen clinique et le toucher vaginal est réalisé au terme de l'examen général (conjonctives, seins, hauteur utérine, recherche d'œdèmes) sans que l'on change de gant. Une autre procédure est le port permanent d'un gant sur la main réalisant l'examen, un second gant étant enfilé sur le premier à chaque nouvelle patiente.

En raison de la faible utilisation d'instruments susceptibles d'être souillés lors de la CPN (4 examens au spéculum sur les 586 CPN observées et documentées) et de l'utilisation de matériel à usage unique, il n'y a pas de chaîne de décontamination dans les différents services de CPN des établissements étudiés.

Enfin, le lavage des mains avant d'examiner une patiente est une procédure exceptionnelle : 9% des 578 dossiers documentés. L'absence de points d'eau semble être une explication plausible à la faible fréquence du lavage des mains. Cependant, quand on ne retient que les établissements disposant d'un point d'eau dans les salles d'examen de CPN, la fréquence du lavage des mains passe de 9% à 11%.

Demande d'examen biologique de laboratoire et d'échographie

Au cours de la consultation prénatale, 180 femmes (soit 31% de l'effectif) ont reçu un bulletin d'analyse de laboratoire. Soixante et onze pour cent d'entre elles consultaient pour leur première CPN.

La raison d'une telle prescription a été expliquée à 38% des consultantes alors que l'indication du lieu où doivent être faits les examens est donnée dans 82% des cas.

Cent quinze femmes (20% de l'effectif) ressortent avec une prescription d'échographie (couplée ou non à une demande d'examen de laboratoire). Ce taux est de 48% si on considère le sous-groupe des femmes venant en CPN pour la première fois.

Le taux d'explication de la prescription d'échographie est un peu plus élevé (45%) mais on prend toujours le temps d'expliquer aux femmes où se rendre pour réaliser cet examen (87%).

En interrogeant les femmes à la fin de la CPN, 27% des femmes auxquelles un examen paraclinique a été prescrit déclarent avoir reçu une explication sur la raison de cette prescription. La grande majorité d'entre elles (88%) déclarent qu'elles ont néanmoins l'intention d'effectuer ces examens.

Prescription d'une ordonnance en CPN

L'organisation des CPN conduit à deux approches distinctes en ce qui concerne la prescription d'une ordonnance.

La première approche concerne l'analyse de ce qui a été observé dans la salle de consultation (pour mémoire, nous rappellerons que dans certains établissements -voir monographies des établissements- l'ordonnance est rédigée en dehors de la salle et que de ce fait l'observateur n'a pas pu relever les informations demandées). C'est ainsi que 95% des femmes pour lesquelles le médecin observateur a pu recueillir l'information, ont reçu une prescription. Il s'agissait dans 43 % d'ordonnances «externes» (destinées à être servies par une officine en ville), 23% étaient des ordonnances «internes» (servies par la pharmacie de l'établissement) et 35% étaient des doubles ordonnances (interne + externe). Le taux de prescription sur des ordonnances externes est plus élevé dans les établissements publics (51%) que dans les formations communautaires (34%). Globalement, la prescription n'est expliquée qu'à 29 % des femmes. Il existe également une différence significative en fonction du statut de l'établissement : une explication du traitement est donnée à 44% des femmes dans les FSU Com contre 18% dans les FSU publiques.

La seconde approche a consisté à relever à la fin de la CPN le nombre de femmes ayant reçu une prescription : 96 % des 602 femmes interrogées à la sortie avaient une ordonnance. Au total, 71% de toutes les consultantes ressortent avec une prescription anti-palustre et 75% d'entre elles avec une prescription anti-anémique. Cinquante-neuf pour cent de ces femmes ont une prescription anti-palustre et anti-anémique. Une prescription anti-palustre et anti-anémique est plus souvent réalisée dans les FSU Com, 70%, que dans les FSU publiques, 45%. Enfin, chez les 6% des 431 femmes ayant reçu une prescription

anti-palustre il a été prescrit du Daraprim® (pyriméthamine), produit contre-indiqué pendant la grossesse. Au moins 18% des prescriptions comportent des produits «fortifiants», des complexes vitaminiques ou autres composés buvables à base de magnésium. Certains de ces produits contiennent parfois en petite quantité des dérivés ferreux et sont alors présentés par les délégués médicaux comme efficaces contre l'anémie.

Mise en observation

5 femmes ont été mises en observation au décours de la CPN.

Conclusion à l'issue de l'examen

Le praticien a clairement précisé à 8% des femmes venues en CPN comment évoluait la grossesse à l'issue de l'examen ; à la sortie de la CPN, 82% des femmes interrogées signalent que rien ne leur a été dit sur le déroulement de leur grossesse.

Information sur la date probable de l'accouchement

Globalement la femme n'est pas informée de la date probable de l'accouchement, celle-ci n'étant clairement mentionnée que dans 2% des dossiers. Ce taux n'est pas meilleur (moins de 1%) pour les femmes qui viennent à leur première CPN.

Pour les femmes au cours de leur dernier mois de grossesse (l'information sur l'âge gestationnel a été recueillie sur le carnet de la femme à la sortie de la consultation), ce taux d'information passe à 10%. Dans près de 11% des dossiers documentés la sage-femme leur indique où aller accoucher. Interrogées à la fin du processus de consultation prénatale, seulement 17% d'entre elles déclarent avoir reçu le conseil de venir accoucher à la maternité.

Respect de l'ordre de passage

La grande majorité des femmes (91%) estiment que l'ordre de passage a été respecté. Il n'y a pas de différence selon le statut de l'établissement.

Opinion des usagers sur la durée et les conditions d'installation pendant l'attente

La durée de l'attente est jugée longue par 61% des usagers ayant répondu à la question. ceux des FSU Com sont plus critiques sur ce point puisque que 66% d'entre elles estiment l'attente trop longue contre 56% des usagers des FSU publiques.

Les conditions d'attente sont jugées satisfaisantes par 80% des femmes qui ont répondu à cette question, aussi bien dans les FSU Com que dans les FSU publiques.

Montant des dépenses par CPN (hors produits pharmaceutiques)

Les frais engagés lors de la CPN dépendent d'une part du rang de la CPN (lors de la première CPN on achète le carnet de santé par exemple) et d'autre part de l'organisation propre à chaque centre (par exemple, les gants d'examen peuvent être compris dans le prix de la prestation ou être achetés à la pharmacie et dans ce cas non pris en compte ici).

Globalement le prix médian payé par une femme pour une première CPN est 1000 F CFA et 625 FCFA pour une CPN ultérieure.

b. Indicateurs synthétiques

Ils concernent quatre champs :

«Respect de la dignité du patient» qui comprend deux dimensions «Respect physique et psychique» et «Respect de l'intimité»

«Démarche clinique et thérapeutique» qui comprend trois dimensions «Interrogatoire au cours de la CPN», «Examen clinique au cours de la CPN» et «Hygiène de la consultation»

«Continuité des soins» calculé sur l'effectif global et sur des sous-groupes de population (femmes au cours de son dernier mois de grossesse, femmes ayant reçu une prescription, multigeste)

«Autonomisation de la patiente en CPN» qui comprend deux dimensions «Femme, actrice de sa santé « et «Conseils»

Les résultats sont présentés ci-après.

Champ du Respect de la dignité du patient

Les scores globaux correspondant aux dimensions de ce champ sont de 4,9 pour le «Respect physique et psychique» et de 6,3 pour le «Respect de l'intimité».

Le score obtenu à la dimension «Respect physique et psychique» a été calculé en fonction de la qualité de l'habillement de la femme venant en consultation (l'appréciation sur la présentation extérieure de la femme avait été demandée aux médecins enquêteurs). Ce score augmente en fonction de l'appréciation positive de l'aspect extérieur : de 4,6 pour les femmes classées dans la catégorie «mal habillée» ce score passe à 5,7 pour celles classées comme étant «bien habillée». La différence n'est cependant pas statistiquement significative.

Le score obtenu à la dimension «Respect physique et psychique» diffère significativement en fonction du niveau scolaire, ce score passant de 4,6 pour les femmes n'ayant jamais été scolarisées à 6,3 pour les quelques femmes de notre effectif ayant atteint un niveau scolaire supérieur.

Le score pour la dimension «Respect physique et psychique» est très variable d'un centre de santé à l'autre passant de 3,6 pour le plus bas à 5,7 pour le plus haut.

Le score obtenu à cette dimension est significativement plus élevé chez les sages femmes contractuelles/vacataires, où il est de 5,8, que chez les sages-femmes fonctionnaires où il est de 4,7. Cependant, ce score est significativement plus élevé dans les établissements publics, où il atteint 5,5, que dans les formations communautaires où il est de 4,4. En ne retenant que les établissements communautaires, on observe que le score pour cette dimension est de

3,7 pour les sages-femmes fonctionnaires contre 5,8 chez les sages femmes contractuelles/vacataires, la différence étant significative. La figure 3 ci-dessous montre clairement que ce sont les sages-femmes fonctionnaires affectées dans les établissements communautaires qui altèrent le score global la dimension «Respect physique et psychique» dans cette catégorie d'établissement.

Champ de la démarche clinique et thérapeutique

Ce champ comprend trois dimensions : «Interrogatoire», «Examen clinique» et «Hygiène»

Dimension «Interrogatoire pendant la CPN»

Les résultats calculés correspondant à cette dimension selon les différentes associations possibles sont présentés dans le tableau 8.

**Tableau 8 : Cotations des dimensions du champ
«Respect de la dignité» en CPN**

Le constat principal est que certaines questions ne sont pratiquement jamais posées.

Pour les femmes revenant en CPN au cours du 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre de grossesse, le score pour la dimension «Interrogatoire en CPN» varie de 0,3 à 2,4 selon le centre de santé. Ce score a été calculé chez ces femmes en tenant compte du statut de l'établissement (public versus communautaire) et du statut de la sage-femme (fonctionnaire versus contractuel/vacataire). Il est de 1,9 chez les sages-femmes fonctionnaires travaillant dans un établissement public, de 2,2 pour les sages-femmes fonctionnaires travaillant dans les FSU-Com et de 0,3 pour les sages-femmes contractuelles/vacataires travaillant dans les FSU-Com .

Dimension «Examen clinique pendant la CPN»

Les effectifs sont forts variables d'une combinaison à l'autre : de 7 dossiers pour le groupe «Consultation 2 et plus au cours du premier trimestre de la grossesse» (C2T1) à 193 dossiers pour le groupe « Consultation 2 et plus au cours du troisième trimestre de la grossesse» (C2T3).

Les résultats calculés correspondant à cette dimension dans ces différentes combinaisons possibles sont présentés dans le tableau 9.

Tableau 9 : Cotation de la dimension «Examen clinique pendant la CPN» selon le rang de la CPN et l'âge de la grossesse

Certains gestes techniques ne sont quasiment jamais réalisés, notamment lors de la première CPN, alors que d'autres sont pratiquement systématiquement exécutés.

Pour les femmes revenant en CPN au cours du 3^{ème} trimestre de grossesse, le score pour la dimension «Examen clinique en CPN» varie de 6,5 à 8,1 selon le centre de santé. Ce score a été calculé chez ces femmes en tenant compte du statut de l'établissement et du statut de la sage-femme. Il est de 7,3 chez les sages-femmes fonctionnaires travaillant dans un établissement public, de 7,3 pour les sages-femmes fonctionnaires travaillant dans les FSU-Com et de 6,8 pour les sages-femmes contractuelles/vacataires travaillant dans les FSU-Com. La différence n'est pas significative.

Certains gestes techniques ne sont quasiment jamais réalisés, notamment lors de la première CPN, alors que d'autres sont pratiquement systématiquement exécutés.

Pour les femmes revenant en CPN au cours du 3^{ème} trimestre de grossesse, le score pour la dimension «Examen clinique en CPN» varie de 6,5 à 8,1 selon le centre de santé. Ce score a été calculé chez ces femmes en tenant compte du statut de l'établissement et du statut de la sage-femme. Il est de 7,3 chez les sages-femmes fonctionnaires travaillant dans un établissement public, de 7,3 pour les sages-femmes fonctionnaires travaillant dans les FSU-Com et de 6,8 pour les sages-femmes contractuelles/vacataires travaillant dans les FSU-Com. La différence n'est pas significative.

Le principal constat est le déficit global de la dimension «Interrogatoire» au cours de la CPN, avec une lacune encore plus prononcée chez les sages-femmes contractuelles/vacataires.

Dimension «Hygiène pendant la CPN»

Le résultat calculé correspondant à cette dimension (2 variables) s'établit à 4,9

Le tableau 10 résume pour les trois dimensions précédentes les résultats obtenus.

Tableau 10 : Cotation globale des trois dimensions du champ «démarche clinique et thérapeutique» lors des CPN

Champ de la Continuité des soins en CPN

Les résultats figurent dans le tableau 11 :

Tableau 11: Score du champ «Continuité»

Le score calculé sur l'effectif global diffère en fonction du niveau scolaire, passant de 3,3 pour les femmes de bas niveau scolaire à 5,0 pour celles ayant atteint le niveau des études supérieures. Cette différence n'est cependant pas statistiquement significative.

Champ de l'Autonomisation de la patiente en CPN

Les deux dimensions retenues sont : « Femme, actrice de sa santé » et «Conseils»

Les résultats obtenus pour ces deux dimensions sont présentés dans le tableau 12.

Tableau 12 : Cotation des dimensions «Femme, actrice de sa santé» et «Conseils»

Le score de la dimension «Femme, acteur de sa santé» augmente en fonction du niveau scolaire passant de 0,3 pour les femmes analphabètes, à 0,4 pour les femmes ayant atteint le primaire, 0,6 pour celles ayant atteint le secondaire. Il atteint 1,9 pour celles ayant atteint le niveau «études supérieures». Cette différence n'est cependant pas statistiquement significative (faiblesse des effectifs pour la dernière classe).

II.3.2.3- LES ACCOUCHEMENTS

a. Enoncé des résultats

Au total, 301 dossiers ont été recueillis.

L'âge

L'âge médian de la population étudiée est de 24 ans .

Etat matrimonial

Treize pour cent des femmes sont célibataires, les autres femmes déclarent être mariées ou vivant maritalement.

Profession/domaine d'activité

Soixante pour cent des femmes sont «ménagères», 28 % déclarent avoir des activités de petit commerce ou être «dans les affaires».

Niveau scolaire

Les analphabètes représentent 52% des femmes de notre effectif, 33% se sont arrêtées au cours du premier cycle et 12% au cours du second cycle d'étude. Seules 4 d'entre elles (1,3%) ont une formation supérieure.

Lieu de résidence

Quatre vingt treize pour cent des femmes habitent dans la commune d'implantation de la maternité dans laquelle elles choisissent d'accoucher. Dix huit femmes viennent d'une autre commune d'Abidjan et 3 femmes résident hors Abidjan Ville.

Critère de choix de la maternité

Les trois premières raisons évoquées par les femmes sur les raisons de leur choix de la maternité où elles ont décidé d'accoucher sont la proximité de celle-ci par rapport à leur domicile, puis la qualité de l'accueil du personnel et les conseils donnés par une de leur connaissance.

Gestité

Vingt-huit pour cent des femmes sont des primigestes, la médiane de la gestité étant à 2. Quarante femmes (soit 13 % de l'effectif) sont à leur sixième grossesse ou plus.

Grossesse à risque

Six femmes avaient été identifiées pendant leur grossesse comme étant une «Grossesse à risque» (2,0 %).

Suivi du programme des consultations prénatales

La quasi-totalité des femmes de notre étude (99,3 %) a suivi au moins une CPN au cours de leur grossesse. Cinquante-neuf pour cent des femmes ont suivi 3 CPN ou plus.

Lieu du déroulement des CPN

Parmi les femmes ayant consulté en CPN, 78% déclarent avoir suivi leurs CPN dans l'établissement où elles viennent d'accoucher (72%). Les autres femmes déclarent avoir suivi leurs CPN dans un autre établissement.

Lieu de l'accouchement antérieur

Parmi les 201 femmes qui sont à leur deuxième grossesse ou plus, 38 % ont accouché précédemment dans la formation sanitaire où elles se sont présentées pour la grossesse actuelle.

Accouchement à domicile

Douze femmes ont accouché en dehors de la maternité, une dans un taxi à l'arrivée à la maternité et onze à domicile. Parmi celles-ci au moins deux femmes s'étaient présentées à la maternité pour y accoucher mais ont eu pour

consigne de rentrer chez elles et de revenir à une heure précisée par la sage-femme. Ces 2 femmes ont accouché à domicile avant l'heure de leur «rendez-vous».

Parmi les femmes ayant accouché à la maternité, 265 ont répondu à la question de savoir «quelles raisons les ont conduit à accoucher en maternité» : la première raison évoquée est la plus grande sécurité de l'accouchement en structure (226 réponses), la seconde raison évoquée étant une exigence de l'entourage proche (20 réponses).

Utilisation en salle d'accouchement du carnet de CPN

Le carnet des CPN est demandé à la parturiente par le personnel en poste en salle d'accouchement lors de son admission dans 97% des dossiers.

Utilisation en salle d'accouchement du carnet de CPN

Le carnet des CPN est demandé à la parturiente par le personnel en poste en salle d'accouchement lors de son admission dans 97% des dossiers.

Délai entre admission et accouchement

Deux cent soixante-sept dossiers permettent ce calcul (exclusion des accouchements à domicile, des femmes évacuées accouchant hors salle d'accouchement).

Le délai médian entre admission à la maternité et l'accouchement est de 74 minutes (22 à 162 minutes).

Si on prend en compte la gestité le délai moyen est significativement plus long chez les primigestes par rapport aux femmes qui sont à leur deuxième grossesse ou plus : 155 contre 110 minutes. Le tableau 13 rapporte certains paramètres concernant le délai entre admission et accouchement.

Tableau 13 : Délai admission/accouchement en fonction de la gestité

Evacuation des parturientes vers un établissement de référence

Au total 8 % femmes ont été évacuées vers un établissement de référence, dont 5 après réalisation de l'accouchement.

Les moyens d'évacuation ne sont pas mentionnés sur la fiche d'enquête, mais selon les médecins enquêteurs, la totalité des évacuations a été effectuée après que les parents de la patiente soient revenus avec un véhicule («Woro» ou taxi collectif, taxi «compteur»), y compris dans les établissements dans lesquels l'inventaire des moyens logistiques fait ressortir l'existence d'un véhicule «médicalisé».

Réalisation d'une épisiotomie

Dans 18 % des cas des épisiotomies ont été réalisées. Si on ne met pas en évidence de différence du taux de réalisation de cet acte par établissement, le regroupement de ceux-ci selon leur statut (publics et communautaires) permet de noter un taux significativement plus élevé d'épisiotomie dans les formations publiques :23% que dans les formations communautaires :13%.

Existence d'une déchirure du périnée (hors épisiotomie)

Parmi les 217 dossiers pour lesquelles les informations sont disponibles (exclusion dossiers «accouchement à domicile», «femmes évacuées», «réalisation d'une épisiotomie»), 22 femmes présentent une déchirure du périnée, soit 10% ; 19 ont été réparées (1 dossier incomplet, 2 déchirures mentionnées comme «superficielle» non réparées).

Utilisation d'ocytociques pendant la phase de travail

Des ocytociques ont été administrées aux parturientes pendant la phase du travail pour 5 % d'entre elles, dans tous les cas l'administration a été décidée par une sage-femme. Les voies d'administration sont les suivantes : 9 en perfusion, 1 en intraveineux direct et 4 en intramusculaire.

«Lieu» de l'accouchement en maternité

Si 95% de femmes de l'effectif accouchent sur une table d'accouchement, 5% d'entre elles ont cependant accouché sur le sol. Dans certaines des maternités étudiées, cette situation est à mettre au compte de la très forte fréquentation et à une insuffisance en boxes d'accouchement.

Mortinatalité

Six enfants mort-nés ont été enregistrés (2,1%) sur les 283 enfants.

Soins au nouveau-né : le lavage :

En fait de lavage, il faut parler d'essuyage, puisque c'est la méthode de référence mise en œuvre dans les maternités étudiées. En effet, 240 des 269 enfants nés vivants sans complication ont été essuyés dans la période de post-partum immédiat (89 %). Ils sont généralement essuyés avec un pagne propre fourni par la mère. Il a été parfois constaté que le pagne utilisé pour l'essuyage du nouveau-né était d'une propreté douteuse (pagne utilisé pour réaliser la toilette vulvaire avant l'accouchement ...). La maternité ne fournit quasiment jamais un linge propre pour assurer un minimum d'hygiène quand la maman n'a pas de pagne propre.

Associé à l'essuyage, il faut mentionner l'aspersion de solutions alcoolisées sur la peau des nouveau-nés. Ces solutions («Joli bébé», «Beau bébé» ... généralement teintées en bleu) sont apportées par les mamans quand elles viennent à la maternité avec le nécessaire qu'elles ont constitué (pagne ou habit de rechange, vêtements nouveau-né, nécessaire de toilette ...). Dans quelques rares cas, les mamans ont acheté des lotions non alcoolisées réellement conçues pour les soins des nouveau-nés.

La seconde méthode mis en œuvre est le lavage du nouveau-né sous le robinet d'eau froide (10%).

La mesure du score d'Apgar

Si sur le plan quantitatif, la «mesure» du score d'Apgar à 1 minute a été clairement énoncée par la sage-femme dans 73% des cas, les observateurs ont émis des doutes sur la qualité de la mesure et sa retranscription sur le registre d'accouchement et sur le carnet de santé de l'enfant. En effet, bien qu'il s'agisse d'un moyen rapide mais «subjectif» d'appréciation du risque immédiat de vitalité du nouveau-né, il paraît important qu'il corresponde au moins à la réalité telle qu'évaluée par le technicien. Dans certaines maternités, la sage-femme chargée de l'examen du nouveau-né énonce un chiffre entre 0 et 10 pendant qu'une seconde sage-femme «secrétaire» s'efforce alors de remplir au hasard les 5 cases du registre (Fréquence cardiaque, Respiration, Tonus, Réactivité, Coloration) pour parvenir au chiffre lancé depuis le box d'accouchement par sa collègue.

Soins au nouveau-né en difficulté :

Dix-neuf nouveau-nés ont été «réanimés» suite à l'accouchement. Chez 15 d'entre eux les voies respiratoires ont été dégagées mais seuls 6 parmi eux ont bénéficié d'une aspiration avec un aspirateur. Onze ont été placés passivement sous oxygène mais aucun n'a été réellement ventilé. Des essais de ventilation ont été réalisés par le personnel avec la bouche à travers un stéthoscope obstétrical dans 4 cas. Tous ont eu un massage cardiaque. Aucun n'a été perfusé. Enfin, il convient de signaler dans 3 cas l'aspersion d'alcool au décours de la réanimation.

L'examen du placenta et révision utérine

L'examen du placenta est réalisé au mieux dans la population de l'étude dans 19 % cas.

Cinquante-neuf pour cent des femmes ayant accouché en maternité (exclusion des femmes évacuées et des accouchements à domicile) ont eu une révision utérine systématique. Il existe un effet structure significatif, le taux de réalisation d'une révision utérine allant de 28 % dans la structure la moins interventionniste à 94 % dans la plus interventionniste.

Conseils à la maman en post partum immédiat

Les conseils d'éducation pour la santé sont généralement donnés aux femmes pendant la courte période d'hospitalisation (56% des femmes ont quitté la maternité dans les 12 heures qui suivent l'accouchement et 98% des femmes quittent la maternité au cours des vingt-quatre premières heures).

Le constat est que peu de travail éducatif est réalisé pendant cette période : 53 % déclarent qu'aucun conseil ne leur a été délivré en suite de couches et 5% que les conseils donnés n'ont pas été compris.

Quand des conseils ont été donnés, deux conduites éducatives sont prédominantes : délivrance de messages sur un seul thème (le thème dominant étant la vaccination du nouveau-né) ou d'une approche plus globale avec délivrance simultanée de messages portant sur quatre ou cinq thèmes (vaccination, soins au nouveau-né, planification familiale, prophylaxie contre le paludisme y compris la protection par les moustiquaires imprégnées).

Les observateurs signalent que les séances sont généralement collectives et que l'approche individuelle avec l'établissement d'un dialogue entre technicien et patiente est absente.

Les règles d'hygiène

Le questionnaire «Observation de l'accouchement» fait ressortir quelques constats sur le respect des règles d'hygiène pendant l'accouchement.

- Si des gants sont effectivement portés pendant la phase de surveillance du travail ou pour réaliser l'accouchement, le lavage préalable des mains avant d'enfiler les gants stériles est exceptionnel. Le lavage préalable des mains avant la réalisation de l'accouchement n'est réalisé quant à lui que dans 4,9% des cas, hors dossiers accouchement à domicile et évacuation.

- Si le matériel technique est changé entre chaque parturiente dans la totalité de l'effectif observé, si un bassin propre est fourni aux parturientes, des erreurs sont commises en matière de décontamination du matériel. Dans certaines maternités, le matériel souillé n'est pas systématiquement et immédiatement plongé dans une solution de décontamination à la fin de l'acte, soit qu'il y ait un nettoyage préalable, soit qu'il n'existe pas de solution de décontamination.

- Le nettoyage des boxes d'accouchement (y compris les murs ou les paravents), de la table d'accouchement, de la paillasse ou du pèse-bébé est très insuffisant. Soit on nettoie le dessus de la table d'accouchement avec une solution savonneuse et/ou javellisée (dosage approximatif) mais on néglige les écoulements et les projections de sang sur les pieds de la table ou sur les murs, soit on utilise la même éponge pour laver table, sol, paillasse et pèse-bébé; soit on se contente de nettoyer les différents éléments avec la solution alcoolisée ayant servi à frotter le nouveau-né (des traces bleues sont alors visibles sur les surfaces ainsi traitées), soit on ne fait rien. Le nettoyage du pèse-bébé n'est souvent pas réalisé car l'enfant est généralement pesé sur l'emballage des gants stériles posé sur le plateau de la balance et il est alors, de l'avis du personnel, inutile de nettoyer l'appareil suite à la pesée.

- Quand le nouveau-né est recueilli dans un pagne sale lors de l'accouchement, le manque d'hygiène est évident. Dans certains cas, la toilette vulvaire est réalisée avec un pagne de la femme, pagne qui est ensuite utilisé pour nettoyer et envelopper le nouveau-né.

- La fréquente réalisation du geste de révision utérine est généralement exécutée avec des gants stériles de chirurgien n'offrant pas une protection suffisante pour le praticien (trop court d'où risque d'exposition accidentelle au sang de l'avant bras et de la main insuffisamment protégés). Dans le même ordre d'idée, on constate la fréquente utilisation de gants stériles (généralement vendus à la parturiente) pour réaliser le ménage pendant ou suite à l'accouchement.

- Le manque d'entretien du matériel de ventilation et d'aspiration. Outre le fait que les sondes d'aspiration et/ou de ventilation sont généralement utilisées jusqu'à ce qu'elles se délitent (elles sont «nettoyées» après utilisation et mises à tremper dans une solution de Javel), les flacons des aspirateurs sont parfois d'une couleur douteuse et l'eau des barboteurs du matériel d'oxygénothérapie n'est pas régulièrement changée (développement de moisissures ou d'algues dans certains cas !)

- La gestion fort peu rigoureuse du placenta : généralement celui-ci est remis aux familles sans traitement préalable destiné à décontaminer cette poche pleine de sang. Aucune information particulière à l'intention des futurs manipulateurs du placenta n'est donnée alors qu'il constitue un vecteur potentiel de transmission des maladies liées à l'exposition au sang. Le placenta est remis dans une poche en plastique (l'emballage du kit accouchement), parfois directement dans un pagne souillé de la parturiente. Il est parfois demandé aux accompagnants d'acheter un petit flacon d'eau de Javel pour procéder à la décontamination du placenta, mais cette pratique n'est pas systématique au sein d'un même établissement (procédures propres à chaque agent).

- L'utilisation de lames de rasoir achetées sur le marché proche dans une maternité et utilisées, après les avoir coupé en deux, sans autre traitement ! A noter également, du fait de la fourniture de clamp de cordon défectueux dans le kit d'accouchement, l'utilisation de lacet en coton également acheté au marché voisin.

Le travail en équipe

Les sages femmes font exceptionnellement appel à une collègue ou à un médecin en cas de problème, soit du fait qu'elles sont le seul personnel qualifié dans la structure notamment pendant la garde, soit par totale ignorance des uns et des autres. Un incident critique, survenue dans une maternité où un médecin gynéco-obstétricien est en poste, a montré, au détriment de la patiente, l'absence d'esprit d'équipe entre les sages-femmes et le corps médical. Ce sont finalement les médecins enquêteurs qui ont aidé la sage-femme en faisant en sorte que la parturiente soit évacuée en urgence en taxi vers le CHU !

Le matériel de base

Un tensiomètre est signalé comme matériel manquant dans 17 % des dossiers ; les différentes maternités de ces établissements sont équipées du matériel d'oxygénothérapie : ballon de ventilation, bonbonnes d'oxygène avec barboteur et manomètre.

La disponibilité d'une boîte d'accouchement est de 94%.

Le montant des dépenses faites par la femme (ou ses accompagnants)

Les frais engagés lors de l'accouchement concernent le paiement du ticket prestation (500 F Cfa dans les formations publiques, de 500 F à 2500 F dans les formations communautaires selon le statut d'adhérente ou non à l'association), le coût du kit accouchement (1500 F Cfa), le montant de l'ordonnance de sortie (2300/2500 F si achat des produits à la pharmacie de l'établissement). Le kit épisiotomie est fourni gratuitement si nécessaire.

La dépense moyenne est de 4010 F Cfa (de 2600 à 4500 F Cfa). Le maximum déclaré, pour un accouchement normal, est de 35.000 F Cfa.

De l'accouchement au suivi en période postnatale

L'hospitalisation en post-partum immédiat doit être l'occasion d'informer la femme sur la possibilité voire sur la nécessité de venir consulter à la fois pour elle (consultation postnatale) mais également pour le nouveau-né (suivi nutritionnel et vaccination).

A la question : «Vous a-t'on dit de revenir pour une consultation postnatale ?», 26 % des femmes ont donné une réponse affirmative. Généralement quand la femme répond «oui», une date de rendez-vous lui a été communiquée. Il existe ici un effet structure, le taux de réponse positive passant de 0% à 57% selon l'établissement.

Le taux de réponse positive est plus élevé pour la question «Vous a-t'on dit de présenter le bébé pour une consultation dans la(les) semaine(s) à venir ?» : 40% des femmes répondent «Oui».

b. Indicateurs synthétiques

Ils concernent deux champs :

«Respect de la dignité du patient» qui comprend deux dimensions «Respect physique et psychique» et «Respect de l'intimité».

«Démarche clinique et thérapeutique» qui comprend sept dimensions «Premier interrogatoire de la femme en travail», «Examen général d'entrée en maternité», «Examen obstétrical d'entrée», «Réalisation de l'accouchement», «Soins immédiats au nouveau-né ou premier geste de réanimation», «Délivrance et surveillance en post-partum immédiat» et «Hygiène en salle d'accouchement».

Les variables retenues pour la construction de ces différents indicateurs sont présentées en annexe 3.

Champ du Respect de la dignité du patient

Les scores globaux correspondant aux dimensions «Respect physique et psychique» et «Respect de l'intimité» constituant le champ «Respect de la dignité du patient» sont présentés dans le tableau 14.

Tableau 14 : Scores des deux dimensions du champ «Respect de la dignité» en salle d'accouchement

		6,2

Il a été vu plus haut qu'un quart des parturientes accouchent dans les 22 minutes qui suivent leur admission et on pourrait penser que les convenances sociales d'accueil et de soutien ne sont pas respectées devant la nécessité d'une intervention technique urgente, les sages femmes ayant plus à faire pour «accueillir» l'enfant à naître que pour entourer de leur sollicitude la future maman. Le tableau 15 montre le score de la dimension «respect physique et psychique» en fonction du délai entre l'admission et l'accouchement.

Tableau 15: Score de la dimension «Respect physique et psychique» en fonction du délai de survenue de l'accouchement

En considérant la gestité, l'accueil et la prise en charge sont ils différents ? Les scores sont loin de l'optimum : 1,4 pour les primigestes et 1,1 pour les femmes de gestité supérieure ou égale à 2 .

Les trois premières dimensions correspondent à des pratiques conduites lors de l'admission en salle d'accouchement. Ici aussi on pourrait penser que l'intervention urgente du fait du court délai entre admission et accouchement pour un quart des parturientes pourrait expliquer des scores bas pour ces trois dimensions. En fait, l'analyse montre qu'il n'existe pas de différence significative entre les scores en fonction du délai admission/accouchement pour les dimensions «Premier interrogatoire» et «Examen général d'entrée». Par contre, on constate une augmentation significative du score de la dimension «Examen obstétrical d'entrée» en fonction de l'augmentation du délai admission/accouchement. Le tableau 17 reprend les résultats pour ces trois dimensions pour les 243 dossiers complets pour toutes les variables retenues.

Tableau 17 : Scores pour les dimensions «Premier interrogatoire d'entrée»; «Examen général d'entrée» et «Examen obstétrical d'entrée» (243 dossiers complets)

II.3.2.4. CONSULTATIONS PRÉVENTIVES DES ENFANTS

Au cours de 77 séances, 300 consultations préventives d'enfants sains ont été observées. Selon l'organisation propre à chaque établissement les prestations de suivi nutritionnel et de vaccination sont conduites physiquement dans le même lieu ou dans des salles ou des espaces séparés. De ce fait, les médecins enquêteurs ont observé 77 consultations individuelles de suivi nutritionnel, 61 consultations «vaccination» et 162 consultations mixtes (suivi nutritionnel et vaccination). Chaque consultation a donné lieu au remplissage d'une fiche spécifique.

a. Enoncé des résultats

Horaire, durée et affluence des séances de consultation préventive

Les enquêteurs avaient pour consigne d'observer les séances éventuelles tout au long de la journée : le résultat de leur travail est que 91% des séances observées se sont déroulées en matinée. Des séances ont été observées les après-midi dans deux des six formations étudiées. Soixante dix pour cent des séances organisées en matinée et observées par les enquêteurs ont commencé entre 7h30 et 8h30. Toutes les séances de la matinée ont débuté avant 9h45. La durée moyenne des séances est de trois heures.





En ce qui concerne les séances de vaccination, le nombre moyen d'enfants vaccinés par jour varie entre 47 et 137 selon le centre étudié. L'activité n'est pas régulièrement répartie dans la semaine, le lundi étant un jour de forte affluence (pic de 215 enfants vaccinés dans un centre).

Pour les séances de suivi nutritionnel, le nombre moyen d'enfants vus et pesés passe de 27 à 80 selon les centres. Il existe ici aussi un phénomène de concentration de l'activité le lundi, mais nettement moins important que celui constaté pour la vaccination.

Qualification des animateurs de ces séances

Le premier constat à faire est l'absence de médecin lors des 67 séances de consultation préventive observée.

Les sages-femmes encadrent 50% de ces séances, les infirmiers, spécialisés ou non en puériculture, en encadrent 19% et les aides-soignants 18%. Enfin, 12% des séances sont encadrées par du personnel d'appui (fille de salle, assistante sociale, agent communautaire ...).

Thème des séances d'IEC collective

Une session d'IEC collective a été organisée au cours des séances de consultations préventives dans les deux tiers (66%) des 67 séances observées. Il existe un effet «Structure» puisque dans deux formations sanitaires la règle est l'absence de sessions d'IEC lors de ces séances.

Les thèmes abordés au cours des 44 séances où une session d'IEC a été organisée sont :

- les vaccinations (40 fois)
- l'importance de la surveillance de l'enfant et notamment la pesée régulière (23 fois)
- l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (14 fois)
- la prévention du paludisme et la prévention de la fièvre (4 fois)

Le total peut être supérieur à 44, puisque dans certains cas plusieurs thèmes sont traités au cours de la même session.

La langue de communication est essentiellement le français. Cependant, lors des sessions d'IEC, les messages peuvent être traduits, selon l'auditoire, dans une des langues nationales (dioula, baoulé).

Conditions d'accueil

Globalement les médecins enquêteurs ont jugé que les salutations d'usage sont conformes aux convenances sociales dans 40% des séances observées. Il existe ici un fort effet «Structure» avec une loi du tout ou rien, deux des six établissements étant jugés positivement alors que pour les quatre autres le jugement est, sans aucune ambiguïté, négatif. Dans un établissement, le ton de certains agents soignants a même été jugé «agressif et violent» par les médecins enquêteurs.

Dans deux établissements les locaux ne permettent pas à toutes les femmes de s'asseoir en attendant que leur enfant soit pris en charge. Cette situation est retrouvée dans la formation sanitaire où l'activité est la plus élevée ainsi que dans celle où l'activité observée est la plus faible.

Echéanciers et dossiers médicaux

Aucun des six établissements étudiés n'a un système de fiches individuelles de suivi. De même, aucun n'a mis en place un système d'échéancier pour d'une part répartir la charge de travail des futurs rendez-vous et pour d'autre part envisager une procédure de recherche des absents au rendez-vous. Les activités sont inscrites dans des registres. Ceux-ci constituent une base de données chronologiques ne permettant pas le suivi longitudinal des enfants.

Déroulement des consultations individuelles

Durée de la consultation

Le temps médian de contact enfant/soignant est d'une minute [Q1 : 1 minute - Q3 : 2 minutes] (n=251, les données d'un établissement ont été exclues du fait de l'intégration de délais d'attente dans le calcul du temps de contact). Il existe une différence de temps de contact selon le type de prestation : le temps médian de contact est de 3 minutes pour les prestations de suivi nutritionnel, de 2 minutes pour les séances de vaccination.

Age des consultants

Quatre-vingt-cinq pour cent des enfants sont dans leur première année de vie et 12% dans leur seconde année de vie.

Qualification des praticiens

Les actes observés ont été pratiqués par des agents des formations sanitaires de qualification différentes :

- 34% ont été réalisés par une sage-femme
- 21% par une infirmière (y compris puéricultrice)
- 14% par un agent communautaire
- 11% par une fille de salle
- 8% par une assistante sociale
- 6% par une éducatrice pré-scolaire

Hygiène pendant les consultations

Lors des 300 consultations préventives observées, aucun des agents de santé ne s'est lavé les mains avant la prise en charge des enfants.

Les 215 vaccinations observées et documentées sont toutes réalisées avec du matériel à usage unique.

Réalisation d'un examen clinique

Aucun des 300 enfants «pris en charge» en consultation préventive (suivi nutritionnel, vaccination ou mixte) n'a été examiné.

Réalisation d'une pesée et de la mesure de la taille

De façon globale, au cours de ces consultations préventives, 57% des enfants sont pesés et 40% sont mesurés. Ces deux paramètres sont mesurés presque systématiquement (respectivement 99% et 97%) lors des séances de

suivi nutritionnel. Ces taux tombent à 59% et 28% lors des séances mixtes, où des activités de suivi nutritionnel sont réalisées en même temps que des activités de vaccination. Ces mesures ne sont qu'exceptionnellement réalisées des séances de vaccination, le taux étant de 3% aussi bien pour le poids que pour la taille.

Administration de vitamine A lors des séances de consultations préventives

Celle-ci n'a été observée nulle part.

b. Indicateurs synthétiques

Quatre champs ont été retenus :

«Respect de la dignité du patient»

«Continuité des soins»

«Autonomisation du patient»

«Globalité de la prise en charge»

Champ du Respect de la dignité du patient

Calculé sur les 283 dossiers complets pour les trois variables retenues, le résultat est de 3,9.

Il existe un effet «Agent» puisque selon la qualification de celui-ci les scores sont forts variables : entre 6,7 à 6,9 pour les aides-soignantes, les diététiciennes et les puéricultrices à 0,9 pour les éducatrices préscolaires en passant par 2,7 pour les sages-femmes.

Il existe un effet «Structure» le score étant significativement plus élevé dans les FSU communautaires où il est de 4,9 que dans les FSU publiques où il est de 2,9.

Champ de la continuité des soins

Calculé sur les 292 dossiers complets pour les cinq variables retenues, le score est de 6,0. Il existe un effet «Structure» le score étant significativement plus élevé dans les FSU publiques où il est de 6,2 que dans les FSUCom où il est de 5,7. Le meilleur établissement pour ce champ obtient le score de 7,3 et le moins bon le score de 5,4.

Champ de l'autonomisation du patient

Le score du champ «Autonomisation» (4 variables) calculé pour les 201 observations concernant les enfants effectivement vaccinés est de 0,3 !

Calculé sur les 89 observations complètes pour les enfants effectivement vaccinés et pesés, le score du champ «Autonomisation» (5 variables) est 0,2.

Champ «globalité de la prise en charge»

Le score pour le champ «Globalité de la prise en charge» pour les 228 dossiers complets pour ces trois variables est également très bas : 0,4.

En conclusion, les consultations préventives des enfants sains pour lesquelles des femmes et des enfants se rendent dans les établissements de santé se résument à la réalisation de pesée et/ou à celle de vaccination. Aucun examen systématique des enfants n'est réalisé. L'éducation pour la santé est inexistante du moins si on exclut les séances d'IEC collectives pour lesquelles il conviendrait de revoir la justification et les objectifs éducationnels. Les taux de complétude ne sont pas disponibles, l'établissement se contentant de peser et/ou de vacciner ceux ou celles qui se présentent sans préoccupation, en terme de santé publique, de l'objectif des actes réalisés.

Il est probable que l'amélioration de la qualité de ces prestations passe par une complète réorganisation de l'offre afin de disposer du temps nécessaire pour mener à bien ces consultations et par un bouleversement profond des habitudes prises par les agents des formations sanitaires afin que le temps ainsi dégagé soit mis à profit pour assurer une prise en charge globale des enfants. Enfin, il convient d'engager dans cette nécessaire réforme tout le personnel y compris les médecins afin de réellement piloter ces activités.

Salutation des usagers

A l'arrivée en salle de soins infirmiers, 10% des usagers sont salués par le personnel de l'établissement. Ce taux est de 14% dans les établissements publics et de 6% dans les formations communautaires.

Explication sur le déroulement de la prestation et la raison des soins

Une explication sur le déroulement de la session est exceptionnellement donnée (1% des cas). Le pourcentage est similaire quand il s'agit d'expliquer la raison justifiant les soins infirmiers.

Hygiène de la session

Un lavage des mains a été observé dans 1% des 291 prestations observées.

Le port de gants au cours de ces séances est observé dans 16% des prestations. Il est significativement plus élevé dans les FSU Publiques (21%) que dans les FSU-Communautaires (10%).

II.3.2.5. LES PRÉLÈVEMENTS DE LABORATOIRE

a. Enoncé des résultats

Qualification des agents chargés de la réalisation du prélèvement

Quatre vingt neuf pour cent des prélèvements sont réalisés par du personnel qualifié (IDE, aide soignant, technicien de laboratoire ou laborantin).

Salutation des usagers

A son arrivée en salle de prélèvements, l'utilisateur est salué par le personnel de l'établissement dans moins de 19% des prestations observées. Ce taux ne diffère pas en fonction du statut de l'établissement.

Explication sur le déroulement de la prestation et la raison du prélèvement

Dans moins de 2% des prestations, une explication est donnée aux patients sur le déroulement de la session de prélèvements. On n'explique jamais au patient la raison justifiant les examens.

Hygiène de la session

Un lavage des mains a été observé dans moins de 1% des 271 prestations de prélèvements sanguins observées.

Le port de gants au cours de ces séances est observé dans 48% des prestations. Il est significativement plus élevé dans les FSU Publiques (77%) que dans les FSU Communautaires (22%).

L'utilisation de matériel à usage unique pour réaliser les prélèvements sanguins est la règle (99,6% des 268 des prélèvements observés).

Explication sur la date de récupération des résultats

Dans 95% des cas, une explication est donnée à l'usager sur la date de remise des résultats.



II.3.2.6. INTERVIEW DU PERSONNEL DES ÉTABLISSEMENTS

Les interviews du personnel des établissements ont été réalisées par les médecins enquêteurs lors de leur séjour dans les formations sanitaires, généralement pendant la seconde semaine de l'enquête dans l'établissement. Une fiche d'enquête a été proposée afin de conduire l'entretien mais consigne a été donnée aux enquêteurs d'enregistrer sous forme de réponse ouverte tous les éléments pertinents qui pourraient être mentionnés par la personne interrogée. Ces questionnaires sont anonymes et il a été demandé de conduire ces entretiens de façon individuelle afin de laisser à chacun l'opportunité de s'exprimer le plus librement possible.

Enoncé des résultats

Quatre vingt cinq personnes ont été interrogées : 40 hommes et 45 femmes. L'âge moyen est de 39 ans.

Cinquante deux agents sont classés comme «soignants» : 21 médecins, 29 appartenant au groupe des «infirmiers/sages-femmes» et 2 sont des aides soignants. Ils travaillent dans des services en contact direct avec les usagers (consultation, CPN, vaccination/pesée, maternité) à l'exception de 5 d'entre eux qui sont affectés soit à l'administration de l'établissement (1 surveillante générale) soit dans des services techniques (pharmacie, laboratoire).

Les autres agents non soignants (33 personnes) travaillent ou participent à l'administration de l'établissement (18 personnes), sont affectés dans des services techniques (14 agents travaillant à la pharmacie, au laboratoire ou à la caisse de l'établissement). Enfin, une fille de salle est affectée en CPN.

• Personnel soignant en poste dans des services au contact des usagers

Satisfaction des agents à propos de leur poste de travail

Parmi les 47 agents soignants au contact direct des usagers, près de 60% sont satisfaits de leurs postes, près de 32% ne sont pas totalement satisfait de celui-ci et 8% sont totalement insatisfaits de leur situation. Il n'est pas mis en évidence de différence statistiquement significative selon que les agents travaillent dans un établissement public ou communautaire.

Les principaux motifs d'insatisfaction mentionnés par ces 19 agents (13 médecins et 6 sages-femmes) sont la précarité de l'emploi, de mauvaises relations avec l'administration de l'établissement (notamment dans les FSUCom), les mauvaises conditions de travail. Seize souhaitent quitter leur poste.

Problèmes du personnel soignant avec l'administration de l'établissement

Treize agents soignants sur 47, soit 28%, se plaignent de l'administration de l'établissement. Les principaux motifs de mécontentement sont la non prise en compte par l'administration des besoins matériels du personnel soignant et le manque de communication entre soignants et administratif.

Problèmes du personnel soignant avec le personnel technique de l'établissement

Sept agents soignant sur 47, soit 15%, mentionnent des problèmes avec des agents techniques de l'établissement : incompétence du personnel paramédical, problèmes éthiques (racket et vente clandestine de produits pharmaceutiques).

Participation à la gestion de l'établissement

Si 40 agents soignants sur les 47 interrogés (soit 85%) estiment qu'on leur fait confiance pour résoudre les problèmes techniques des services, la très grande majorité d'entre eux (98%) estiment qu'ils n'ont pas les moyens de résoudre les problèmes techniques des services (44 répondants). Ils se plaignent également d'être totalement écartés des décisions prises concernant l'amélioration des locaux (77% des 47 agents interrogés) ou de n'être que très partiellement associés à ces décisions (15%). La situation n'est guère meilleure quand on les interroge sur leur association aux prises de décisions concernant l'équipement technique : 47% des agents déclarent ne pas être associés aux décisions et 30% déclarent être que partiellement associés aux prises de décision concernant l'acquisition de matériel technique.

La situation est un petit peu meilleure pour les requêtes adressées à l'administration du centre pour la fourniture en consommables médicaux ou en acquisition de petit matériel (tensiomètre, stéthoscope, boîte d'instruments...) : 41% des agents (n=46) déclarent avoir satisfaction la plupart du temps à leurs requêtes.

Formation continue du personnel soignant

Quarante et un des 47 agents soignants au contact avec les usagers ont participé à des séminaires de recyclage au cours de ces cinq dernières années. Parmi les 6 agents n'ayant participé à aucun séminaire, 4 sont des médecins récemment diplômés (en 1997 et 1998).

Les thèmes des séminaires les plus suivis sont :

- la prise en charge du SIDA : 27 agents au total
- la prise en charge du paludisme : 16 agents au total
- la vaccination et le PEV : 12 agents au total
- la planification familiale : 11 agents au total

Un seul agent a suivi un séminaire sur la prise en charge de la malnutrition et 5 ont participé au cours de ces cinq dernières années à un séminaire sur la prise en charge des infections respiratoires aiguës de l'enfant.

Dix neuf agents sur 47 (soit 40%) déclarent recevoir des revues médicales ou d'autres informations scientifiques. Si on prend en compte la qualification des agents, il existe une différence significative entre les médecins qui disent recevoir une telle documentation dans 71% des cas et le personnel soignant «infirmier/sage-femme» pour qui le taux de réception n'est que de 16%.

La situation est similaire en ce qui concerne la participation à des activités de formation continue comme les enseignements post universitaires, les congrès ... puisque si globalement 40% des agents déclarent ne jamais y participer, il existe ici aussi une différence significative quand on prend en considération la qualification des agents : 64 % des «infirmiers/sages-femmes» déclarent ne jamais y participer et 36 % y participer dont seul 4% déclarent une participation régulière ; le groupe des médecins affirme y participer dans 91% des cas dont 38% de façon régulière.

La participation aux séances de formation organisées par les laboratoires pharmaceutiques est massive (89% des 47 agents). Si 100% des médecins déclarent y participer, le taux est un peu plus faible chez les infirmiers/sages-femmes où il est de 80%.

Enfin, les délégués médicaux sont très fréquemment reçus par les agents soignants puisque 73% d'entre eux déclarent les recevoir au moins deux fois par semaine, 53% déclarent en recevoir tous les jours. Il n'est pas mis ici en évidence de différence significative dans le taux de réception des délégués médicaux en fonction de la qualification des agents.

Perception de la qualité des soins par le personnel soignant

A la question «Pensez-vous que les prestations offertes par le centre dans lequel vous travaillez répondent aux attentes des usagers ?», 60% du personnel soignant répondent «oui, suffisamment» et 36% «oui, mais pas suffisamment». Quatre pour cent répondent «Non pas du tout». Il n'y a aucune différence dans les réponses si on considère la qualification des agents (médecin versus «infirmier/sage-femme»).

L'appréciation sur la qualité des soins offerts est pour 60 % des agents interrogés «bonne ou très bonne» et «passable» pour 38% d'entre eux. Un agent (médecin) répond que la qualité des soins est «mauvaise». Statistiquement, il n'y a pas de différence dans les réponses si on considère la qualification des agents.

Par contre, les appréciations sont moins tranchées quand on interroge ces agents sur l'évolution de la situation en ce qui concerne la qualité des soins : 38% des agents déclarent que la qualité des soins s'améliore, 40% pensent qu'elle stagne et 22% qu'elle se détériore.

Il existe ici une différence significative entre l'appréciation plus optimiste des «infirmiers/sages-femmes» qui dans 48% des cas estiment que la qualité des soins s'améliore et dans 24% qu'elle stagne et celle du groupe des médecins pour qui la situation en terme de qualité des soins stagne pour 63% de ces agents et s'améliore pour 21% d'entre eux.

Enfin, quand on interroge ces agents afin de savoir si la qualité des soins est une préoccupation de l'équipe du centre, 81% des 41 agents répondent affirmativement.

Quand on interroge ces agents sur :

- les points qui se sont améliorés, les trois premières réponses sont :
 - l'accueil des usagers (11 réponses)
 - l'approvisionnement en médicaments (5 réponses)
 - le respect des horaires et la meilleure permanence des services (gardes ...) (4 réponses)

- les points qui se sont dégradés, les trois premières réponses sont
 - le manque de matériel (15 réponses)
 - la dégradation des locaux et de l'hygiène au sein du centre (10 réponses)
 - l'insuffisance de personnel (2 réponses)
- les problèmes de qualité qu'ils identifient, la grande majorité des réponses concernent des insuffisances en terme de moyens :
 - insuffisance de matériel technique (17 réponses)
 - insuffisance de personnel (12 réponses)
 - locaux inadaptés (11 réponses)

Plus rarement sont mentionnées des préoccupations moins matérielles comme par exemple, des problèmes d'hygiène du matériel et des locaux (10 réponses), des préoccupations en terme d'accueil et d'accessibilité financière des usagers (7 réponses) ou de trop courte durée des consultations du fait de l'insuffisance de personnel et/ou du nombre important d'usagers (3 réponses). Quelques personnes évoquent l'absence de réunions au sein des établissements sans plus de précisions.

• **Personnel des services administratifs et techniques d'appui**

Parmi l'échantillon d'agents interrogés, 19 travaillent dans le cadre de l'administration et 18 dans des services techniques d'appui (pharmacie, laboratoire ...).

Satisfaction des agents à propos de leur poste de travail

La grande majorité (79%) de ces 37 personnes est satisfaite de leur poste, 16% ne sont pas totalement satisfaits de celui-ci. sont tout à fait agents, les 5% restant sont totalement insatisfaits de leur affectation. Il n'y a pas de différence dans les réponses selon que les agents travaillent dans l'administration ou dans un service technique d'appui.

Problèmes rencontrés avec le personnel technique de l'établissement

Neuf personnes sur 37 (24%) signalent des problèmes avec le personnel technique de l'établissement. Il s'agit essentiellement des agents travaillant dans les services administratifs qui se plaignent du personnel technique (8 cas sur les 9), la raison évoquée le plus souvent (4 réponses) est d'ordre éthique : racket et malversation du personnel soignant à l'encontre des usagers. Des problèmes de non-respect du personnel soignant vis à vis des agents administratifs sont également relevés.

Perception de la qualité des soins par le personnel administratif et technique d'appui

A la question «Pensez-vous que les prestations offertes par le centre dans lequel vous travaillez répondent aux attentes des usagers ?», 68% des personnes interrogées répondent «oui, suffisamment» et 32% «oui, mais pas suffisamment». Il n'y a aucune réponse franchement négative à cette question. Il n'y a aucune différence dans les réponses si on considère le poste de travail des agents interrogés (administration versus service technique d'appui).

L'appréciation sur la qualité des soins offerts est pour 72% des agents interrogés «bonne ou très bonne» et «passable» pour 22% d'entre eux. La qualité des soins est perçue comme mauvaise ou très mauvaise par 2 personnes (6% des personnes interrogées). Statistiquement, il n'y a pas de différence dans les réponses si on considère le poste de travail occupé par les agents.

Les appréciations sur l'évolution de la situation en ce qui concerne la qualité des soins est la suivante : 60% des agents déclarent que la qualité des soins s'améliore, 30% pensent qu'elle stagne et 10% qu'elle se détériore. Statistiquement, il n'y a pas de différence dans les réponses si on considère le poste de travail occupé par les agents.

Quand on interroge ces agents :

- afin de savoir si la qualité des soins est une préoccupation de l'équipe du centre, la réponse est affirmative pour 94% des 32 agents qui ont répondu à cette question.

- sur les points qui se sont améliorés, les trois premières réponses sont :

- l'accueil des usagers (15 réponses)
- l'approvisionnement en médicaments (7 réponses)
- l'augmentation du personnel et l'entretien des locaux (4 réponses

chacune).

- sur les points qui se sont dégradés les trois premières réponses sont

- la dégradation des locaux (9 réponses)
- le mauvais état du matériel (8 réponses)
- problèmes d'approvisionnement en médicament, le manque de

moyen d'évacuation et la propreté des locaux (2 réponses chacune)

- sur les problèmes de qualité qu'ils identifient, les trois premiers problèmes identifiés sont :

- les trop fréquentes ruptures de stock et la difficulté d'approvisionnement en produits pharmaceutiques (12 réponses)
- la dégradation et l'insuffisance du matériel technique (6 réponses)
- la longue durée d'attente des usagers (4 réponses).

Réception des délégués médicaux

Du fait de leurs activités, ces agents sont moins sujets à la rencontre avec les délégués médicaux : 64% des 36 agents qui ont répondu à cette question signalent ne jamais les rencontrer. Ce sont essentiellement les agents techniques des services d'appui qui signalent rencontrer les délégués médicaux travaillant à la pharmacie ou au laboratoire, la périodicité des rencontres étant plus faible (mensuelle ou hebdomadaire) ici que ce que nous avons trouvé plus haut avec le personnel soignant.

A noter que les 4 membres travaillant dans l'administration déclarant rencontrer épisodiquement des délégués médicaux appartiennent tous à des FSUCom (2 gestionnaires de centres, 2 membres de conseil d'administration).

CONCLUSION

Après avoir mené ce type d'analyse à Abidjan à partir des données recueillies, de février à avril 2000, dans trois formations sanitaires urbaines publiques et dans trois formations sanitaires urbaines à base communautaire, on conclut d'une manière générale, que la qualité des prestations n'est pas à la hauteur des attentes compte tenu des ressources disponibles.

Le constat principal est le manque de prise en charge globale de l'individu qui se présente dans un service socio-sanitaire : manque de considération lors de l'accueil ; absence de communication au cours de la prestation ; approche limitée à la seule plainte sans se préoccuper de l'homme ou de la femme qui s'expose, à priori en toute confiance, à un professionnel de la santé ; déficit d'information à la fin de la «prise en charge», le patient repartant sans en savoir plus sur l'évolution de son état et en ignorant les conduites à tenir pour maintenir ou recouvrer un bon état de santé.

Des lacunes ont également été constatées dans le domaine technique : la non-réalisation d'un examen clinique ou les déficiences constatées dans la conduite de celui-ci et par ailleurs le faible recours à des examens complémentaires ne permettent pas au praticien d'établir un diagnostic. En l'absence de conclusion en fin de consultation, la remise d'une ordonnance constitue le signal de la fin de la prestation.

Dans ces conditions, peut-on considérer que les attentes de l'utilisateur sont satisfaites ? Le passage par un établissement de soins n'est-il qu'une étape d'un cheminement initiatique, souvent commencé avant de venir voir un «docteur», où le praticien ne constitue qu'un médiateur vers la guérison qu'il faudra peut-être chercher ailleurs ? Le soignant ne devrait-il pas être un appui ou un soutien vers qui se tourner du fait de son attention, de sa compassion mais également de son efficacité ? D'un autre côté, les mauvaises conditions de travail, quelles soient réelles ou construites par les acteurs eux-mêmes, le déficit de communication entre les différents praticiens, l'absence de travail en équipe et l'angoisse inhérente à la profession, contribuent probablement au repli sur soi des praticiens et portent préjudice aux patients.

Les problèmes structurels tels que l'inadéquation des locaux aux prestations offertes, le manque de petit matériel expliquent partiellement la médiocrité des scores obtenus aux différentes dimensions de la qualité des soins. Loin de les négliger il convient de les corriger. Mais des décisions portant sur la réorganisation des circuits des patients, sur le respect des horaires ou sur l'adaptation de ceux-ci, sur une utilisation plus rationnelle des moyens et des locaux pendant la totalité de la durée d'ouverture normale des établissements, pourraient améliorer nettement, et à moindre coût, la qualité des prestations offertes.

Le problème de l'hygiène existe dans tous les établissements étudiés. Les mauvaises techniques lors de la décontamination du matériel, l'absence de lavage des mains lors des consultations ou lors des soins mais également avant de prendre une collation ou de rentrer chez soi traduisent une réelle négligence des problèmes d'hygiène et un non-respect des protocoles en vigueur.

La résolution de ces problèmes, qui concernent toutes les activités de tous les établissements, passe par des actions transversales relevant de la «structure» (mise à niveau des équipements, formation initiale ...) mais également du domaine des «procédures» (respect des protocoles ...).

Bien que les scores calculés pour les différents champs de la qualité des soins montrent des différences significatives en faveur des formations communautaires, il convient de faire deux remarques :

- La meilleure qualité des soins observée dans les FSUCom ne concerne que certaines dimensions : consultations externes plus fréquemment réalisées par un médecin avec pour corollaire la plus grande fréquence de réalisation d'un examen clinique ; orientation préférentielle des usagers vers la pharmacie de l'établissement où les tarifs pratiqués sont nettement plus bas que dans les officines privées ; et, de façon inconstante, meilleur score de la dimension «accueil» pour des établissements dont la survie est tributaire de la fréquentation.

- Quel que soit le statut de la structure étudiée, les scores calculés de la qualité des soins sont loin de l'optimum.

Le manque de vision globale concerne également la gestion technique de l'établissement. L'absence de réunions de service ou d'établissement, l'absence de tenue de tableaux de bord, le cloisonnement des activités, le manque de supervision, l'absence d'évaluations internes et externes ne permettent pas à l'établissement de se situer par rapport à des objectifs d'amélioration de la santé de la population dont il a la charge.

L'amélioration de la qualité des soins passe par la prise de conscience des acteurs qui agissent dans le premier cercle de qualité (la performance du praticien : son savoir, son savoir-faire, la qualité de son jugement et sa capacité à créer des relations interpersonnelles avec les patients) .

Sans l'adhésion des acteurs, il n'est pas envisageable de modifier à moyen terme la situation actuelle. Les aiguillons, qu'ils soient internes (promotion, sanction) ou externes (reconnaissance, valorisation sociale, dépôt de plaintes), pour stimuler les professionnels de la santé sont absents et, ceux-ci, du moins pour l'instant, ne voient pas ce qu'il convient de changer si ce n'est d'améliorer le cadre de travail et de «discipliner les usagers». Ne sommes-nous pas déjà dans un système en voie de dégradation par rapport à ce qui existait il y a quelques années à peine ? Un cercle vicieux ne s'est-il pas constitué dans des établissements fréquentés par les couches moyennes et défavorisées ?

Les usagers ne possèdent aucun élément de comparaison pour revendiquer une offre de soins de qualité. Or, le contre-pouvoir ne peut pas être construit par des hommes et des femmes passifs. On pourrait imaginer à contrario un cercle vertueux, où l'amélioration de la qualité modifierait sensiblement le recrutement dans le sens d'une plus grande mixité sociale. Cet apport d'usagers plus revendicatifs pourrait tirer vers le haut la qualité des prestations au profit de tous y compris des plus défavorisés, à condition toutefois que l'amélioration de la qualité des prestations ne passe pas par une augmentation inconsidérée des tarifs.

Deux approches complémentaires, qui peuvent être conduites de façon parallèle, sont envisageables pour modifier la situation actuelle :

- La première est la création d'une dynamique interne avec une large information sur la problématique de la qualité des soins dans les établissements de santé mais également aux différents échelons décisionnels. La réflexion devrait être poursuivie afin que la qualité des soins devienne un but, un résultat attendu des formations sanitaires.

Le démarrage récent à Abidjan des activités de supervision, avec la constitution d'une large équipe cadre du district et la formation de ses membres à la supervision et à l'évaluation par les pairs, s'inscrit dans cette dynamique.

La promotion du travail en équipe, la validation interne, au sein même des établissements, des outils d'amélioration de la qualité des soins doivent être la règle. Cependant il convient de faire savoir que le processus d'amélioration de la qualité des soins est sans fin, que l'atteinte de l'excellence est hypothétique puisqu'elle est elle-même en perpétuelle évolution. Dans cette marche ascendante vers cet objectif fuyant, le principe est de ne jamais redescendre de niveau quand un degré est franchi.

- La seconde est l'émergence de contre-pouvoirs au sein de la société civile. La promotion de la santé communautaire, l'appui à la création d'associations d'usagers, gestionnaires d'établissements sanitaires participant par convention au service public, ont, entre autres objectifs, celui de favoriser cette émergence.

La représentation communautaire, entre le personnel soignant et les bénéficiaires potentiels de ces établissements, peut servir de caisse de résonance pour amplifier les revendications des anonymes et stimuler ainsi les professionnels de la santé. Cet objectif n'est, pour l'instant, pas atteint, les contingences de la gestion quotidienne, mais également les enjeux de pouvoirs ne permettent pas à ces associations de jouer pleinement leur rôle. L'identification d'un médiateur, issu de la société civile, connu de tous, sans implication aucune dans la gestion de l'établissement et qui servirait d'interface entre l'établissement et les usagers, pourrait être une solution intéressante de développer.

Il est probable que d'autres approches peuvent être proposées. Mais à l'heure actuelle où la société est en profonde mutation, où la liberté de la presse, la démocratie, l'indépendance de la Justice, la citoyenneté sont des mots qui apparaissent dans le débat au sein de la cité, l'émergence de contre-pouvoirs externes sera peut être le levier le plus puissant pour faire à terme changer les choses si, à l'intérieur de leur «premier» cercle, les professionnels de la santé ne modifient pas, en toute conscience et pour l'instant sans contrainte, ni sanction, leur «savoir-être» et leur «savoir-faire».



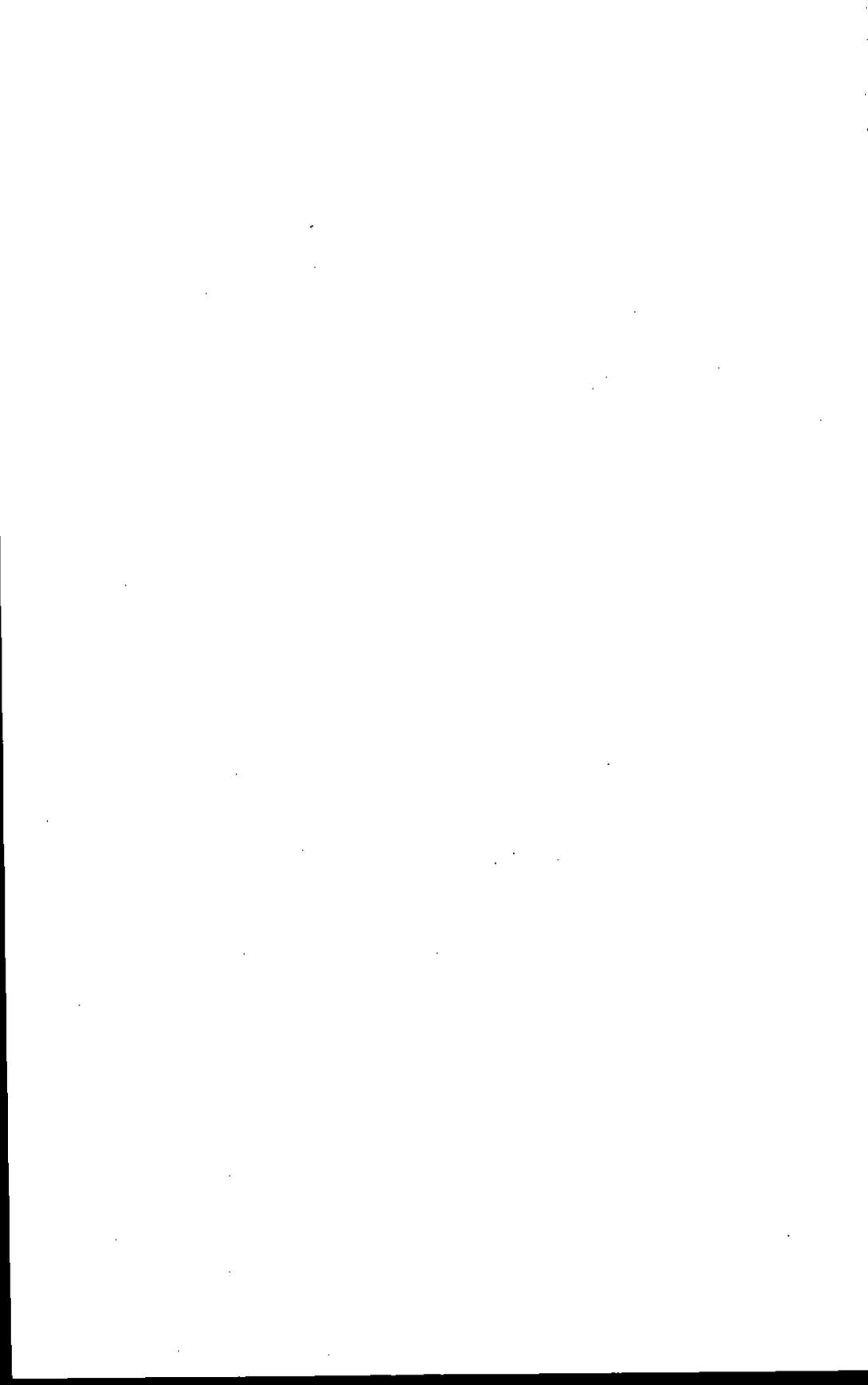


Deuxième Partie

Le séminaire de Dakar

© UNICEF / HC96-1400/ Giacomo Prozzi





I - L'ÉVÈNEMENT

Le séminaire sur le thème de "qualité et accès aux soins en milieu urbain" organisé par l'UNICEF, la Coopération française et la GTZ, s'est tenu à Dakar du 18 au 20 juin 2002. Il a réuni plus de 120 personnes, responsables politiques, techniciens du développement, chercheurs et bailleurs de fonds provenant de 22 pays, dont les caractéristiques figurent en annexes 2.

Il avait d'abord pour objectif de restituer les résultats de recherche du projet UNICEF/Coopération française, puis d'échanger avec d'autres familles d'acteurs des expériences d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins pour finalement tenter de définir les stratégies d'une phase opérationnelle qui s'impose.

Ce séminaire a comporté 4 sessions principales

La première session a consisté à introduire la problématique de la santé urbaine et à présenter les projets UNICEF/Coopération française et UE/GTZ.

Au cours de la seconde session, les résultats des études menées dans le cadre du projet Santé urbaine ont été présentés et discutés. Cette restitution a été organisée en trois volets : économique, qualité des soins et anthropologique.

La troisième session fut l'occasion de partager des expériences en matière d'amélioration de l'accès et de la qualité des soins, émanant non seulement du projet « Santé Urbaine » et de l'Action Concertée, mais également d'autres acteurs de développement.

Six sessions parallèles ont été organisées portant sur :

- l'amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé et celle de la qualité des soins offerts : accueil et prise en charge médicale ;
- la démocratie sanitaire et la participation communautaire ainsi que l'amélioration de l'information sanitaire en ville
- l'organisation du district sanitaire en milieu urbain et la levée des autres obstacles à l'accessibilité.

La quatrième et dernière session a fait l'objet de travaux de groupe qui ont abouti à la formulation de recommandations pour l'action, devant servir de base à l'élaboration de plans d'actions.

Les deux premières ayant été développées en première partie du livre, on mettra principalement l'accent sur les troisième et quatrième sessions.

Les participants au séminaire de Dakar ont finalement eu à connaître les résultats de près de 140 travaux dont les intitulés figurent en annexes 3.

La totalité de ces travaux a été gravée sur un disque CDRom qui a été remis à chaque séminariste avant son départ.

L'Action concertée: Améliorer la qualité et l'efficacité des réseaux de santé dans les zones urbaines

Pourquoi la santé urbaine? Parce que la moitié de la population du monde vit dans les villes (50% en 2000) et que les populations les plus pauvres se concentrent dans les grandes villes du sud. On sait que les conditions de santé dans les villes se dégradent et le coût social est de plus en plus lourd, d'autant qu'émergent de nouveaux problèmes: SIDA, Violence, Santé mentale

Le fossé se creuse entre riches et pauvres L'enjeu de la santé en ville renvoie à une compréhension large de la «santé»

L'Action concertée représente une nouvelle forme de collaboration dans le domaine de la recherche financée par la Commission Européenne (Direction générale de la recherche) elle devait impliquer au moins 3 partenaires du Nord et 3 partenaires du Sud pour une durée 4 ans.

Finalement, le réseau constitué liait vingt partenaires (soit plusieurs dizaines d'acteurs) de deux types :

Lisieux - PH Philippe	Lomé
Cornely - DSVCO	Port au Prince
Saint-Denis - St. Denis	Congo Kinshasa
Hamamelberg - Université	Port au Prince
Caix - Columbia	Kinshasa
Université de Nîmes	Guinée
CHC - Université	Saint-Denis
Université de Nîmes	Port au Prince

Au début de l'Action Concertée, les questions de fond pouvaient être résumées ainsi :

- Quels sont les acquis et les échecs des initiatives en santé urbaine et quels sont les modèles de « bonnes pratiques » à promouvoir ?
- Comment transformer les concepts en action et renforcer les réseaux locaux?

Un travail en réseau a été entrepris parce que les enjeux de la santé urbaine au Sud et au Nord sont similaires et que l'écoute des pratiques et les échanges favorisent l'éclosion de nouvelles approches et de nouvelles dynamiques.

Un intense et abondant travail d'une extrême diversité a été réalisé, comme en témoigne la lecture des annexes 3 ; l'accès aux soins et leur qualité en milieu urbain a très vite imposé d'explorer des champs sans lesquels toute hypothèse d'action future présentait des facteurs minorés de progrès. C'est ainsi que les questions de démocratie sanitaire, de participation communautaire, d'organisation des systèmes en terme de réponse de proximité (district sanitaire) mais aussi de solidarité et de prévoyance (mutualité) ont également fait l'objet d'investigations.

Bien qu'il soit difficile de porter un diagnostic débouchant à coup sur vers des solutions universelles, de tous ces travaux il est possible de dégager les lignes de force suivantes :

- il est impérieux de mettre les acteurs en réseau pour renforcer l'accès pour tous à des soins de qualité.
- de nouvelles formes de partenariat doivent être imaginées pour développer des environnements favorables.
- il ne saurait y avoir d'amélioration sans un renforcement de la participation des habitants à la prise en charge de leur santé dont de surcroît on connaît mal la demande
- les systèmes d'information de routine, souvent cloisonnés sont défaillants et ne sont pas couplés à la décision
- le manque d'informations sur les groupes les plus pauvres est notoire et pose de graves problèmes, peut être parce que la recherche a un rôle marginal
- les perspectives de solutions aux questions de santé du Sud ne peuvent qu'être confortées par un partenariat avec le Nord.

II - LES ÉCHANGES DU SÉMINAIRE ET LES ACCORDS SUR LES OBJECTIFS À ATTEINDRE

On a dit que les échanges avaient eu pour support autant l'exposé des résultats des travaux sur les trois volets du projet Santé Urbaine et ceux de l'Action Concertée que les communications faites par des chercheurs et des témoins venant du Sud et du Nord.

Les échanges aussi intenses que foisonnants ont mis en lumière des tendances lourdes, dans lesquelles, paradoxalement, les acteurs du Nord pourraient trouver des voies de solutions à leurs propres problèmes. On en indiquera ci-après les plus marquants.

• Sur les questions d'accessibilité financière

L'épineux problème de l'accessibilité financière aux soins n'est plus la préoccupation des seules autorités sanitaires et divers acteurs prennent une

place croissante dans les questions de financement. C'est vrai pour les municipalités qui, à Dakar comme dans d'autres capitales, sont désormais responsables des réponses aux besoins de santé de leurs administrés dans le cadre d'orientations politiques générales d'une nouvelle répartition des rôles entre l'Etat et des collectivités territoriales ; partout souffle le vent de la décentralisation, ce qui n'est pas toujours une ambition facile à mener puisque la déconcentration n'était souvent pas achevée.

Dans certains pays, dont le Mali fait figure de pionnier, la mutualité fait son entrée remarquée, avec un impact plus important que le seul financement de la demande : les responsables des mutuelles en viennent à se poser la légitime question du contenu des actes à rembourser ce qui les conduit à engager un dialogue sur la qualité des soins avec les prestataires.

Parfois des mécanismes originaux sont mis en oeuvre, à l'instar de centres de santé en Mauritanie qui lissent sur tous les « consommateurs » le coût des risques pour la minorité des mamans présentant des grossesses difficiles.

• Sur les questions de qualité des soins

Evidemment les échanges les plus fructueux se sont exprimés sur le fait que la qualité n'est pas un jugement de valeur, mais le point terminal de mesures qui peuvent être aussi rigoureuses et expliquées que celles utilisées dans un processus de production industriel

Sans mésestimer le « nerf de la guerre », il s'est dégagé un consensus sur la conviction que de gros progrès pouvaient être accomplis sans que cela coûte plus cher aux systèmes de santé et aux patients ; c'est vrai pour la prescription du « bon médicament », comme pour la considération à accorder au malade.

C'est dans l'offre publique de soins que les efforts devront être les plus intenses car les citoyens ayant, par la force des choses, admis que la santé gratuite ne pouvait plus être atteinte adoptent des attitudes de consommateurs : ce que je paie doit avoir une consistance. Le développement de l'offre privée de soins – dans laquelle on trouve le meilleur et parfois le pire – constitue pour les citoyens une alternative et donc un aiguillon pour les centres de santé publics.

L'amélioration de la qualité est autant l'affaire des professionnels dans leurs gestes quotidiens, quand ce n'est pas le respect ou le retour à l'éthique du métier, que des responsables de l'administration sanitaire qu'elle soit déconcentrée ou décentralisée.

• Sur des aspects généralement peu abordés

Qu'il s'agisse de la considération à accorder aux difficiles problèmes de la Santé mentale ou de la spécificité des soins à apporter aux personnes âgées, quelques acteurs (ex Zaïre, Sénégal) sont venus rappeler que la santé urbaine ne pouvait être circonscrite à la prise en charge des mères et des enfants.

• Sur les questions de démocratie sanitaire

L'épanouissement d'un système de fonctionnement des sociétés sur le concept de démocratie a des prolongements dans des univers particuliers dont celui de la santé. Les échanges sur la démocratie sanitaire ont mis en exergue les aspirations des citoyens et leurs limites en particulier dans les rapports avec ceux qui sont détenteurs du pouvoir médical. La question de la prise en charge des malades du Sida a aussi montré l'immixtion de nouveaux acteurs, les ONG de toutes tailles et obédiences, qui se caractérisent par un accroissement de compétence et s'interfaçent entre le malade et le pouvoir sanitaire.

Mais l'essentiel des échanges sur les divers volets de ce concept de démocratie sanitaire a été concentré sur celui de la gestion des appareils de production de diagnostics et de soins.

L'offre de soins communautaire, en particulier au Mali et en Côte d'Ivoire dont chacun s'est accordé à ne pas sacraliser la formule représente néanmoins une avancée majeure que certains citoyens des pays du Nord aimeraient avoir à leur portée. Le dialogue sur le terme de communautaire qui revêt en Afrique une valeur presque mythique a bien cerné des ambiguïtés exacerbées par la recomposition des groupes humains engendrée par l'urbanisation.

Ces centres de santé communautaire, que certains appelleraient plus volontiers associatifs, constituent une synthèse prometteuse des impératifs élémentaires de la gestion économique avec ceux de conduite d'action de santé publique ; cependant la représentativité des dirigeants de ces centres et leur alternance au pouvoir rappellent que dans toute organisation humaine la réalité emprunte souvent des chemins de traverse.

• Sur les questions de solidarité

Au-delà des considérations morales, les participants en admettant la nécessité que l'accès aux soins soit possible pour les plus pauvres ont échangé sur deux questions dont le contour est analogue dans tous les pays : la faiblesse des mécanismes de prise en charge des personnes les plus démunies, ce qui pose la problématique de la définition de cette catégorie de citoyens.

Un examen attentif des comptes des centres de santé ou des dossiers des politiques sociales des municipalités révèle que les crédits, pourtant modestes, prévus pour prendre financièrement en charge les coûts de santé de ceux appelés les plus pauvres ou démunis ne sont pas intégralement consommés.

Personne ne s'autorise cependant à affirmer que cette non-consommation des crédits est imputable à l'absence de pauvres puisqu'on sait d'une part avec les indicateurs macro-économiques et d'autre part avec les enquêtes en population qu'une proportion importante de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

On a appris que l'exclusion est un processus dans lequel les individus sont conduits à s'enfermer eux-mêmes ; cependant les échanges ont acté de la difficulté pour les personnels sanitaires mais aussi pour les personnels sociaux des structures de santé ou des collectivités territoriales de détecter à temps et

à juste titre qui est impécunieux c'est à dire ne peut espérer sur la solidarité familiale ou de voisinage, temporairement ou de manière stable.

L'intérêt de s'appuyer sur l'avis des communautés a été souligné sans en méconnaître les limites voire les dérives.

II.2. LES ACCORDS SUR LES OBJECTIFS A ATTEINDRE

Aussi bien à l'occasion des relations d'observations dans le cadre de l'Action Concertée qu'à l'issue de la phase de recherche du projet UNICEF/Coopération française, les participants au séminaire ont abouti au double constat établissant l'existence de :

- difficultés d'accès financier aux soins modernes pour les plus pauvres ;
- problèmes de qualité des soins, tant techniques que relationnels.

Pour faire face aux défis qui vont peser de plus en plus sur les systèmes de santé urbaine, six pistes stratégiques ont été proposées :

- La mise en place de mécanismes spécifiques de prise en charge financière pour les plus démunis ;

- La réduction du coût de la facture médicamenteuse par l'amélioration de la disponibilité des génériques;

- L'amélioration de la qualité relationnelle des soins en replaçant le patient au centre du processus thérapeutique, et ce par un processus d'auto-évaluation, de meilleur management, de pressions extérieures, etc ;

- La promotion d'une démocratie sanitaire et d'une participation accrue des populations afin qu'elles deviennent des forces de proposition et de défense du droit des patients ;

- La mise en place d'un système d'informations sanitaires permettant de disposer d'informations pertinentes sur la santé urbaine ;

- Le renforcement du district sanitaire en milieu urbain.

Elles ont été illustrées par une série d'expériences dont ont été tirées des recommandations pour l'action.

II.2.1. L'AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Des expériences de mise en place de modalités de paiement visant à alléger et à maîtriser le coût des soins ont été débattues, ainsi en a-t-il été du prépaiement avec la création d'un forfait obstétrical à Nouakchott, et de la mutualisation des risques. Toujours dans l'optique de la réduction des coûts, la création de Formations Sanitaires Urbaines à base Communautaire (FSU-Com) à Abidjan, comme alternative à l'offre publique de soins a été examinée.

Une seconde voie d'action envisagée a été la possibilité d'accroître l'accessibilité des médicaments génériques qui participe à la réduction du coût global d'un épisode morbide. Cela concerne autant la prescription par des incitations auprès des prescripteurs, que la vente, par sensibilisation des pharmaciens ou l'achat, par la multiplication des points de vente dans les quartiers populaires.

Mais tout cela reste insuffisant pour les cas nécessitant une exemption. Il faut donc imaginer des mécanismes spécifiques de prise en charge financière et, particulièrement dans le cadre de la décentralisation, responsabiliser les collectivités locales. Deux expériences réalisées à Yopougon (Côte d'Ivoire) et Dakar ont été présentées.

II.2.2. L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES PRESTATIONS DE DIAGNOSTIC ET DE SOINS

Trois options stratégiques ont été retenues et illustrées. Dans un premier temps, ont été envisagées le recours à des pressions internes au centre de santé, sur le personnel, afin d'amener celui-ci à modifier son comportement. Une réflexion a été engagée à cet effet sur le management et sur la mise en place de contrats de performance en milieu urbain.

Il a également été envisagé de recourir, parallèlement, à des pressions externes sur le personnel soignant, par l'intervention accrue des communautés, directement, ou par des intermédiaires tels que les comités de gestion ou les organismes de tiers payant. Et ce au nom d'une exigence de qualité des soins.

Enfin, a été abordée l'opportunité de la création d'espaces de réflexion sur leurs pratiques pour les professionnels, sous forme de supervision facilitante, d'auto-évaluation, de création de réseaux de pairs, etc.

II.2.3. LE DÉVELOPPEMENT DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE ET DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE.

Le développement d'un véritable dialogue entre les différents acteurs de santé est une condition essentielle de changements en matière d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins.

Ont été présentées d'une part, des expériences de création d'espaces de rencontre entre communautés, institutionnels et professionnels, en Guinée, en RDC (ex Zaïre) et en Afrique du Sud ; et, d'autre part, des initiatives d'appui aux communautés afin qu'elles puissent s'organiser et jouer un rôle dans la défense de leurs intérêts en santé.

II.2.4. L'ORGANISATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ VIA LE DISTRICT SANITAIRE

La pertinence et l'adaptation au milieu urbain du modèle du district sanitaire ont été discutées. Dans un premier temps, les contraintes et spécificités de la ville ont été étudiées ; dans un second temps, l'application concrète de ce modèle à Bamako et Niamey a été examinée.

II.2.5. LA LEVÉE DES AUTRES OBSTACLES

Des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins, autres que la qualité des services et l'accessibilité financière, ont été présentés en introduction, à savoir les obstacles géographiques, organisationnels, socioculturels et institutionnels. Une réflexion sur la globalité des soins et ses modalités d'application a ensuite été conduite, suivie de deux présentations d'expériences, menées en RDC et au Niger, sur la levée des obstacles organisationnels, et socioculturels entre soignants et patients.

II.2.6. L'AMÉLIORATION DE L'INFORMATION SANITAIRE

Pour la compréhension des contextes urbains, un des enjeux principaux est la possession d'une vision globale de la situation sanitaire. Une première réflexion sur la construction d'un indice de pauvreté permettant de mieux cibler les actions en faveur des pauvres a été présentée, suivie d'un examen des difficultés de recueil d'opinion des usagers. Enfin, l'expérience de l'Observatoire de la santé à Conakry a été discutée.

C'est à partir de ces réflexions qu'ont été élaborées des recommandations qui serviront de base à des plans d'actions urbains.



Un accord s'est unanimement fait sur les constats et les Pistes d'action à entreprendre.

II.3.1. LES CONSTATS

La froideur des chiffres sur lesquels il n'y a pas de contestation constitue le plus sur sûr, mais triste, diagnostic.

Résumons-les.

- En 2020 : au sud du Sahara, plus d'un habitant sur deux vitra en ville.
- La croissance démographique de 5.2% par an entraînera une baisse du PIB de 0.66%.
- Deux habitants sur 3 vivent dans un habitat précaire.
- Plus de 1 habitant sur 3 dispose de moins de 2\$ par jour pour vivre.

- Les réseaux d'entraide traditionnelle sont et deviennent plus faibles.
- Les pauvres ont des risques sanitaires élevés, ce qui rejaillit sur l'ensemble de la population.
- Sont appelés pauvres ceux qui ne disposent que de 0,7 à 1 dollar par jour et extrêmement pauvres ceux en dessous de cette fourchette (soit en moyenne respectivement 10.000 et moins de 5.000 F CFA par mois).
- L'absence de mécanismes formalisés de prise en charge des plus démunis les fragilise encore plus.

Sur 10 individus malades :

- Un seul ne recourt à aucun soin, souvent pour des raisons financières.
- Un malade se dirige vers la médecine traditionnelle quand 8 ont recours à la médecine moderne.

Le coût moyen d'un épisode morbide varie de 5.500 à 16.800 F CFA.

Une hausse de 10 % du prix des soins entraîne une chute de 7% de la demande pour les pauvres.

Les médicaments pèsent de 47% à 70% des dépenses et l'approvisionnement au niveau des pharmacies par-terre reste important..

Les tendances à la banalisation de la maladie, SAUF pour les enfants et au recours à l'automédication entraînent un retard dans le recours aux formations sanitaires ce qui débouche sur un risque d'aggravation de l'état de santé.

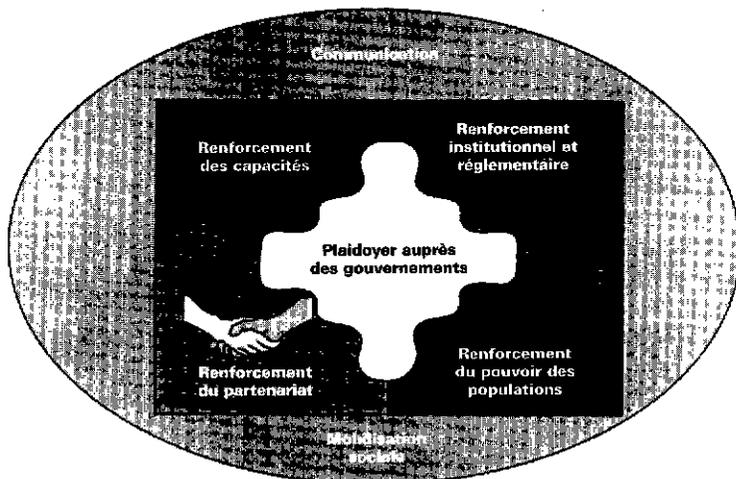
S'avèrent en conséquence nécessaires :

- La prise de conscience du problème, elle est acquise pour l'Unicef et ses partenaires.
- La mise en place de mécanismes de solidarité pour protéger les plus pauvres.
- L'instauration de mécanismes d'amélioration de la qualité des soins.

II.3.2. LES PISTES D'ACTION A L'ISSUE DU SEMINAIRE

Que faire ?

LES STRATEGIES PROPOSEES



Les conclusions et recommandations que les différents acteurs se sont engagés à promouvoir tiennent en quelques énoncés simples et réalistes ; ils sont indiqués ci-après dans leur formulation originelle.

- **Impliquer de façon accrue des collectivités locales au financement de la santé des plus démunis.**
- **Mettre en place des mécanismes de réduction du coût des médicaments.**
- **Mettre en place des mécanismes de subventions et de prépaiement.**
- **Réviser les attributions des Directions Régionales et Distritales de la santé.**
- **Adopter des textes réglementaires sur la substitution et le déconditionnement des médicaments.**
- **Réglementer le secteur privé de l'offre de soins.**
- **Pousser à l'auto réglementation dans le secteur privé.**

- **Formaliser la référence des malades par niveau de soins en milieu urbain.**
- **Revitaliser les formations sanitaires de niveau primaire.**
- **Créer un fonds pour la promotion des initiatives locales.**
- **Réviser les normes et guides de pratiques cliniques.**
- **Favoriser l'auto-évaluation et l'approche de résolution des problèmes.**
- **Former sur site des professionnels de santé.**
- **Monitorer les pratiques cliniques dans les formations sanitaires.**
- **Intégrer le monitoring des pratiques cliniques dans les SNIS.**
- **Promouvoir la supervision facilitante.**
- **Conduire des campagnes de sensibilisation pour la promotion des MEG.**
- **Impliquer les communautés aux processus d'auto évaluation et d'approche de résolution des problèmes.**

Selon les pays et les contextes, le plaidoyer pour la mise en œuvre des recommandations sera formulé en direction des Centres de santé, des Collectivités locales, de l'Etat et vraisemblablement vers les trois catégories d'acteurs.

Conclusion

Les « penseurs du développement » autant que les responsables nationaux des questions de santé en Afrique continueront à opposer des théories expliquant les causes et les conséquences sur les insuffisants progrès de l'état de santé des populations et, partant, à promouvoir des politiques et des stratégies.

Il semble qu'une vieille querelle soit aujourd'hui dépassée : la priorité à accorder aux questions de santé en milieu rural ou urbain ; si les efforts ne peuvent être concentrés sur l'un au détriment de l'autre, il est acquis que la ville en tant que berceau d'évolutions présente des enjeux nouveaux et que des actions spécifiques doivent y être menées.

Les moyens humains et financiers qu'il faut absolument affecter à la santé des populations ne seront pas, avant longtemps, suffisants pour entraîner des bouleversements significatifs.

Ce livre nous confirme que l'Afrique avance plus vite que ne le laissent supposer les images dramatiques offerte au grand public : on ose aujourd'hui observer, analyser, comprendre et dire.

La lucidité de tous, cadres africains en premier lieu, sur la brûlante question des facteurs d'exclusion aux soins est certainement le gage le plus prometteur des indispensables changements à accomplir pour une plus grande équité dans la jouissance du droit à la santé.



Annexes

Annexe 1 :	201
<i>Liste des principales personnes et structures nationales ayant œuvré directement à l'obtention et à la mise en forme des résultats de l'étude Equité</i>	
Annexe 2-1 :	203
<i>Participants par pays et institutions au Colloque de juin 2002 à Dakar</i>	
Annexe 2-2 :	204
<i>Les métiers des participants par pays au Colloque de juin 2002 à Dakar</i>	
Annexe 3-1 :	205
<i>Ventilation des Communications et dossiers présentés au Colloque de Dakar en juin 2002</i>	
Annexe 3-2 :	206
<i>Enoncé des Communications et dossiers présentés au Colloque de Dakar en juin 2002</i>	
Liste des sigles utilisés	216