

L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest

Didier Gobbers

Ingénieur-conseil en organisation,
ingénierie du développement,
membre de l'Association
des professionnels de santé en
coopération

Depuis de nombreuses années, on estime que l'accès aux soins dans les villes africaines est limité par des considérations économiques. Des travaux récents établissent que l'exclusion des usagers est avant tout imputable à la qualité offerte par les structures de santé.

A lors 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, la seconde associant celles liées aux divers aspects de l'économie de la santé.

De la qualité, en général

Ce qui est plus récent¹, 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 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 (Donabédian

1. On se reportera à l'histoire de la révolution industrielle, mais il faut souligner que c'est après le second conflit mondial que sous divers vocables (l'assurance-qualité, la gestion de la qualité... le zéro défaut, les cercles de qualité...) le monde de l'industrie puis celui des activités tertiaires combinent des théories organisationnelles (dont l'analyse de la valeur) pour améliorer la productivité en augmentant une offre de biens et de services dont les prix de cession doivent être attractifs pour l'utilisateur tout en majorant les profits des producteurs.

De nombreux auteurs théoriciens ou praticiens de l'organisation, tant anglo-saxons qu'européens et français, se sont attachés depuis la fin des années soixante à convaincre que la non-qualité a un coût.

dans les années soixante-dix...) 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 problématique de l'équité dans l'accès aux soins

Dans presque tous les États africains, l'initiative dite de Bamako (dont les soins de santé primaires constituent le fer de lance) a parfois suscité de très fortes réactions depuis son lancement en 1987, notamment en ce qui concerne la possible exclusion économique d'une certaine tranche de la population du fait de la tarification et de l'instauration du recouvrement des coûts des soins auprès des usagers.

C'est pourquoi à l'issue du colloque international « Santé en capitales », tenu en février 1996 à Abidjan sur le thème de la santé en milieu urbain, l'Unicef et la Coopération française ont convenu d'un programme de recherche-action sur la question de l'équité dans l'accès aux soins.

Ce programme qui concerne les capitales de cinq pays africains² — Côte d'Ivoire,

2. Si la monnaie est commune (le franc CFA qui équivaut à 0,01 FF), leurs caractéristiques sont assez différentes en raison notamment du nombre d'habitants des capitales : Abidjan 3 150 000, Bamako 1 070 000, Conakry 1 100 000, Dakar 2 010 000 et Niamey 575 000.

Guinée, Mali, Niger et Sénégal — a été organisé en trois volets : socio-économique, socio-anthropologique et santé publique (autrement nommé qualité des soins). Il s'est déroulé entre 1998 et 2000 et les résultats sont aujourd'hui disponibles dans les cinq capitales. Un processus de restitution a été mis en place³ à Abidjan Bamako, Conakry, Dakar et Niamey ; il pourrait déboucher sur une seconde phase (l'action), à laquelle l'Unicef et la Coopération française devraient apporter leur soutien.

Pour des considérations de lisibilité, le présent article ne traitera de manière concrète — c'est-à-dire avec des chiffres servant de jalons — que des résultats de cette triple démarche rendus publics en Côte d'Ivoire, sachant que, à quelques nuances près, les constats sont analogues dans les cinq capitales.

Pour les équipes dirigeantes en charge des politiques de santé publique, le concept de qualité des soins n'est pas neuf, mais il avait rejoint des priorités secondaires depuis quelques années sous la contrainte des dépressions économiques.

Le volet socio-économique de l'équité dans l'accès aux soins

L'étude socio-économique⁴ fournit des éléments de réponse à la polémique sur l'exclusion des soins pour des motifs économiques. L'objectif était d'identifier les facteurs déterminants de l'utilisation, et ceux prédisposant à l'exclusion, en formalisant les relations entre les variables de fréquentation, puis en déterminant le rôle spécifique du prix dans l'exclusion des malades les plus démunis.

La médiane des revenus des démunis a été placée à 108 800 FCFA par personne et par an selon leurs dépenses globales indiquées lors de l'enquête.

52 % des malades de l'étude déclarent avoir utilisé les soins modernes en premier recours. Les démunis ont eu significativement moins souvent recours à des soins modernes que les personnes les plus aisées (54 % vs 67,7 %).

3. Auprès de trois familles d'acteurs : les directeurs du niveau central du ministère de la Santé publique, les directeurs régionaux et départementaux de la Santé ainsi que les équipes cadres des districts sanitaires concernés et enfin auprès des personnels des structures sanitaires sites des études.

4. Menée en 1998 par H. Perrin, doctorante de l'université de Clermont Ferrand, sous la supervision du Pr Brunet-Jailly de l'IRD.

La méthodologie : étude socio-économique

Une première analyse des données a abouti en juillet 1999 au rapport final, « Etude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé », complété par de nouveaux résultats portant sur les déterminants et les élasticités « prix des soins » présentés lors de la troisième réunion annuelle « Equité-santé urbaine » en novembre 2000 à Bamako.

Les données proviennent d'un échantillon de 4 321 ménages, représentatifs de l'ensemble de la ville d'Abidjan, parmi lesquels 1 906 ménages comportaient des personnes ayant été malades, ou des femmes enceintes ou ayant accouché dans les deux mois précédant l'enquête.

Ces 1 906 ménages ont répondu à une « interview » approfondie, ciblée sur l'itinéraire thérapeutique, et les déterminants du choix des structures de soins.

Les personnes démunies (par convention le groupe représentant le quintile inférieur de la distribution des revenus des ménages) constituent le groupe d'intérêt privilégié de cette étude. Comme dans de nombreux travaux de ce genre, le revenu du ménage est estimé

à partir des sommes constituant les dépenses annuelles par tête exprimées lors de l'enquête.

La demande de soins de santé moderne est classiquement influencée par des variables caractéristiques de l'offre (le coût global du recours, le temps d'attente, la distance du domicile au centre de santé, l'accueil) et par des variables caractéristiques de l'individu ou du ménage du malade (le niveau d'éducation, le sexe, l'âge, le bénéfice d'une couverture sociale : assurance ou mutuelle de santé, la perception de la gravité de la maladie et l'ethnie). L'influence de ces deux types de déterminants éventuels a été étudiée.

L'offre de soins de santé moderne a été catégorisée de la façon suivante : l'automédication, l'offre privée de soins spécialisés ou non, l'offre publique de soins spécialisés ou non et les formations sanitaires urbaines à base communautaire (FSU-Com)*.

* Structures sanitaires de premier niveau de statut privé à but non lucratif, gérées par des associations d'usagers, participant, par convention, au service public (formule initiée par le Projet santé Abidjan, coopération française).

On ne peut cependant rien dire de l'état de santé comparé des deux groupes (tableau 1).

Le coût global du recours a été calculé en additionnant le prix payé pour la consultation, les soins infirmiers, les examens et les médicaments.

D'après le tableau 2, ce coût est le plus faible dans les FSU-Com malgré l'obligation pour ces structures de couvrir l'ensemble

de leurs frais de fonctionnement par le recouvrement des coûts. Dans les structures publiques non spécialisées (les FSU) qui fonctionnent sur le budget de l'État, le coût global médian d'un recours est plus élevé que dans les structures privées non spécialisées et les FSU-Com (tableau 2).

Il existe un effet significatif du prix global du recours sur l'utilisation des soins modernes, mais également d'autres

tableau 1

Moyenne des dépenses annuelles (en FCFA) par tête, en 1998

Quintiles	Limite supérieure des dépenses annuelles	Limite inférieure des dépenses annuelles	Médiane	Moyenne
1 Les démunis	141 380	31 714	108 800	104 600
2 2 ^e quintile	203 750	138 933	165 500	165 300
3 3 ^e quintile	288 900	190 750	223 750	223 900
4 4 ^e quintile	450 166	264 985	318 000	323 700
5 Les très riches	8 090 000	402 208	606 700	810 900

tableau 2

Prix médians des dépenses de santé selon le prestataire, soins ambulatoires (1998)

Type de soins*	Les prix médians			Moyenne	Écart type
	Ensemble	Actes médicaux	Médicaments		
Privé spécialisé	12 000		8 200	20 655	29 680
Public spécialisé	9 795		8 595	8 930	10 750
Public non spécialisé	6 300	500	6 000	18 835	45 575
Privé non spécialisé	6 000	1 000	5 295	11 805	26 520
FSU Com	3 950	800	3 180	6 270	5 240

* consultation + soins infirmiers + examens laboratoire + médicaments en FCFA

variables : l'accueil, la perception de la gravité de la maladie, le bénéfice d'une couverture sociale, le temps d'attente, l'âge (inférieur à 5, supérieur à 45 ans), ainsi que la distance très élevée entre le domicile et l'unité de soins.

De plus, il existait une interaction significative entre le prix payé et le niveau économique suggérant une augmentation de l'importance du prix pour les ménages les plus pauvres dans leur choix de fréquenter un établissement de soins modernes.

La sensibilité de la demande à certains facteurs comme le prix et le temps d'attente est qualifiée selon son « élasticité ». Il s'agit du pourcentage de changement du facteur étudié par rapport au pourcentage de changement de la demande pour le produit (dans notre cas, soins de santé moderne).

Les élasticités concernant le prix et le temps d'attente ont été calculées en fonction du niveau socio-économique (pour chaque quintile de la distribution de dépenses globales) ; celles calculées relatives au prix⁵ sont inférieures à 1 en valeur absolue, quel que soit le type de structure. Ce résultat suggère donc que l'utilisation d'une structure moderne de soins est inélastique aux prix du recours.

Néanmoins, les pauvres sont plus sensibles à tout changement de prix (tableau 1). Cette différence de sensibilité au prix est observable, bien que peu marquée, entre le premier quintile

(les pauvres) et le cinquième quintile (les riches).

Malgré ce constat, la demande générale pour les soins est moins sensible que ce qui pourrait être attendu (on prétend souvent que la demande de soins est très sensible au prix, ce qui impliquerait une élasticité supérieure à 1 en valeur absolue). La baisse de consommation varierait de 1,3 % à 4,4 % selon les quintiles d'usagers, les structures sanitaires fréquentées et les prestations dispensées.

L'élasticité-temps (concernant la sensibilité de la demande en fonction du temps d'attente) est également inférieure à 1 et de plus assez faible.

Qualité et prix déterminent la demande de soins

Sur 100 individus interrogés, 19 ont déclaré avoir eu au moins une maladie et 1,6 % des femmes en âge de procréer ont accouché dans les deux mois précédant l'enquête.

Les malades appartenant au groupe des démunis (premier quintile, correspondant à des dépenses annuelles inférieures à 141 000 FCFA par personne) ont eu proportionnellement moins recours aux soins de santé modernes 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 leur itinéraire thérapeutique, contre 40,1 % dans le 3^e quintile et 31,7 % dans le cinquième (les riches, correspondant à des dépenses annuelles supérieures à 450 000 FCFA par personne).

Ce phénomène s'accroît lorsque la gravité perçue de la maladie augmente : 33,7 % des malades démunis considérant leur maladie comme grave ou très grave

n'ont pas eu recours à des soins modernes alors que cette proportion varie de 16,3 % à 24,4 % dans les autres quintiles.

La répartition des types de soins choisis diffère selon le niveau de vie. Pour le premier recours, seules les différences de proportion entre les quintiles extrêmes sont significatives. Les démunis recourent davantage à l'automédication que les plus riches, ils ont moins recours aux soins publics spécialisés et privés et se tournent davantage vers les soins publics non spécialisés, les FSU-Com et les guérisseurs.

Le lieu de consultation choisi est en majorité situé hors du quartier mais cependant dans la commune du domicile, quel que soit le niveau de revenu. Par contre, les malades du dernier quintile vont plus consulter dans des établissements éloignés. Quel que soit le type de centre de santé, la majorité des malades (plus de 75 %) se déclarent satisfaits de l'accueil, de la propreté et de la compétence du personnel. La perception de la qualité varie selon le type de centre choisi.

La probabilité calculée qu'un individu choisisse, au premier recours, un certain type de soins montre que toute augmentation de prix entraîne une réduction de la demande, quel que soit le type de soins et le quintile considéré.

De même, une hausse du temps d'attente diminue la probabilité de recourir aux soins. L'impact de la distance est aussi négatif. Au nombre des variables de qualité perçue, l'accueil semble être déterminant. Parmi les caractéristiques individuelles, la gravité de la maladie ressentie par le patient semble jouer un rôle dans le choix entre la médecine moderne et l'automédication : plus la gravité perçue augmente et plus les malades s'adressent aux centres de soins modernes.

Les élasticités mesurent la variation en pourcentage de la demande qui résulte d'une augmentation du prix. Celles-ci sont relativement faibles quels que soient les types de soins et les quintiles considérés (lorsque le prix des actes médicaux augmente de 10 %, l'utilisation des services correspondants diminue d'environ 4 %). La sensibilité de la demande au « temps d'attente » est analogue et du même ordre de grandeur. Le groupe des démunis ne présente pas de spécificité par rapport aux autres groupes.

La sensibilité de la demande de soins

5. Rapport de l'augmentation, en pourcentage, de la probabilité de recourir à des soins modernes sur l'augmentation, en pourcentage, du prix de ces soins. Quand l'élasticité prix est égale à 1 en valeur absolue, une augmentation de 10 % du prix engendre une baisse de fréquentation de 10 %. Quand ce rapport est inférieur à 1, la demande est dite inélastique.

modernes à une variation de prix apparaît indépendante du niveau de vie. Les démunis ne sont donc pas plus exclus du système de santé du fait de la tarification des actes : la qualité ressort, à côté du prix, comme une variable déterminante dans la demande de soins.

Finalement, ces travaux confirment ce qui était connu de quelques spécialistes⁷.

Si certaines actions peuvent être envisagées, telles que l'amélioration de l'accueil, une meilleure couverture sociale (instauration de l'assurance maladie), une diminution du prix du recours serait évidemment de nature à garantir un meilleur accès aux soins ; en particulier grâce à la délivrance de médicaments essentiels génériques (MEG) dans toutes les pharmacies d'établissements⁸.

Le volet socio-anthropologique de l'équité dans l'accès aux soins

L'étude⁹ a été conduite sur deux axes :

- le premier, sur la non-fréquentation ou la sous-fréquentation des services de santé urbains vise à identifier pourquoi un certain nombre de familles des quartiers populaires semblent exclues de l'accès régulier aux soins de santé. Des entretiens approfondis ont été menés pour tenter de cerner les raisons de cette non-fréquentation ou sous-fréquentation, et les itinéraires thérapeutiques alternatifs suivis...

- le deuxième, sur les interactions entre populations et services de santé sur différents sites sanitaires urbains, explore s'il n'y aurait pas (dans le fonctionnement

7. Dardanoni et Wagstraff, cités à la page 1 335 du *Dictionnaire d'Éthique* : « Un modèle économétrique a montré l'influence de l'ambiguïté sur le comportement des patients. Si l'ambiguïté porte sur l'incidence d'une maladie et que cette ambiguïté augmente, la demande de soins des sujets suivra l'accroissement de l'ambiguïté des connaissances et pas seulement celle de l'incidence ; par contre, si l'ambiguïté porte sur l'efficacité des soins médicaux, la consommation médicale dépendra du niveau socio-économique des individus ; ceux qui auront des revenus suffisants augmenteront leur consommation de soins médicaux pour diluer le risque, quand les plus pauvres s'abstiendront de recourir à un service dont les résultats sont peu assurés. »

8. Une étude sur la prescription-dispensation des médicaments a montré en 1998 que les prescripteurs des centres publics de santé ne rédigeaient leur ordonnance avec des MEG que dans 25 % des cas, alors que la politique officielle les invite à le faire massivement.

9. Menée par Mariatou Kone, socio-anthropologue de l'Université d'Abidjan, sous la supervision du Pr J.-P. Olivier de Sardan.

La méthodologie : étude socio-anthropologique

L'étude socio-anthropologique a été menée de juin à décembre 1999, indépendamment des volets socio-économique et de la qualité des soins. Elle a été réalisée avant le volet qualité des soins, mais après le volet socio-économique.

Les entretiens ont eu lieu en « français ivoirien », ou en malinké et baoulé pour les enquêtés parlant ces langues.

Elle a démarré par une enquête collective qui a eu lieu en juin 1999 et

s'est poursuivie de juin à octobre 1999 au moyen d'une enquête dans trois structures de santé et s'est achevée par l'enquête dans les familles (hors FSU) d'octobre à décembre 1999. Elle a porté sur environ 30 familles par commune.

Les sites ont été choisis en raison de leurs particularités : disposant à la fois d'une maternité et d'un dispensaire et installés dans des quartiers « populaires », fortement autonomes.

même des services de santé et dans leurs rapports aux populations) des facteurs qui favorisent l'inéquité dans l'accès aux soins. Il s'intéresse aux interactions entre offres et demandes de soins telles qu'elles s'opèrent dans les services de santé en partant de l'hypothèse que les dysfonctionnements, les insatisfactions, les incompréhensions ou les malentendus relevés ont une influence directe sur la qualité ressentie des soins, et par conséquent sur la fréquentation des services et l'accès aux soins.

Si on devait résumer en une phrase le sentiment des usagers, il faudrait écrire qu'ils considèrent les FSU comme un univers violent, « répulsif », humiliant et inhospitalier, un espace hostile à domestiquer. Les anthropologues étayaient ce sentiment très négatif avec les observations suivantes, qui sont le fruit du croisement des deux enquêtes auprès des usagers et des soignants.

- **La quête de soins** conduit les malades et leurs familles vers :

- des itinéraires thérapeutiques variés déterminés certes par le degré de gravité de la maladie, mais aussi par le statut socio-économique et le niveau scolaire,

- une place de choix pour les « cliniques » (infirmières privées) dans les recours aux soins modernes¹⁰, et pour les pharmacies par terre...

- l'automédication est le premier recours, que ce soit avec des médicaments dits traditionnels ou modernes ;

- la quête du médicament : le bon médi-

cament, le médicament facile d'accès et le médicament disponible ; ce qui est important, c'est la quête du bon médicament. Et les soignés jugent les soignants en fonction du médicament prescrit, mais aussi dans la structure, en fonction de l'attitude du prescripteur¹¹.

On peut retenir que les recours pour la quête des soins sont multiples et ne sont pas toujours exclusifs.

- **Les formations sanitaires urbaines publiques (FSU)** ne sont pas le premier recours car on les considère comme inaccessibles pour plusieurs raisons, parmi lesquelles :

- les attitudes et comportements des personnels des FSU ne sont pas appréciés par les usagers. On peut citer entre autres le non-respect des heures d'ouverture et de fermeture, les mauvais accueil, l'absence de sociabilité, le manque de respect ou l'impolitesse, l'absence de communication, la lenteur dans l'exécution des tâches ;

- les patients insistent aussi sur le regard (ils disent « quand je vais on ne me regarde pas »), la façon dont les soignants les traitent (exécrable réputation des sages-femmes par exemple) : « on crie sur les gens », ou encore « on ne m'a pas salué », « on n'a pas répondu à ma salutation », etc. ;

- le manque de sanction, l'impunité des personnels des FSU. Selon les usagers, trop de comportements négatifs des

11. On estime par exemple que le médicament est bon lorsque le médecin prescrit spontanément (c'est le signe qu'il connaît bien les médicaments). Par contre, on a des doutes lorsque le médecin consulte le Vidal avant de prescrire ou bien lorsqu'il donne l'impression de réfléchir.

agents des FSU restent impunis, ce qui les encouragerait à persévérer dans leur « mauvais comportement » ; « même la boîte à plaintes ou boîte à suggestions ne sert que de décor », on ne tient pas compte de son contenu ;

- la prise en charge des indigents : inexistante ou faible, et selon des critères non clarifiés et non connus de tous ;

- la variabilité des tarifs affichés ou réellement payés : « on n'est jamais sûr de ce qu'on va dépenser quand on va dans une FSU » ;

- les malentendus, conflits et incompréhensions entre soignants et soignés qui gravitent autour de l'attente, des notions de la gravité et de l'urgence, de l'hygiène, du « contexte »¹².

Les rumeurs contribuent largement à véhiculer les images stéréotypées et à freiner l'accès aux FSU : sans les fréquenter, on est informé de ce qui s'y passe.

- **Les stratégies personnelles**, individuelles pour faciliter l'accès aux soins de santé dans les FSU ou contourner l'hostilité, sont :

- le recours au(x) médiateur(s). Il s'agit de la recherche de liens personnels dans la FSU. Il s'est avéré que « connaître quelqu'un » dans la FSU est un grand atout, une clé qui ouvre de nombreuses portes. Quand on ne connaît personne, alors il faut user de stratégies pour tisser des liens personnels ou bien rechercher des personnes qui ont une « connaissance » dans la structure et qui pourraient recommander celui qui en a besoin.

- le système des faveurs : pour être reçu, pour ne pas attendre ou pour court-circuiter la file d'attente (les femmes attendent plus que les hommes).

12. Il s'agit de tout ce qui tourne autour de la corruption, du racket, des malversations etc. Les clients des FSU estiment que c'est un facteur limitant très important. On peut retenir ici trois éléments :

- le soupçon permanent de racket : on paye plus qu'on ne doit, les sages-femmes exigent des savons (de l'accouchée ou des accompagnantes), la vente d'échantillons médicaux, la vente de médicaments « détournés » à la PSP (pharmacie de santé publique), la surfacturation de tel ou tel acte, le fait que certains personnels soignants encaissent directement l'argent au lieu de faire payer à la caisse.

- la lenteur favorise un système de faveurs (« connaissance », cadeau, etc.)

- le *gombo* : dans le jargon populaire ivoirien, c'est le travail personnel (rémunéré) des soignants dans la structure ou en dehors pour gagner « quelque chose ». C'est une forme d'intéressement pour le soignant.

Un accès difficile lié aux pratiques de corruption

En conclusion, on constate que les « pauvres » ne sont pas exclus des FSU du seul fait de la tarification (des actes médicaux et des médicaments). Sont facteurs d'exclusion : le comportement des personnels (soignants ou non), le temps d'attente long, la qualité de l'accueil et la distance qui sépare le centre de soins du domicile de l'usager sont également déterminants dans le choix des soins de santé.

Le filet de sécurité pour les indigents, c'est « connaître quelqu'un », c'est le recours à un médiateur, qu'il soit soignant ou non. Les itinéraires thérapeutiques sont parfois fonction non seulement des moyens dont disposent le patient et sa famille (moyens humains, relationnels, financiers...) mais aussi et surtout des représentations que l'on se fait de la maladie et/ou de la santé, des thérapeutes et/ou des lieux de thérapie.

En termes d'équité, les pratiques de racket, de corruption et de « connaissance » excluent d'emblée certaines couches sociales car, l'argent, ce n'est pas seulement pour payer les soins, mais aussi pour être reçu, admis : on peut payer pour connaître quelqu'un.

Les indigents choisissent généralement les FSU seulement quand ils estiment que la maladie est grave. La gravité perçue de la maladie influence véritablement les recours aux soins et les itinéraires thérapeutiques.

Les personnels des FSU sont informés de tous les reproches, mais n'en sont pas conscients, ils réfutent certaines remarques et pourtant justifient leurs comportements par le fait que les salaires ne sont pas motivants ; et c'est pour cela qu'ils créent ou favorisent d'autres formes de rémunération ou de rétribution. Ils déplorent le fait que leurs patients attendent le pire avant d'arriver à l'hôpital. Dans les FSU publiques, ils prétendent¹³ constater une baisse de fréquentation depuis l'instauration du paiement des droits de consultation (politique de recouvrement des coûts) dans les années quatre-vingt-dix, mais aussi et surtout depuis la dévaluation du franc CFA (en 1993).

13. La réalité est différente puisque les FSU-Com qui n'existaient pas lors de la dévaluation réalisent annuellement environ 350 000 consultations et 26 000 accouchements.

C'est aussi à travers les rumeurs que l'on se construit une opinion des structures sanitaires, opinion qui conditionne l'accès à ces structures.

Le volet qualité de l'équité dans l'accès aux soins

L'objectif du volet santé publique de l'étude était d'étudier la qualité des soins. Cette étude¹⁴ transversale représente une photographie de la situation de la qualité des soins à un moment donné, de février à avril 2000, dans trois formations sanitaires urbaines publiques et trois FSU-Com. L'enquête a été effectuée par huit médecins.

L'observation des prestations

60 % des malades déclarent avoir suivi un itinéraire thérapeutique avant de venir en consultation dans une FSU. De plus, 92 % des usagers habitent dans la commune d'implantation de la 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 FSU-Com que dans les FSU publiques (score = 4,8 contre 3,5).

31 % 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 47 % 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 : 70 % des médicaments prescrits sont achetables à la pharmacie de l'établissement pour les FSU-Com, contre 27 % dans les FSU publiques.

Concernant l'hygiène, la plupart des agents de santé ne se lavent pas les mains avant et/ou après la réalisation

14. Menée par les docteurs E. Ahimou, chef du service des affaires sanitaires de la direction de la Santé du Sud et J.-L. Duponchel, médecin qualitatif.

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 autres par manque de supervision, par l'absence de travail en équipe).

L'opinion des usagers

Les usagers trouvent souvent long le temps d'attente (38 % 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 79 % 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 72 %).

Concernant le personnel soignant, 28 % se plaignent de l'administration, et 15 % signalent l'existence de problèmes professionnels entre personnels médical et paramédical.

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

Concernant le personnel administratif, 24 % 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'utilisateur dans la salle de consultation. Ce score s'améliore quand

La méthodologie : étude qualité des soins

Le recueil de l'information

Cinq catégories de prestations sanitaires ont été étudiées (les consultations curatives, les consultations prénatales, les accouchements, les consultations préventives des enfants et les soins infirmiers), à partir de trois types de fiches : structure*, procédure (ou « d'observation ») dans laquelle a été notée l'observation des prestations concernant les procédures suivies pour chaque type d'activité menée dans la structure, puis les résultats**.

Plus de 1 100 fiches « observation des procédures » et « opinion des usagers » (résultats ou qualité perçue par les bénéficiaires) ont été recueillies pour les consultations externes, 600 pour les consultations prénatales et 300 pour les accouchements. Les autres prestations ont été étudiées avec les fiches « observation » uniquement : 300 dossiers de consultations des enfants sains, plus de 280 dossiers pour les activités de la caisse, la distribution des médicaments, les soins infirmiers et les prélèvements au laboratoire.

L'interview du personnel (résultats ou qualité perçue par les prestataires) a concerné 85 agents : 52 personnels soignants et 33 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.

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, construites 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 le respect physique et psychique du patient (convenances sociales, salutations) et le respect de l'intimité du patient et de la confidentialité de la consultation.

- Le champ de la démarche clinique et thérapeutique porte sur

l'interrogatoire, l'examen physique et l'hygiène.

- 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 explore 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 :

Actes sanitaires	Champs	Dimensions	Variables
Consultation prénatale	4	8	57
Accouchement	2	7	56
Surveillance préventive des enfants	4	4	16
Ensemble	10	19	129

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 exclut l'acte de la zone de qualité.

* Dans laquelle devait être notées des informations sur le fonctionnement général, la description service par service des prestations offertes, l'inventaire des moyens disponibles, la production de ces établissements en termes de volume d'activité en 1999. Les informations ont servi principalement à l'élaboration d'une monographie par établissement.

** Contenant : les chiffres d'activité journalière de la structure, les interviews réalisées au niveau des usagers dont on a observé le déroulement de la consultation (fiche « opinion »), les interviews du personnel.

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 FSU-Com reflète un meilleur accueil dans ces établissements où les agents comprennent l'intérêt de l'accueil afin que les usagers 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 (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 (médecins ou infirmiers). 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 patients qui, en connaissance de cause, apportent un pagne pour le poser sur la table avant d'être examinés.

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 de 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 termes 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 « automatisation » 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 comme le montre la figure 1 pour l'Interrogatoire en CPN.

La qualité n'a pas atteint un niveau mesurable

La qualité des prestations n'est pas à la hauteur des attentes de la population, compte tenu des ressources disponibles. D'ailleurs la plupart des patients n'utilisent pas l'offre des soins des FSU en premier recours.

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.

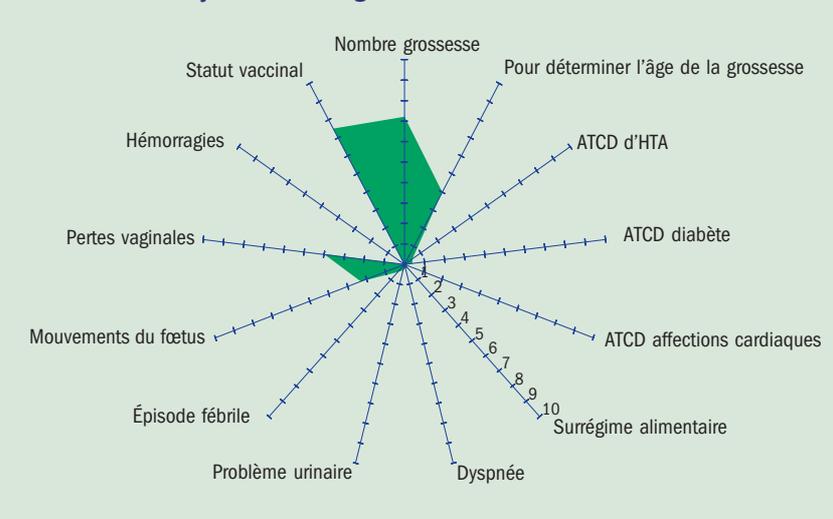
L'amélioration de l'accueil, de l'examen clinique, la personnalisation de la consultation avec, notamment pour les malades chroniques, la promotion de la prise de rendez-vous afin de limiter l'attente, la permanence d'une consultation médicale le matin et l'après-midi dans tous les établissements participant 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 (et que beaucoup de responsables sont capables de disserter sur la méthodologie et les 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

figure 1

Scores selon le sujet de l'interrogatoire



les améliorations portent donc sur ce qu'il convient de faire pour entrer dans cette zone.

Conclusion

Les résultats de l'étude « Équité » apportent un diagnostic très différent de celui qui est formulé depuis de nombreuses années dans la plupart des pays d'Afrique francophone. Chacun des trois volets est le révélateur de réalités qui risquent de déranger, mais qu'il faudra prendre en compte.

L'étude socio-économique a tout d'abord mis en lumière que les aspects économiques ne sont pas « le » facteur d'exclusion de l'accès aux soins, sauf bien entendu pour les populations à très faibles revenus et sans revenus. Ainsi entre les 20 % de personnes dites démunies et les 20 % de personnes dites très riches, il n'y a que 15 % d'écart de fréquentation des formes modernes de soins.

En revanche, ce qui ressort sans contestation¹⁵, c'est que le véritable facteur d'exclusion réside dans une double cause : la relation soignant-soigné et le niveau de qualité perçu de l'offre de soins.

En d'autres termes, le citoyen a admis

15. Une nouvelle fois, car d'autres travaux de recherche réalisés entre 1993 et 1998, dans le cadre du Projet santé Abidjan, avaient établis le rôle majeur de l'organisation et de la qualité des soins.

que l'État providence était mort et qu'il lui fallait payer pour sa santé ; s'il accepte de payer, l'usager veut un vrai service en contrepartie.

Le volet socio-anthropologique met à mal certains clichés et fait apparaître des images très dures qui donnent un contenu concret aux questions de dés-structuration des solidarités traditionnelles générées 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 définies 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 sont accablants et 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.

Lors des séances de présentation des résultats, il a été difficile d'une part de faire admettre que l'exclusion n'était pas uniquement une affaire d'argent et qu'il fallait accepter de voir d'autres considérants, et d'autre part que parmi les deux autres considérants on ne pouvait parler de qualité des soins tant que n'avait pas été atteint un niveau minimum mesurable ; en deçà, c'est la non-qualité qui porte à s'interroger sur l'éthique individuelle des professionnels de santé.

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 de qui est sous leur contrôle direct, et parallèlement en favorisant des alternatives à l'offre de soins publique. Il reste qu'une frange importante de la 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 de l'indigence, qu'il faudra bien imaginer. D'autre part, l'effort doit porter sur la qualité en réconciliant les professionnels de santé avec leur métier, mais également avec les usagers. ■

alcoologie ou addictologie

2002 ; 24 [1] : 1-96

Éditorial

- Louise Nadeau

Libres propos de...

- Annie François : Le « librisme », addiction ou toxicomanie ?

Mémoires

- Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents, *Michel Landry, Louise Guyon, Jacques Bergeron, Geneviève Provost*
- L'épreuve d'anticipation symbolique de Mario Berta. Une innovation psychothérapeutique

dans la prise en charge du temps vécu par le sujet alcoolique, *Érick J.-Daniel Singaïny*

- L'alcoolisme sous silence. Approche linguistique du déni de l'alcoolique, *François Péréa*
- Élaboration d'un test permettant d'évaluer la motivation à l'arrêt du tabac, *Gilbert Lagrue, Patrick Légeron, Guy Azoulai, Stéphanie Pelissolo, Henri-Jean Aubin, Roland Humbert*

Mise au point

- Proposition pour l'amélioration de la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool, *Pascal Bérenger, Raymund Schwan, Benoît Fleury, Alain Rigaud*

Varia

- Le repli autistique chez l'alcoolique, *Laurent Deswel*

Pratique clinique

- Pour le meilleur et pour le pire. Présentation d'une thérapie de groupe de conjoints de malades alcooliques, *Vanghélis Anastassiou, Mireille Schweitzer, Isabelle Sokolow*
- Prévention des dommages dus à l'alcool en médecine du travail. Objectifs évaluables, résultats, *François Besançon, Gérard Simon*
- Repérage des consommateurs d'alcool dans une enquête nationale par téléphone, *Philippe Guilbert, Arnaud Gautier*

Congrès

- 22^{es} journées nationales de l'Anit. Toxicomanies et territoires urbains, *juin 2001, Chambéry*
- 16^e journée de tabacologie. Réunion annuelle de la Société de tabacologie, *octobre 2001, Le Kremlin-Bicêtre*
- Table ronde Aprid/Nervure. Troubles du comportement alimentaire et addictions, *décembre 2001, Paris*

Vie de la SFA

- Un nouveau programme de formation : les Séminaires de la SFA
- Adhésion. Groupes. Prochaines réunions. Nouveaux membres

Informations

- Annonces. Thèses et mémoires. Actualités. Livres. Agenda

Alcoologie et addictologie, P^r Jean-Dominique Favre, 101, avenue Henri-Barbusse, 92141 Clamart Cedex. Téléphone et télécopie : 01 41 46 69 51