

Thème: Analyse du système de santé dans la commune de Réo (province du Sanguié, Burkina Faso)

Séminaire socio-anthropologie
du service public en Afrique de l'ouest

OUATTARA Yabile

DANHOUNDO Georges

13/11/09

Plan

Introduction

I- Organisation du système de santé au BF

I-1- Au niveau National

I-2- Dans la commune de Réo

I-3- Problèmes

II- Système de santé et usagers

II-1- l'interprétation des services de santé par le personnel

II-2- La perception des services de santé par les usagers

II-3- Le déphasage entre offre et demande

II-4- La coproduction de l'offre de santé.

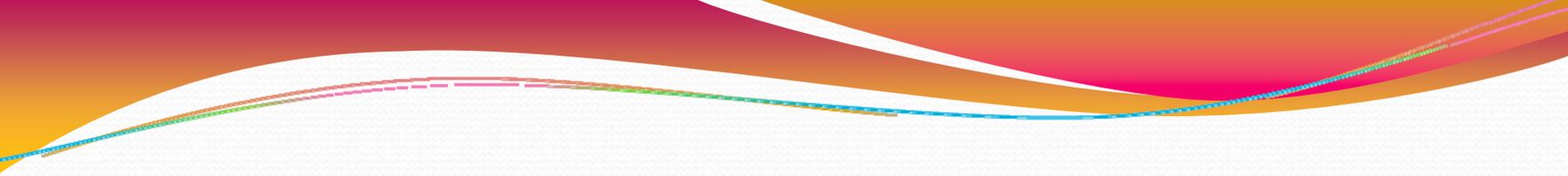
III- Les coûts économiques

III-1- Coût économique formel

III-2- Coût économique informel

III-3- Coût économique et accessibilité/acceptabilité

Conclusion



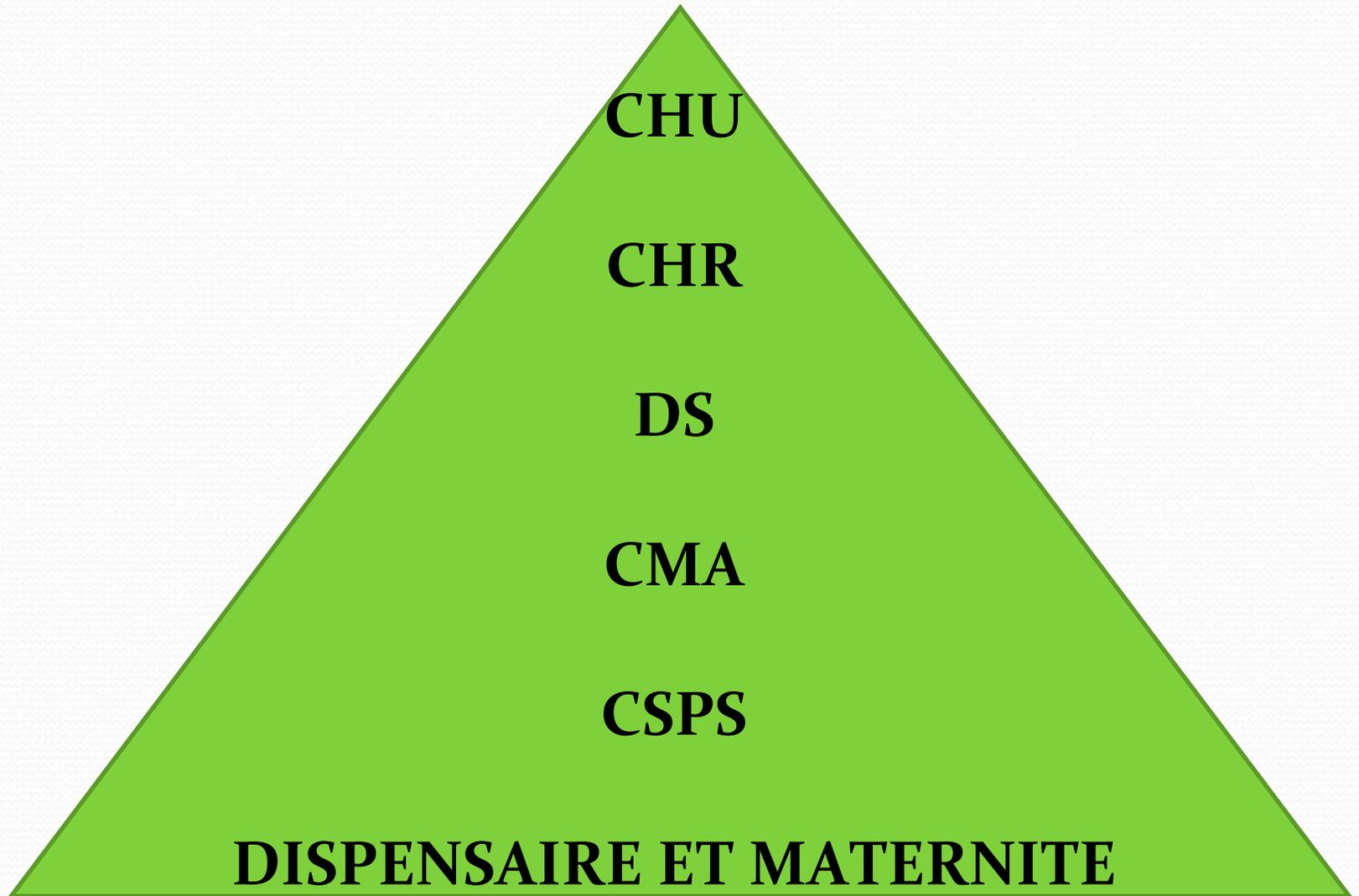
Introduction

I-1- Au niveau National

Organisation pyramidale du système de santé

Structure administrative avec trois niveaux

- Niveau central: Directions et Structures centrales
- Niveau intermédiaire : directions régionales de la santé (13)
- Le niveau périphérique qui est représenté par les districts sanitaires les plus décentralisées du système (55)



la commune de Réo

- Chef-lieu de la province du Sanguié comptant 10 communes dont Réo et 129 villages
- Située dans le centre-ouest dont le chef-lieu est Koudougou sur l'axe Koudougou-Tougan-frontière du Mali.
- Distant de Koudougou de 15 km
- Distant de Ouagadougou de 120km
- La commune de Réo compte 12 villages + ville en 9 secteurs.

la commune de Réo

Repartition quantitative du système sanitaire

	CM		CSPS			Officine	Dépôts pharmaceutique
Secteurs de Réo	<u>1</u> , 2, 3, 4, 5, 6, 7	8, <u>9</u>				néant	7= 4 (2+2) +3
villages	Kilsio et Ekoulkoala	Séboun, Sémapoun et Vour	Bonyolo , Sandié, et Perkouan	Goundy	zoula		

I-3- Problèmes

- Répartition géographique déséquilibrée ($\text{km} > 10$)
- Ratio du personnel de santé par nombre d'habitant
- Mécanisme de transport défaillant dû à l'insuffisance de chauffeurs et d'ambulance
- Décalage entre statuts et fonctions du personnel de santé
- L'affairisme par la vente des médicaments prohibés

II-Systeme de sante et usagers (1/3)

II-1-Histoire des accoucheuses villageoise

- Atteindre l'objectif « d'un village , un PSP »
- Formation des AV
- Le travail des AV et ses limites
- Le cas de Salimata
 - Qui est-elle?
 - Que fait-elle?

II-1- l'interprétation des services de santé par le personnel (2/3)

- Difficulté matérielle:
 - Ambulance

« *Présentement, nous sommes en train de caracoler seulement sinon, ça ne va pas ; il faut trouver une ambulance économique en essence et en réparations* » (le chauffeur adjoint » du CM). p11

- Etat des routes
 - Insuffisance quantitative du personnel
- Affairisme du personnel
 - Vente des médicaments prohibés tel l'Analgin

« *Oui, il n'est pas autorisé mais il est bon. Comme il n'y a jamais eu de problèmes en l'utilisant, je me dis que c'est différent des autres médicaments interdits. La douane non plus ne s'oppose pas à ça. Sinon, je sais que les autorités sanitaires interdisent la vente et l'utilisation de l'Analgin. Je vends ça chez moi sur commande. Si quelqu'un en a besoin, il m'envoie un SMS et je lui livre ça en cachette ou bien il passe chercher ça chez moi à domicile. Ce sont surtout les ICP qui achètent ça. Maintenant il y en a aussi dans les pharmacies* ». p12

II-1- l'interprétation des services de santé par le personnel (3/3)

- Surfacturation des coûts de santé

« La dose équivalente à une ampoule est vendue 750 francs CFA ou 1000 francs CFA au patient. Dans certains cas le bénéfice est multiplié par 3. Les agents de santé utilisent une dose pour trois prises chez les enfants tout en faisant payer le même prix, c'est-à-dire 750 francs CFA ou 1000 francs CFA par prise » p12.

- « Compétence » dans la corruption

II-2- La perception des services de santé par les usagers (1/7)

La perception du service de santé est à la fois subjective et objective.

- Accueil en fonction du caractère socio-économique de l'utilisateur,

« Lorsqu'on arrive au CM, on les salue, ils ne répondent pas et regardent la télévision. Si tu parles gourounsi, c'est pire, on ne te regarde pas, on te reçoit mieux si tu parles français. Les agents de santé n'accueillent pas bien les élèves. Une fois, un agent de santé a fait attendre un élève de 8h à 10h et ensuite, il a dit à l'élève qu'il s'en allait et qu'il ne pouvait pas le soigner » (groupe d'élèves du secteur 8 lors d'un focus group). »p14

« Les agents de santé parlent mal quand l'utilisateur n'a pas d'argent. Il y avait un malade grave qui se plaignait, l'agent de santé a demandé aux accompagnants s'ils avaient de l'argent pour acheter les médicaments et ils ont répondu non. Il leur a dit de partir avec le malade car ses cris dérangent » (une élève au lycée provinciale, secteur 8, Réo).» p14

II-2- La perception des services de santé par les usagers (2/7)

- Déshumanisation ,

« Avant que je n'accouche une femme était décédée à la maternité. Quand j'ai accouché mon ventre me faisait mal. Dès qu'elle mettait la main pour vérifier, ça me faisait très mal et donc je criais. Elle m'a dit que si je continue à crier, je vais finir comme celle qui est morte parce qu'elle n'aura pas pu faire son travail. Elle dit que si je crie elle va me laisser. Elle me demande si j'ai vu ma camarade (celle qui est morte). Je lui ai mal parlé. Elle a jeté le carnet de mon enfant en disant que je ne revienne plus là bas, même pour la vaccination » (une femme du secteur 2, Réo). » p22

II-2- La perception des services de santé par les usagers (3/7)

- Peur de l'hospitalisation/méthodes biomédecine.
- Service sexo-spécifique des agents de santé
- Crise de confiance entre soigné et soignant

« Les infirmiers d'ici n'ont jamais guéri un malade. Même si c'était devant les infirmiers, j'allais dire ça. Au lieu de s'occuper des malades, ils font leurs bêtises d'abord. Et lorsqu'on essaie de se plaindre, ils disent que 'c'est toi qui a amené ton malade' » (Bationo Valentin, usager, secteur 3, Réo) ».p14

II-2- La perception des services de santé par les usagers (4/7)

- *« Il y a des combines entre agents de santé et pharmacien. Certains agents de santé font l'ordonnance en mettant leur signature et en demandant au malade d'aller dans telle pharmacie. C'est seulement lorsqu'il n'y a pas le médicament prescrit qu'il te permet d'aller ailleurs. Ils ont des intérêts (des ristournes) dans ces affaires. Ils sont en train de boire notre sang, nous les cultivateurs. Qu'est-ce que nous nous pouvons dire ? Est-ce qu'ils savent même qu'il y a beaucoup de gens qui souffrent » (un usager, secteur 3, Réo). P15*
- *« J'ai accompagné mon frère malade au CSPS. Nous sommes tombés sur un stagiaire. Il n'arrivait même pas à charger la seringue pour l'injection. Moi, je l'observais et il voulait insister pour piquer mon malade et je lui ai dit que la seringue était mal chargée parce qu'il y avait de l'air dedans. Il a recommencé à quatre reprises sans y arriver. Finalement, c'est le major que je suis allée chercher pour qu'il fasse cette injection » (une élève du lycée provinciale, Réo, secteur 8). p15*

II-2- La perception des services de santé par les usagers (5/7)

- Les effets d'annonce: gratuité et ses paradoxes
 - Les populations vulnérables et les politiques

« Par exemple pour une maladie comme la méningite cérébro-spinale, le ministère (de la santé) dit que c'est gratuit. Mais la dotation en médicaments est incomplète et insuffisante. On nous donne des perfuseurs, 10 flacons d'ASL, des intra-nules, du Diazépam, des aiguilles mais pas de sérum ni d'antibiothérapie. Il faut donc prescrire les deux derniers médicaments. Pour les soins prénataux, nous avons fait six mois sans être approvisionnés en carnets et les femmes étaient obligées de les d'acheter. Cela crée la contradiction chez le patient qui entend par la voix des ondes que ces soins sont gratuits et qui, une fois dans le CSPS, doit acheter des médicaments. Ce n'est pas toujours facile de lui faire accepter ces changements. Il pense que les médicaments et le matériel sont détournés pour d'autres fins. » p17

II-2- La perception des services de santé par les usagers (6/7)

- Le mode de paiement lié à la pauvreté de la population
 - La convenance personnelle: raison subjective
- « On peut aussi choisir délibérément d'accoucher à domicile comme Npô Jeanne. Habitante du secteur 3 de Réo, elle a accouché trois fois dont deux en Côte d'Ivoire et une à Réo. Elle n'est jamais allée dans une maternité. Elle se rend aux CPN et aux CPON mais accouche à la maison » p30.
- « *Parce que je n'aime pas attendre à la maternité. Je reste à la maison jusqu'au dernier moment et il n'est plus possible d'aller à la maternité car le travail est très avancé. -- Après avoir accouché à la maison, je vais à la maternité pour faire la déclaration de l'enfant. Les agents de santé me grondent mais qu'est-ce que je vais faire ? Je fais tout pour me rendre le jour même de l'accouchement à la maternité afin d'éviter qu'ils me grondent trop.* » p31

II-2- La perception des services de santé par les usagers (7/7)

- Compétence: Définition, Expérience antérieure
 - l'accueil,
 - coût des services
 - Disponibilité des agents de santé
 - Le savoir faire des agents de santé

II-3- La coproduction de l'offre de santé (1/2).

- Mairie et services de santé : Jeu de « ping-pong »
 - Gain exclusif par rapport aux femmes enceintes p26
 - Arrêter des activités de Salimata p 26-27.
- Service de santé et usager:
 - Difficulté financière et prise en charge des malades
 - Prestation du service mise en cause

« L'analyse de P. Bourdieu (2000) à propos de la paysannerie kabyle souligne qu'il n'est pas donné à toutes les catégories socioprofessionnelles de prévoir. Prévoir renvoie à des évaluations complexes et une anticipation sur le long terme. Seuls les élites peuvent prévoir. Le cultivateur kabyle fait de la prévoyance (mettre les récoltes de côté pour la mauvaise saison et élever les animaux en vue de certains besoins) mais pas de la prévision. Aussi est-il mal perçu de s'inquiéter pour l'avenir, la croyance voulant que l'on fasse confiance à Dieu, seul pourvoyeur de l'avenir. Les mêmes attitudes peuvent être observées chez le paysan burkinabé. » p29

II-3- La coproduction de l'offre de santé. (2/2)

- CM et DPASSN pour le problème des indigents
 - Collaboration se situe aux plans administrative et pratique par rapport aux malades indigents.
 - CM  DPASSN  Mission catholique et *laafi ziiga*
 - DPASSN s'occupe des malades hospitalisés sans assistance familiale,
- Les coges et la mutuelle de santé, sont à construire et renforcer leur capacité,
 - Difficulté de la mise en œuvre à cause de l'ingérence politique
 - Manque de responsabilité: compétence et conscience professionnelle.

III-Les coûts économiques

III-1- Coût économique formel

- Février 2007 revue à la baisse du coût (7000 à 900 F CFA)
 - Libéralisation conditionnelle
 - Frais demandés aux usagers en cas d'évacuation
- « *Pour l'évacuation d'un malade à Koudougou, l'utilisateur doit payer une somme de 3000 francs CFA à 4000 francs CFA en fonction de la distance* »
p11.
- Sur-taxation de certains traitements

III-2- Coût économique informel

- Coût « abordable » 2500 F CFA payable en nature
- Coût social
- Règlement non exigé et s'échelonné dans le temps.

III-3- Coût économique et accessibilité/acceptabilité

- Le coût est plus social qu'économique chez AV donc augmente l'acceptabilité du service et son accessibilité
- Les longues heures d'attente
- Les attitudes de non écoute des agents de santé sont source de non acceptation de l'offre .

« Ma copine souffrait d'ulcère, lorsqu'elle est partie au CSPS du secteur 9, l'agent de santé lui a prescrit du paracétamol et de l'ibuprofène. Lorsqu'elle a demandé de changer de médicament, cela s'est transformé en bagarre et l'agent lui a dit ceci : "si tu connais ta maladie, il faut aller te soigner toi-même" Elle a dû aller voir le major du CSPS qui, en regardant l'ordonnance, a secoué la tête et a changé les prescriptions » (une élève, secteur 8, Réo). p31

Conclusion

- Les dysfonctionnements du service sont beaucoup liés à : l'expérience basée sur les connaissances issues de l'administration coloniale. Du manque grandissant de confiance entre agent de service de santé et usager. De l'attente insatisfaite des usagers dans la manière d'offrir le service. Faible qualification de l'agent, décalage entre statut et fonction. La recherche de promotion.
- L'accessibilité est liée au manque d'infrastructure routière, de l'écart entre milieu de vie et centre de santé (la distance), et des facteurs subjectifs.
- Le rapport du social et de l'économique au soin de santé.
- Grande priorité accordée au diplôme dans la hiérarchie des professionnelles de santé.