



Kesit Akademi Dergisi

The Journal of Kesit Academy

ISSN: 2149 - 9225

Yıl: 4, Sayı:16, Eylül 2018, s. 442-449

Amara KEITA

Doctorant, Faculté des Arts et des Sciences, Département de Sociologie, Université d'Uludağ,
amarakeita98@yahoo.com

Sana YEO

Doctorant, Institut d'Ethno-Sociologie, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan-Cocody
San25yeo@gmail.com

MALADIE ET PARCOURS THERAPEUTIQUE : FORMES ET PRATIQUES DE RESILIENCE DES USAGERS DU CHU DE COCODY FACE AUX REGLEMENTS DE L'ORDONNANCE MEDICALE

Résumé

Cette étude examine dans le parcours thérapeutique des usagers du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody (CHU), les formes et pratiques de résilience face aux règlements de l'ordonnance médicale. Les décennies de crises successives qu'a connues la Côte d'Ivoire qui ont eu pour conséquence la cherté du coût de la vie et l'augmentation du taux de pauvreté, nombreux sont les ménages qui n'arrivent pas à s'offrir des soins de santé adéquats, encore moins, à régler la totalité de l'ordonnance médicale prescrite après une consultation médicale dans les centres hospitaliers universitaires du pays. Dans cette situation, cette étude a focalisé son attention sur les usagers aux offres de soins de la médecine générale du CHU de Cocody. L'enquête menée indique la production de pratiques d'adaptation, d'abaissement et de contrôle du coût de l'ordonnance médicale. En d'autres termes, les usagers du département de la médecine générale déconstruisent la prescription de l'ordonnance médicale en établissant un parcours de règlement du coût de celle-ci par des pratiques à la fois à risques et stratégiques.

Mots clés : Parcours thérapeutique, ordonnance médicale, usager, règlement ordonnancier, CHU de Cocody.

DISEASE AND THE THERAPEUTIC COURSE: FORMS AND PRACTICES OF RESILIENCE OF USERS OF COCODY CHU FACING THE REGULATIONS OF THE MEDICAL PRESCRIPTION

Abstract

This study examines in the therapeutic range of users of the University Hospital Center of Cocody (CHU), forms and practices of resilience to the regulations of the medical prescription. Decades of successive crises in Côte d'Ivoire that have resulted in high cost of living and increased poverty rate, many households can not afford to care adequate health care, let alone to pay the entire prescribed medical prescription after a medical consultation in the university hospitals of the country. In this situation, this study focused its attention on the users of care offers of the general medicine of the University Hospital of Cocody. The survey conducted indicates the production of practices of adaptation, lowering and control of the cost of the medical prescription. In other words, the users of the Department of General Medicine deconstruct the prescription of the medical prescription by establishing a process of settlement of the cost of the latter by practices both at risk and strategic.

Keywords: Therapeutic route, medical prescription, user, prescription regulation, Cocody University Hospital.

INTRODUCTION

L'amélioration des conditions de recours ou d'utilisation des services de santé publics dans les pays pauvres devrait être une priorité dans les politiques de développement, non seulement parce que les problèmes de santé sont une dimension à part entière de la pauvreté, mais aussi parce que les mauvaises conditions de santé contribuent à enfermer, au niveau macroéconomique, les pays pauvres dans un piège de sous-développement (Fofana, 2014, 1-2). Ces analyses confortent donc l'idée selon laquelle un développement économique, social et même environnemental à long terme n'est envisageable que si les populations sont en meilleure santé. Ceci est d'autant plus justifié que la santé des populations ne peut plus être perçue indépendamment des progrès économiques réalisés.

C'est sur cette base que les pays africains (les pays en voie de développement) ne cessent de souligner combien il importe de réduire les inégalités en matière sanitaire en améliorant le recours ou l'utilisation des services de santé publics pour tous. C'est pourquoi, depuis quelques temps, les décideurs politiques ivoiriens ont indiqué la nécessité d'une couverture universelle santé; un système de financement qui devrait permettre à toute la population d'accéder aux services de santé sans subir de difficultés financières¹. Malheureusement, l'on peut d'une ma-

¹ Dans le contexte de mise en place de la couverture universelle santé, relayé par le document stratégique national de financement de la santé validé en décembre 2012, la Côte d'Ivoire est signataire depuis 2005 de la résolution des Etats membres de l'OMS encourageant les pays à développer des systèmes de finance-

nière envisageable dire que la décennie de crise sociopolitique suivie de la récession économique qu'a connues la Côte d'Ivoire ont occasionné l'absence de mesures de protection sociale en générale, et en particulier la mise en branle de la couverture universelle santé dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) du District d'Abidjan.

Par ailleurs, au sortir de la crise post-électorale de 2010, devant la précarité vécue par les populations, le gouvernement a instauré une mesure exceptionnelle d'exemption de paiement aux points de service dans toutes les structures sanitaires publiques, parapubliques et communautaires conventionnées. Cependant, cette mesure a conduit à une forte augmentation de la fréquentation des établissements sanitaires occasionnant une surcharge de travail des personnels de santé, une surexploitation des plateaux techniques et des ruptures de stocks en médicaments et intrants stratégiques (Ministère de la Santé, 2012 :8).

Relativement à cette indisposition des structures d'accueil, cette mesure exceptionnelle d'exemption de paiement aux points de service sanitaire n'a été que de courte durée, le service usuel de paiement aux points de service sanitaire a été remis en application.

Substantiellement, le système de couverture universelle santé en Côte d'Ivoire qui ne couvre à présent que 10% de la population (Yeo, 2013 :7), les ménages qui représentent le plus gros contributeur au financement de la santé ont des difficultés d'accès aux soins notamment pour les plus démunis, en raison d'une offre de soins inégalement répartie sur le territoire national, de qualité insuffisante et parfois inaccessible financièrement (Ministère de la Santé, op. cit., :6).

A cet égard, quelques temps après la cessation de la mesure exceptionnelle d'exemption de paiement aux points de service sanitaire, cet article cherche à comprendre le parcours thérapeutique des usagers des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) du District d'Abidjan. De façon spécifique, l'étude cherche à saisir les formes et pratiques de résilience des usagers du CHU de Cocody face aux règlements de l'ordonnance médicale. Autrement dit, l'objectif de cet article est d'analyser la manière dont les populations structurent : état de précarité économique, absence de couverture universelle santé et coût des soins de santé.

METHODOLOGIE

L'élaboration du Document de Politique National de Santé (Draft3) du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte Contre le Sida a mis en avant deux préoccupations majeures :

ment de la santé capables de mettre en place et/ou de maintenir une couverture universelle des services de santé. Depuis lors, des cadres de concertation devant régir les règles principales se sont succédés (Ouagadougou 2008, rapport mondial sur la santé en 2010, Bangkok et Tunis 2012 etc.). Ainsi, c'est dans ce contexte de formalisation de la couverture universelle santé que la Côte d'Ivoire a adopté une série de mesures et de stratégies, notamment, les comptes nationaux de la santé 2007-2008, la revue des dépenses publiques 2009, la revue sectorielle de santé 2010, le plan national de développement sanitaire 2012-2015, après avoir constaté initialement dans les préambules de ces écrits les disparité et les « dépenses catastrophiques » de santé des populations face aux soins de santé.

dresser un état complet des structures sanitaires et constituer en quelque sorte un plan d'action et d'orientation en matière de politique sanitaire. A cet égard, vu la diversité des offres de soins du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody, ce document a aidé à une plus grande rationalité dans le choix du service de soin à enquêter, en partant de leur situation épidémiologique et aussi et surtout de la fréquence des usagers qu'il enregistre.

En effet, du point de vue pragmatique, l'étude s'appuie sur des résultats de la thèse de Yeo Sana menée en 2013 sur les déterminants sociaux des rapports des Abidjanais à l'assurance médicale.

De plus, pour agencer les données, l'étude part d'une enquête de terrain dans le service de soin identifié (le département de la médecine générale). Les usagers trouvés sur place ont fait l'objet d'entretien essentiellement qualitatif. Les entretiens (semi-directifs) ont porté sur les grands thèmes suivants : l'origine du financement des soins, les modes de déviance du coût de l'ordonnance, les logiques sociales associées à l'ordonnance médicale prescrite.

Enfin, disons que les conditionnalités de règlement des offres de soin au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody se caractérisent par deux temps : un temps d'entrée aux offres de soins dont la principale modalité est la paye du ticket de consultation et un temps de sortie des offres de soins, matérialisé par une ordonnance médicale et/ou les frais d'hospitalisation. Implicitement, l'ordonnance médicale dans le parcours thérapeutique des usagers du CHU indique l'aboutissement du premier temps (entrée aux offres de soins) et un cheminement de soulagement pour le second temps (sortie des offres de soins). La résilience des usagers du CHU face au règlement de l'ordonnance médicale traverse à la fois des pratiques à risques et stratégiques.

LES FORMES ET PRATIQUES A RISQUES DE LA RESILIENCE DES USAGERS DU CHU DE COCODY DANS LE REGLEMENT DE L'ORDONNANCE MEDICALE

Les formes des pratiques à risques des usagers du CHU de Cocody sont une introduction des desiderata dans le circuit thérapeutique. Des desiderata basés sur une démarche au choix négocié des médicaments dans l'ordonnance médicale. A priori, la prescription de l'ordonnance médicale consiste à l'établissement d'une série de médicaments que l'utilisateur doit régler en totalité dans une officine publique ou privée pour le soulagement de la pathologie dont il souffre. Dans les faits, à posteriori, l'enquête auprès des usagers du département de la médecine générale du CHU de Cocody met en évidence que ceux-ci tentent de rapprocher leurs besoins médicamenteux de leurs ressources réelles en adoptant un comportement d'autorégulation, c'est-à-dire en créant une rupture dans la série de médicaments. Cette rupture conduit l'utilisateur à négocier une sélection de médicament dans l'ordonnance avec le médecin selon la primauté de l'effet curatif du médicament dans le traitement de la pathologie dont il souffre.

Cette modification de l'ordonnance médicale avec le médecin devient possible que lorsque l'utilisateur lui assure de poursuivre son traitement ou lorsque celui-ci conjure de toute son incapacité de supporter tout le coût de l'ordonnance, dans ce cas le médecin opère à une médication (emploi de médicament pour une indication précise).

Dans le rang des usagers enquêtés, les pratiques à risque résident dans la prédisposition qu'ils se font de vouloir améliorer leur état de santé ou parachever le traitement du mal dont ils souffrent à domicile en se contentant de régler l'ordonnance médicale avec les médicaments sélectionnés. Dans cette logique, la réduction des dépenses prend une prévalence sur le règlement de l'ordonnance en totalité, autrement dit, la prévalence de la réduction des dépenses éteint toute surbrillance d'une quelconque mobilisation effective de soi pour régler en intégralité l'ordonnance médicale. En effet, les médicaments retirés sont fixés d'avance d'une connotation secondaire ou stigmatisés comme une entreprise additionnelle du médecin (Dévier, 2008 : 76).

Ensuite, ces pratiques à risque des usagers du CHU de Cocody enquêtés concernent aussi les comportements de couverture de pathologie. Ils se manifestent lorsque l'utilisateur est retenu en hospitalisation pour différentes gammes de soins. Dans cette rétention, lors des visites de chambre, le médecin procède à l'interrogation de l'utilisateur pour établir un état de son traitement. C'est à partir de cet instant que les personnes accompagnant l'utilisateur intriguent pour couvrir certains malaises en se substituant à l'utilisateur dans les réponses de l'interrogation du médecin : « Docteur, notre malade (usager) se porte bien aujourd'hui. Il a bien mangé la veille et bien dormi. On remercie le Seigneur de ce soulagement ». ² C'est dire que pendant les visites de chambre, les réponses produites dans l'interrogatoire médecin/usager sont aussitôt fournies par les personnes accompagnant l'utilisateur ou à son chevet. L'utilisateur, quant à lui se contente de confirmer ce que disent les siens par des gestes de la tête ou par l'affirmation.

Cette manière des accompagnateurs de se substituer à l'utilisateur se réalise dans un environnement de plaisanteries, de cajoleries pour traduire le signe de réconfort de l'utilisateur certes, mais en réalité, la participation à la séance interrogatoire médecin/usager est produite comme un système de fermeture à une nouvelle prescription d'ordonnance médicale du médecin.

Notons aussi que la substitution conduit à l'ouverture du raccourcissement du traitement de l'utilisateur accompagné. Vu que ces formes d'attitudes obligent le médecin à un retour vers des encouragements à l'encontre de l'utilisateur, en lieu et place de nouvelles prescriptions ordonnancières et à une déconstruction du sentiment d'appréhension du médecin vers le même usager.

En somme, l'idée qui part du traitement de l'utilisateur à la prescription de l'ordonnance médicale traverse un processus de rationalisation/dérationalisation entre médecin, usager et les accompagnateurs (Guillemaud, 2010 : 54). Tout le principe s'appuie sur des questions de mesure, de principe, de disponibilité, de représentation curative et de pratiques stratégiques.

LES PRATIQUES STRATEGIQUES DE LA RESILIENCE DES USAGERS DU CHU DE COCODY DANS LE REGLEMENT DE L'ORDONNANCE MEDICALE

Ce qu'il y a d'établi dans le règlement de l'ordonnance médicale est la recherche de financement. D'une manière à une autre, chaque individu ou chaque usager exploite des pistes de ce qu'il peut dans son environnement pour résoudre le coût de son traitement. Au départe-

² Propos recueilli dans un entretien entre une famille au chevet de leur patient et un médecin.

ment de la médecine générale, les usagers ont recours pour la plupart à la solidarité communautaire. Cette solidarité repose sur l'aide familiale, religieuse et amicale.

Pour mobiliser plus de solidarité auprès de soi, les usagers mettent en exergue le sentiment de victimisation au sein de leur communauté de solidarité. Le sentiment de victimisation est un sentiment qui décharge l'individu d'un fait, et les mesures pour résoudre ce fait le positionnent dans une posture d'impossibilité. Explicitement, cette impossibilité d'agir est mobilisée comme la résultante de « l'exagération » du médecin dans la prescription de l'ordonnance médicale. De ce fait, la collecte de fond dans la communauté de solidarité se pratique par l'énonciation de la quantité de médicament prescrit ou par la divulgation de l'énormité du coût de l'ordonnance médicale.

Cette apparence attribuée à l'utilisateur parmi les siens l'image d'une « victime de plus » des services médicaux, et non comme un patient qui n'a que la conclusion de sa consultation médicale. Ainsi, cette attitude influence les émotions des personnes vers lesquelles l'utilisateur demande de l'aide pour pallier son manque. Ces expressions d'enquête en témoignent remarquablement : « Ma sœur, il faut m'aider à sortir de cette situation (...) Mon ordonnance là est trop chère ! Il faut m'aider, ils (les médecins) m'ont donné tout ça là que je n'ai qu'à payer ». ³ De plus, pour forger une légitimité autour de la démarche, pour écarter toute réticence, l'utilisateur tient en main l'ordonnance médicale prescrite.

Les usagers du CHU de Cocody ne se limitent pas qu'à ce procédé de solidarité pour régler leur ordonnance médicale. L'adaptation de l'ordonnance médicale à l'environnement des soins ou l'automédication est un autre procédé des usagers du CHU de Cocody de faire face aux coûts des ordonnances médicales. Cette réalité de vouloir gérer le coût d'une ordonnance médicale n'est pas une chose nouvelle, car selon l'opinion de certains patients dans l'étude de Ipsos (2005) : « Une meilleure santé ne signifie pas toujours plus de médicament » (Ipsos santé, 2005 : 1).

De fait, cette pratique peut être assignée à l'automédication qui a longtemps demeuré comme une pratique à risque dans le parcours thérapeutique des usagers. Puisque, l'approvisionnement en médicament s'effectue dans la rue, c'est-à-dire auprès des particuliers non spécialistes en la matière. Cependant, les usagers enquêtés ne disposent pas de ce procédé de l'automédication.

L'adaptation de l'ordonnance médicale se réalise dans des cliniques mobiles⁴. Cette adaptation ne vise pas à négocier un choix de médicament dans l'ordonnance médicale, mais à rechercher leur équivalent dans l'officine de la clinique mobile. Cette procédure permet aux

³ Enquête RI3, homme, usager de la médecine générale du CHU de Cocody.

⁴ les cliniques mobiles sont des groupements (ONG, association, corporation etc.), composés d'anciens infirmiers, de jeunes diplômés ou d'anciens collaborateurs de clinique chinoise qui sévissent de plus en plus dans le domaine de la santé mobile (sous la désignation de Santé pour Tous) dans les quartiers d'Abidjan. Ces personnes à travers des caravanes dans les quartiers populaires proposent des médicaments à prix négocié, parfois même à crédit pour les plus démunis. Le service est offert de sorte que tout le monde y trouve son goût et sa capacité d'achat des médicaments.

usagers de trouver un arrangement de paiement ou de mieux débattre le coût de l'ordonnance médicale : « Tu sais, nous on n'a pas toujours l'argent, donc si quelqu'un nous facilite les choses nous on vient le voir qu'il n'a qu'à nous aider ».⁵ A cet égard, la recherche de l'équivalent des médicaments de l'ordonnance médicale dans l'officine de la clinique mobile maintient cette dernière dans un rôle de stabilisateur restaurateur (chargées de faciliter l'obtention des médicaments) et le médecin dans un rôle de vérificateur contrôleur (chargé de d'indiquer le médicament nécessaire). Entre ces deux parties, l'utilisateur œuvre intelligiblement pour adapter les contraintes médicalementes au rythme de ses contraintes économiques.

CONCLUSION

Le parcours thérapeutique des usagers du CHU de Cocody a conduit cette étude à observer les formes et pratiques de règlement de l'ordonnance médicale. Il faut dire que la mise en évidence de l'état de précarité, l'absence de couverture universelle de santé et le coût des soins de santé sont les principaux facteurs de base des formes et pratiques de résilience des usagers du CHU de Cocody face aux règlements de l'ordonnance médicale. En effet, l'étude révèle que le parcours thérapeutique est un parcours uniforme dans sa conception (instruit par la pathologie), mais multiforme dans le déroulement, vu le décuplement des modes de satisfaction de la pathologie. De ce fait, les pratiques à la fois informelles et stratégiques sont magnifiées pour réduire le caractère absolu du médecin dans la prescription de l'ordonnance médicale et dans les rapports médecins/usager. La production de mécanismes sociaux d'évitement du coût de l'ordonnance médicale est contraire au postulat historique selon lequel « la santé n'a pas de prix ». En tout état de cause on peut affirmer sans craindre que les usagers du CHU de Cocody n'aient pas encore intériorisé ce postulat, dans la mesure où les usagers enquêtés, dans leur évitement du coût de l'ordonnance médicale évitent l'ordonnance du médecin.

Par ailleurs, l'étude n'a pas pris en compte le rôle des services sociaux au sein du CHU de Cocody dans l'encadrement social des usagers en général, et en particulier dans le règlement de l'ordonnance médicale. Seule la démarche des usagers ayant reçu une prescription d'ordonnance a été prise en compte. La jonction de ce volet (le rôle des services sociaux) peut aider l'étude à cerner dans la totalité la question du social dans les offres de soins du CHU de Cocody. Car, du point de vue de la socioéconomie, ces formes et pratiques résilience ou de conduites des usagers semblent apparaître comme des indicateurs sociaux de mesure des services de santé de base dans la société africaine.

BIBLIOGRAPHIE

- Devier Audoual, M (2008), Les patients et l'ordonnance, Thèse de Doctorat : Université Claude Bernard de Lyon I.
- Fofana, M (2014), Non-recours aux services de santé publique en Côte d'Ivoire, Thèse de Doctorat : Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan-Cocody.

⁵ Enquête RI8, homme, usager de la médecine générale du CHU de Cocody.

Guillemaud, C (2010), Analyse des déterminants de la gestion des ordonnances de polyprescription des patients chroniques en médecine générale, Thèse de Doctorat, Cermes : Société Française de Médecine Générale (SFMG).

Ipsos Santé, CNAMTS (2005), « Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments », in La lettre aux assurés, vol 27, n°2 : 1-2

Ministère de la Santé et de la Lutte Contre le Sida, (2012), Stratégie nationale de financement de la santé pour tendre vers la couverture universelle, Abidjan : rapport d'activités sous la direction du service social et protection-MSLS (Draft 3).

Yeo, S (2013), Maladie et protection sociale : déterminants sociaux des rapports des Abidjanais à l'assurance médicale : cas des usagers du CHU de Cocody, Abidjan : Université Félix Houphouët Boigny, Institut d'Ethnosociologie.