

SESSION 3-5

« **Système de soins, hôpital** »

Thursday, September 12th

Room : E 102b à 15h00

Abdoul karim DOUMBIA

Town : Bamako, Mali

Job Title : Doctorant Anthropologie de la santé

Company : Aix marseille Université /ISFRA (université de Bamako)

Title of the presentation : « Espace urbain, action publique et inégalités de santé: Bamako au coeur du Plan Cancer au Mali »

Abstract :

« Espace urbain, action publique et inégalités de santé : Bamako au cœur du Plan Cancer au Mali Mots-clés : Bamako, cancer, politique/action publique, inégalités de santé, gouvernance. Cet article analyse, dans une approche anthropologique (observations, entretiens) couplée à l'utilisation d'outils géomatiques, les liens entre dynamiques urbaines et dynamiques sanitaires à Bamako au Mali qui vient de se doter (2009) d'un plan national de lutte contre le cancer. Connu d'abord en Occident, puis considéré pendant longtemps comme maladie des pays développés, le cancer est en passe de devenir aujourd'hui une réalité planétaire qui s'étend à presque toutes les régions du monde y compris en Afrique. Sa reconnaissance comme problème de santé publique au Mali s'est accompagné de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan stratégique de lutte contre la maladie, avec Bamako comme espace privilégié pour prévenir, diagnostiquer et traiter la maladie. A travers ce choix de la ville de Bamako qui concentre finalement l'ensemble du dispositif de lutte contre le cancer au Mali, se lit également une tendance à renouer avec une tradition qui remonte à l'époque coloniale. Chef-lieu de la colonie française du Soudan (actuel Mali), Bamako fut d'abord le siège de l'Administration Centrale Coloniale qui, éprouvée par le besoin de se doter d'un système sanitaire pour prévenir et traiter les européens des épidémies et autres maladies infectieuses (notamment la peste) qui sévissaient alors au Soudan, mit en œuvre une politique sanitaire qui prévoyait, outre l'hôpital militaire du Point « G » réservé aux Européens, la construction à travers la ville d'autres établissements sanitaires comme le dispensaire général de l'Aide Médicale Indigène (AMI), l'Institut Central de la Lèpre (ICL) et le Lazaret. Elle traduisait la volonté de l'autorité coloniale d'organiser l'espace selon des critères hygiéniques mais aussi sociaux qui, tout en plaçant les Européens au sommet des collines surplombant la ville fixaient les Indigènes dans la plaine. Devenue capitale de la république du Mali suite à l'indépendance en 1960, elle est érigée en 1978 en

un District regroupant six (6) communes. Et c'est dans les limites de cet espace que sont aujourd'hui déployés l'ensemble des moyens (service d'hémo-oncologie, unité d'oncologie pédiatrique de l'hôpital Gabriel Touré, centre de radiothérapie, vaccination...), mis œuvre pour prévenir et traiter le cancer. De sorte que le plan national de lutte contre le cancer au Mali, tel qu'il est actionné à l'heure actuelle, n'est pas sans contribuer à re-produire une situation d'inégalité d'accès aux soins pour les populations rurales et urbaines majoritairement pauvres d'une part et à l'intérieur de la ville de Bamako entre les quartiers périphériques et ceux du centre d'autre part. Et ce, avec son corollaire de migration interne obligée pour accéder aux ressources sanitaires. Une situation qui apparaît comme la résultante d'une décision non négociée entre les différents acteurs concernés, posant ainsi en arrière fond la question de la gouvernance en matière de gestion et de fourniture des services publics de santé.

Bertrand Lefebvre

Town : Bangkok, Thailand

Job Title : Post Doc

Company : Université de Rouen - School of Tropical Medicine of Bangkok

Title of the presentation : « Améliorer l'accès aux services hospitaliers : 30 ans de Partenariat Public-Privé à Delhi (Inde) »

Abstract :

Face à la forte croissance démographique de Delhi et dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, les pouvoirs publics de Delhi ont opté dès le début des années 1980 pour une politique active de Partenariat Public-Privé (PPP) dans le secteur hospitalier. Cette politique s'est traduite par différents modèles de partenariats (des terrains contre des lits, Joint-Venture, Contrat de délégation) qui devaient permettre de répondre à un double objectif d'augmentation rapide de la capacité hospitalière et de réduction des inégalités dans l'accès à ces services. Quels ont été les résultats de cette politique de Partenariat Public-Privé en termes de distribution des services hospitaliers et d'équité dans l'accès à ces services ? Notre méthodologie s'appuie sur l'emploi d'outils de l'analyse spatiale pour analyser la distribution des services hospitaliers et ses conséquences sur l'accessibilité. Nous avons aussi conduit des entretiens auprès des haut-fonctionnaires, des managers d'hôpitaux privés et publics qui ont participé à la mise en place des différents programmes de PPP dans le secteur hospitalier de Delhi. Les résultats du PPP dans le secteur hospitalier sont médiocres. Alors que les pouvoirs publics ont largement subventionné le développement de grands hôpitaux privés de Delhi via des exemptions d'impôts, des prises de participation ou la distribution de ressources foncières à des prix inférieurs au marché, ces hôpitaux privés n'ont pratiquement jamais remplis leurs objectifs notamment sur la gratuité des soins pour les patients pauvres.

Par ailleurs le développement de ces nouvelles infrastructures hospitalières est resté très en deçà des objectifs initiaux et n'a pas permis de compléter l'offre hospitalière publique aussi bien en termes de capacité que spatialement. Les quartiers périphériques qui concentrent l'essentiel de l'accroissement démographique de Delhi restent encore aujourd'hui largement sous-équipés. La politique de PPP a connu de nombreux soubresauts judiciaires symptomatiques d'une gouvernance inefficace à accorder des objectifs d'universalisation des soins avec des objectifs commerciaux. Mots-Clés : PPP, Delhi, hôpital, universalisation, accès

Esra Morvan

Town : Orléans, France

Job Title : biostatisticienne

Company : Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Centre

Title of the presentation : « Attraction de l'offre de soins de SOS Médecin et des services d'urgence hospitaliers en milieu urbain et rural en région Centre, France »

Abstract :

SOS Médecins France, premier réseau d'urgence libéral et de permanence de soins en France, constitue une source de données majeure pour la détection et la mesure en temps quasi-réel des phénomènes sanitaires. L'offre de soins des associations SOS Médecins (A-SOS-Méd) évolue depuis quelques années. Elle s'enrichit d'un service d'accueil en centre de consultation et augmente aux heures ouvrées. Afin d'identifier et de comprendre cette évolution et de mieux connaître la représentativité géographique et populationnelle des données utilisées dans le système de surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®), la Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région (CIRE) Centre a réalisé une étude sur l'activité et l'attractivité géographique des A-SOS-Méd comparée à celles des services d'accueil des urgences (SAU) des établissements hospitaliers de la région Centre, le sud étant marqué par une désertification en médecine libérale. Méthodes. - Une description de l'activité et de l'attraction géographique a été réalisée à partir des données transmises par les 3 A-SOS-Méd de la région (Bourges, Tours et Orléans) et par 2 centres hospitaliers (CH) (Bourges et Orléans). Les facteurs influençant l'attractivité des associations ont été recherchés par modélisation statistique utilisant une régression de Poisson. Une seconde analyse, cartographique, a permis de comparer l'attractivité des A-SOS-Méd et des SAU du département. Résultats. - En termes de représentativité de classe d'âge, ce sont les enfants de moins de 2 ans qui sollicitent le plus le service des consultations et les personnes âgées de plus de 75 ans, qui sollicitent davantage les visites. Les A-SOS-Méd interviennent presque systématiquement en zone urbaine et au moins une fois sur deux hors de la permanence des soins. Elles sont donc un bon recours aux soins de médecine générale pendant la permanence de soins comme en heures ouvrées. La distance, facteur influent, peut expliquer

des différences d'attraction pour le type de prise en charge. L'étendue de l'attraction apparaît à 36% pour SOS Méd Bourges et à 14 % pour SOS Méd Orléans. . En termes de suivi des épidémies, on remarque que les A-SOS-Méd sont plus sollicitées pendant les saisons hivernales, notamment lors des épidémies saisonnières de grippe. L'étendue de l'attraction des SAU du Centre hospitalier régional (CHR) d'Orléans et du CH de Bourges est beaucoup plus importante au niveau départemental que l'étendue des A-SOS-Méd. Cela peut s'expliquer par le fait des redirections de patient lors d'appels. Les cas les plus graves sont redirigés vers les SAU et les cas de médecine générale vers les A-SOS-Méd. Le SAU d'Orléans a un rayonnement régional beaucoup plus important que le SAU de Bourges, qui peut être mis en parallèle avec la capacité plus importante en termes de lits du CHR d'Orléans que le CH de Bourges. Conclusion. Cet état des lieux a permis de mettre en évidence les changements qui s'opèrent au sein des A-SOS-Méd de la région Centre contribuant à assurer l'accès aux soins de médecine générale dans un contexte de démographie médicale fortement diminuée, avec toutefois une couverture géographique non homogène. Grâce à une meilleure connaissance de la couverture géographique et populationnelle de l'offre de soin d'urgence, l'exploitation et l'interprétation de leurs données pourront être améliorées. Mots-clés : région Centre, SOS Médecins, urgences hospitalières, attraction géographique, offre de soin.

EDWIGE NIKIEMA

Town : OUAGADOUGOU, Burkina Faso

Job Title : No indicated

Company : UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Title of the presentation : « Structuration urbaine et santé à Ouagadougou (Burkina Faso) »

Abstract :

Ouagadougou, capitale du Burkina Faso est la plus grande agglomération urbaine : effectifs de population (plus de 2 millions d'habitants) et d'extension spatiale démesurée (52 000 ha environ). Cette situation pose d'énormes problèmes d'aménagement, d'urbanisme et de gestion rationnelle de l'espace. La ville est organisée en 5 arrondissements, subdivisés en secteurs géographiques y compris des villages. Par sa croissance spatiale rapide et peu contrôlée, Ouagadougou vit un mode original de production d'espaces s'accompagnant du développement de vastes zones d'habitat spontané. Sous-équipée, le caractère rural est y dominant. Cependant, Ouagadougou dispose d'infrastructures et d'équipements urbains assez complets, surtout dans le centre ville moderne. Mais, ceux relatifs aux secteurs sociaux de base notamment la santé, ne répondent pas toujours aux besoins des citoyens en quête des meilleures conditions de vie, particulièrement dans les zones périphériques. La répartition spatiale des établissements de soins fait du centre ville, une zone de fortes

concentrations et, de la périphérie, un semis lâche d'infrastructures et d'équipement socio-sanitaires peu performants. La situation est d'autant plus complexe que le système de soins a subi d'importants bouleversements socio-démographiques et sanitaires. La croissance urbaine, les disparités socio-spatiales et sanitaires y sont pour beaucoup. Dans ce contexte d'étalement spatial, les autorités sanitaires ont tenté de répondre à la demande de soins par la mise en place de districts sanitaires, accompagnée de, de la libéralisation du secteur privé, de la reconnaissance de la médecine traditionnelle etc. Ouagadougou appartient à la région sanitaire du Centre qui abrite cinq districts sanitaires. Les disparités intra-urbaines s'expriment en différences de niveaux de vie et de zones d'habitation, en accessibilité et aux recours aux soins. Cette communication « Structuration de l'espace urbain de Ouagadougou et santé » s'inscrit dans le thème « Dynamiques urbaines et santé ». Elle cherche à confronter la croissance démographique et spatiale, et l'organisation de l'espace urbain avec les niveaux de vie et l'accessibilité aux soins dans la ville. Elle repose d'abord, sur une revue de littérature en vue de retracer les différentes étapes de la croissance urbaine de Ouagadougou et les politiques d'aménagement urbain qui l'ont sous-tendue. Ensuite, nous avons voulu appréhender les différents éléments qui composent le système sanitaire (CSPS, CMA, hôpitaux, offre privée de soins, etc.) et les populations bénéficiaires. Enfin, nous avons cherché à établir un lien entre les lieux de résidence des patients, les niveaux de fréquentation et les types de structures sanitaires. Comment s'est faite l'évolution démographique et spatiale de Ouagadougou ? Quelles sont les politiques urbaines et sanitaires mises en place et leurs effets sur la santé des citoyens ? Comment mettre en évidence les liens entre dynamiques urbaines et santé ? La réponse à ces questions permettra de mieux comprendre l'organisation sanitaire urbaine, ses atouts et faiblesses, ses opportunités et menaces. De là, il devra être possible d'éclairer les décideurs, vers une nouvelle vision de la santé urbaine à Ouagadougou.

François TONNELIER

Town : Nogent sur Marne, France

Job Title : Directeur de recherche honoraire

Company : Professeur

Title of the presentation : « Les Hospitalisations "potentiellement évitables" : un marqueur territorial du retard à l'accès aux soins. »

Abstract :

Les hospitalisations potentiellement évitables : un marqueur territorial du retard à l'accès aux soins. F. Tonnellier (1), R.J. Freund (2) et JF Philippon (3) (1) Directeur de recherche honoraire à l'IRDES ; (2) EHESP, Dépt d'épidémiologie, Rennes ; (3) Dépt d'information médicale, CHD, Agen. Le renoncement aux soins pour raisons financières est un facteur

important des inégalités sociales de santé. L'objet de la communication est d'identifier les « hospitalisations potentiellement évitables » (HPE) en Ile-de-France, et de les caractériser en termes géographiques et socio-économiques afin de voir si les fréquences des HPE sont associées à des caractéristiques urbaines. Les « hospitalisations potentiellement évitables » (HPE) sont des admissions qui auraient pu être évitées avec des soins primaires délivrés à temps. Matériel et méthodes : L'étude a été réalisée en Ile de France, région très urbanisée mais qui comporte également des territoires ruraux. L'unité géographique est le code postal (505 observations). La base de séjours hospitaliers PMSI a été utilisée ainsi qu'une base de données comportant les principaux indicateurs socio-économiques (composition sociale, données fiscales, niveau d'éducation, offre de soins). Résultats : Les hospitalisations « potentiellement évitables » en Ile-de-France représentent 5.7 % de l'ensemble des séjours et 10 % des journées. Les durées moyennes de séjour sont deux fois plus élevées que pour les autres hospitalisations (ce qui indique que les cas sont plus graves). Trois pathologies représentent plus de 50 % des hospitalisations : complications du diabète, insuffisance cardiaque, asthme. Les taux élevés d'hospitalisations « potentiellement évitables » sont observés dans les zones défavorisées (revenus faibles, taux de chômage élevé). L'accessibilité géographique ou la disponibilité des généralistes ne sont pas liées aux taux élevés d'HPE. Urbanisation et hospitalisations « potentiellement évitables » Une classification hiérarchique réalisée avec l'ensemble des variables décrit la hiérarchie urbaine (quartiers bourgeois, classes moyennes, banlieues ouvrières) : de la première à la dernière classe la proportion de cadres ou le revenu moyen diminuent régulièrement tandis qu'augmente le pourcentage d'ouvriers et d'employés. Le résultat important est que les taux d'HPE (et l'indice redressé à âge égal) suivent une progression parallèle à la composition sociale en Ile-de-France. : les taux sont faibles dans les classes favorisées (versus élevés dans les classes défavorisées). De plus l'indice d'HPE à âge égal est supérieur de 20 % à la moyenne pour 30 % de la population d'Ile-de-France. Le caractère rural est peu marqué dans cette classification. Discussion et conclusion : Les hospitalisations « potentiellement évitables » constituent donc un marqueur territorial du retard à l'accès aux soins primaires. Le facteur financier semble jouer un grand rôle, peut-être en raison de l'absence de couverture complémentaire. Ceci peut expliquer le retard à l'accès aux soins pour une population mal couverte et désorientée par un système complexe. La différence de sensibilité aux symptômes, le manque d'information sanitaire expliquent que certaines personnes négligent des signaux précurseurs. Cet indicateur permet de désigner des territoires où mener des campagnes de sensibilisation ou de prévention.

Fafa Rebouha

Town : Oran, Algeria

Job Title : No indicated

Company : Université des Sciences et de la Technologie d'Oran

Title of the presentation : « l'offre de soins pour les périurbains ; une opportunité pour réduire les inégalités socio-spatiales à travers l'aménagement de services adaptés à une population pauvre, Oran-Algérie »

Abstract :

Dans les villes algériennes, les dynamiques urbaines et l'accroissement de la population urbaine sont à l'origine de la multiplication des besoins des habitants notamment pour l'accès aux soins. Le processus de dynamique urbaine à Oran depuis les années 1970 ainsi que les dynamiques foncières sont à l'origine d'une urbanisation différenciée. L'objet de ce travail, basé sur une approche quantitative et qualitative, est de connaître les contraintes d'accès des populations démunies aux soins dans la métropole d'Oran. Les habitants des quartiers enclavés, éloignés de la ville, sous-équipés en services sanitaires, peu motorisés et mal desservis par les transports en commun sont ainsi les plus touchés par les inégalités territoriales d'accès aux soins. Il s'agit de définir les déterminants de l'accès aux soins par rapport à une population défavorisée afin de lutter contre les disparités et les difficultés d'accès aux soins qui nuisent sur la population pauvre éloignée de la ville. Comment adapter les services de soins aux besoins des populations défavorisées ? Dans cet objectif, il s'agit en premier lieu de présenter la distribution de l'offre sanitaire dans la wilaya d'Oran et son évolution selon les statistiques de 2006 à 2011. Dans la présentation de la cartographie sanitaire apparaîtra la hiérarchisation des systèmes de soins dans l'aire métropolitaine oranaise (Selon des indices d'inégalités d'offre, de couverture et d'accès aux soins). Ces données statistiques sont traitées par l'outil SIG afin de livrer un diagnostic d'aide à la décision. Dans un deuxième temps, un éclairage sera apporté sur les acteurs de la santé et de la réglementation des soins en Algérie. Ce travail est complété par une enquête sur les hôpitaux et d'autres établissements de proximité pour analyser l'adaptation de ces services aux difficultés des malades notamment pauvres et périurbains. En deuxième lieu, une approche qualitative fondée sur les entretiens semi-directifs a permis de comprendre les difficultés d'accès aux soins pour la population pauvre des quartiers périurbains défavorisés. Il s'agit de connaître les conditions d'accès aux soins préventifs, curatifs et palliatifs. L'analyse des problèmes sanitaires des habitants s'intéresse également à l'environnement urbain et lieu de vie des habitants. Les disparités d'offre de soins justifient le besoin de déplacement des populations de la périphérie et des zones périurbaines vers la ville pour accéder aux soins. Par ailleurs, des insuffisances en soins spécialisés maintiennent le déficit en offre. L'enquête qualitative fait ressortir la dominance des contraintes financières et la non adaptation des services sanitaires aux besoins de soins notamment préventifs pour éviter les risques de santé. De même que les souffrances vécues : fréquence des problèmes de santé ressentis, accès aux soins limité aux cas les plus urgents à la fois du fait des coûts élevés de soins et de transport, et de l'éloignement rendant particulièrement pénible les trajets pour les personnes les plus malades. De plus, les contraintes d'accès aux soins peuvent réduire la capacité de la mobilité et assigner à résidence la population pauvre. Mots clés : offre de soins, périphérie, dynamiques urbaines, mobilité quotidienne, pauvreté, disparité.