

CHAPITRE 3

Études de terrain

3.1 Méthodes d'enquête et recueil des données

3.1.1 Introduction

A la suite du cadre général que nous avons tracé dans la partie précédente, la question de recherche qui ressortait et qui attirait notre attention était la suivante : « quels sont les plaintes et recours en santé de la population vietnamienne, et en quoi différent-ils de ceux de la population en Belgique ? »

Notre objectif était donc de répertorier les problèmes de santé, ainsi que les recours au système de santé qu'ils avaient entraînés.

Pour ce faire, il nous fallait donc, principalement, évaluer l'incidence mensuelle des problèmes de santé dans la population retenue, savoir à quel(s) professionnel(s) le patient s'était adressé, dans quel lieu et ce qu'il avait obtenu comme réponse.

Pour comparer les données des deux pays, nous avons sélectionné nos échantillons de population dans des communes rurales et urbaines de chaque pays.

L'analyse des données socio-démographiques nous permettra d'apprécier l'importance du biais de sélection, de voir s'il existait des spécificités selon le type de communes concernant les indicateurs qui nous intéressent. *In fine*, c'était donc la question d'une possible généralisation de nos résultats à une plus grande échelle qui nous préoccupait.

Pour répondre à notre question de recherche, en utilisant les grands indicateurs que nous avons considérés comme pertinents vis-à-vis de cette question, nous avons choisi d'effectuer une étude observationnelle transversale à deux reprises dans des

communes rurale et urbaine des deux pays. Les indicateurs retenus étaient les suivants :

- La taille du ménage
- Le sexe
- L'âge
- Le fait d'être propriétaire ou non de son domicile
- Le type de domicile
- L'état civil
- Le niveau d'étude
- La possession d'une assurance-maladie
- La possession d'une assurance complémentaire
- L'existence d'un médecin généraliste/de famille attitré
- L'existence d'un médecin spécialiste régulier

Un questionnaire était destiné à recueillir les données lors de deux passations indirectes, en face-à-face.

Lors de la première visite, l'enquêteur relevait les événements survenus lors du mois précédant l'entrevue ; lors de la seconde, il notait les événements apparus pendant la période séparant les deux rencontres (soit donc un mois).

Le protocole de l'étude a été approuvé par le Comité d'éthique hospitalo-universitaire de l'Université de Liège et a reçu le numéro B70720096210.

Les données ont ensuite été analysées selon différents axes. Les éléments plus spécifiques à chaque analyse seront présentés dans les chapitres correspondants.

Pour l'instant, nous ne présenterons que les éléments de méthodologie générale, communs aux différents types d'analyse, et qui constituent donc la trame générale de la recherche, les grands principes du travail de terrain.

3.1.2 Constitution de l'échantillon de l'étude

Tableau 2. Estimation de la taille de la population à échantillonner en Belgique et au Vietnam

	Commune	Caractéristique	Nombre d'habitants	Nombre hab/km²
Belgique	Herstal	Urbaine	38750 *	1565
	Sprimont	Rurale	13959 *	172
	Arrondissement	Caractéristique	Nombre d'habitants	Nombre hab/km²
Vietnam	Tan Binh	Urbaine	399943 #	19200
	Thu Duc	Rurale	356088 #	7500

* Site des villes et communes : <http://www.uvcw.be/communes/>

Site officiel de HCM ville

Les définitions de ruralité ne sont pas univoques.

Dès lors, nous avons choisi en Belgique, comme commune rurale, une commune dont la densité était proche du seuil de 150 habitants par km² (seuil de l'OCDE) et comme commune urbaine, une commune dont la densité était bien au-delà du seuil.

À Hồ Chí Minh-ville, l'échelle de densité étant fort différente de celle que nous connaissons en Europe, nous avons choisi des communes éloignées l'une de l'autre sur l'échelle de densité de population.

Dans chaque pays, deux communes ont été sélectionnées dans les régions de Liège et Hồ Chí Minh-ville. Tan Binh et Herstal étaient les communes urbaines, Thu Duc et Sprimont les communes rurales.

Nous avons pris comme unité de travail le ménage. Il est défini comme l'ensemble des personnes apparentées vivant sous le même toit depuis au moins un mois.

En Belgique, dans chaque commune, une liste de 100 ménages a été constituée par tirage au sort aléatoire sur base du registre communal.

Au Vietnam, comme la liste d'adresses n'était pas disponible dans le registre communal, les 100 ménages de chaque commune ont été choisis selon le protocole

suisant : l'enquêteur suivait un trajet prédéterminé en prenant, à partir de la maison communale, la première rue à droite, puis celle à gauche ; le cinquième ménage à droite à partir du carrefour était choisi. Cette approche assurait à tous les ménages une chance égale d'être choisis (y compris les ménages se trouvant dans une petite impasse, comme il s'en rencontre beaucoup à Hồ Chí Minh-ville).

3.1.3 Questionnaire utilisé pour l'étude

Le questionnaire était divisé en quatre parties (voir annexe 1). Chaque partie était imprimée sur des papiers de couleurs différentes pour faciliter le travail de terrain.

La première partie était constituée d'un feuillet sur lequel figuraient

- Les coordonnées du ménage, ainsi que le code qui lui avait été attribué.
- Une liste (annexe 4) reprenait les différents éléments que l'enquêteur devait rappeler à l'interviewé avant de lui proposer de signer un formulaire de consentement éclairé (annexe 5).
- Pour l'enquête en Belgique, une lettre d'information (annexe 3) avait été envoyée aux ménages en même temps que le courrier annonciateur.
- Les feuillets, séparés des autres éléments du questionnaire, étaient déposés au Département de Médecine générale par les enquêteurs et étaient conservés sous clef.

Seuls les chercheurs directement liés à l'étude pouvaient avoir accès à ces renseignements, si nécessaire.

La deuxième partie était le questionnaire concernant le ménage.

- Outre le code du ménage, y étaient notées :
 - les informations concernant le type de logement, le fait d'être locataire ou propriétaire,
 - la composition du ménage.
- Dans la composition du ménage, chaque membre était identifié par un code dont la racine était le code du ménage.

La troisième partie était destinée au recueil des caractéristiques socio-démographiques de chaque membre du ménage.

La quatrième partie visait à retracer les demandes en santé, les recours et les soins reçus pour chaque membre du ménage.

Chaque recours comprenait trois éléments à recueillir :

- la qualification du prestataire,
- le lieu où le contact s'était déroulé,
- le type d'intervention menée.

L'enquêteur était encouragé à noter toutes les informations qu'il recevait de l'interviewé en respectant les *verbatim* employés.

Nous avons privilégié les informations brutes, dans le vocabulaire utilisé par l'interviewé, plutôt que des données interprétées par l'enquêteur, étant donné que plusieurs enquêteurs étaient enrôlés dans la phase de recueil des données.

Le questionnaire a été validé par les chercheurs du Département de Médecine générale et a été testé lors d'une enquête pilote présentée ci-dessous.

Pour la Belgique, une lettre d'information (annexe 3) avait été envoyée aux ménages en même temps que le courrier annonceur.

Le questionnaire a été traduit en vietnamien à partir de la version française.

Les définitions de médecin traitant, médecin régulier, médecin de famille, médecin spécialiste et assurances (d'État et privée), proposées lors de la rencontre entre l'enquêteur et l'enquêté, ont été adaptées aux connaissances des citoyens vietnamiens.

L'étendue de l'échelle de revenus a été modifiée pour correspondre aux revenus vietnamiens. De petites modifications dans les questions ont aussi permis d'assurer la compréhension.

Il s'agissait d'un questionnaire à « administration indirecte », c'est-à-dire que l'enquêteur complétait lui-même le questionnaire à partir des réponses qui lui étaient fournies par le répondant.

3.1.4 Déroulement de l'enquête

3.1.4.1 Étude pilote

Une étude pilote a été menée auprès de 10 ménages en Belgique pour s'assurer de la faisabilité de l'enquête, vérifier l'intelligibilité du questionnaire, connaître les réactions de l'interviewé et le temps moyen de réponse.

À la suite de cette étude pilote, nous avons modifié des éléments mineurs, tels que la liste de prestataires ou les photos de médicaments et produits qui étaient

présentées aux répondants. Les questions même du questionnaire sont restées inchangées.

3.1.4.2 Préparation de l'enquêteur

Nous avons organisé une séance d'information permettant aux enquêteurs de se familiariser avec les notions abordées. Ils ont reçu le guide d'enquête (annexe 2) avec toutes les consignes.

Les enquêteurs ont signé une clause de confidentialité avant de commencer l'enquête.

3.1.4.3 Déroulement de l'enquête

Lors de la première visite, l'enquêteur devait compléter toutes les parties du questionnaire.

À la fin de la première visite, il convenait d'un autre rendez-vous, un mois plus tard. A la seconde visite, l'enquêteur ne complétait que les feuillets concernant les événements sanitaires survenus pendant le mois écoulé.

En cas d'absence lors de la première visite, l'enquêteur devait se présenter une deuxième fois à l'adresse indiquée, mais à un moment différent de la journée.

Les membres du ménage pouvaient refuser de participer à l'enquête.

Dans le cas où le ménage refusait de participer à l'enquête, la maison juste à côté à gauche était choisie comme remplaçante, et ainsi de suite jusqu'à acceptation d'un ménage.

Si l'enquêteur était confronté à la situation où plusieurs logements correspondaient à la même adresse, il effectuait un tirage au sort des ménages, afin de déterminer le ménage qui remplacerait celui qui avait refusé.

L'enquêteur devait inscrire le terme « refus » sur le premier feuillet et l'adresse du « nouveau » ménage sélectionné devait être inscrite, en-dessous de l'adresse du ménage initialement choisi.

Dans certains cas, l'enquêteur ne pouvait pas interroger toutes les personnes du ménage : les absents, les enfants de moins de 10 ans ou toute personne ne pouvant pas fournir les informations demandées (problèmes cognitifs, par exemple).

Dans ce cas, le recours à un proche était permis. L'enquêteur devait préciser le statut du répondant (père, mère, fils ou fille, etc.).

3.1.5 Encodage des données

La plupart des questions du questionnaire étant fermées, les différentes modalités de réponse étaient déjà proposées.

Pour les informations de recours en santé, comme il s'agissait de questions ouvertes, la phase d'encodage a été menée *a posteriori*, après retour des questionnaires.

Quatre éléments devaient être encodés, en utilisant quatre systèmes de référence différents.

- Pour encoder les problèmes de santé, nous avons utilisé la CISP (Classification Internationale des Soins Primaires) comme référence.
- Pour les prestataires de soins, les lieux de soins et les soins prestés, nous avons utilisé des références propres à l'étude. La définition de chaque élément sera présentée dans chaque étude spécifique.

Toutes les données recueillies ont été encodées dans une base de données structurée, gérée sous MS Access 2003. La base de données et son interface ont été programmées exclusivement pour notre enquête (annexe 8). La structure et le type des données sont présentés dans l'annexe 7.

3.1.6 Analyse des données

Nous avons utilisé le test T de Student pour les variables quantitatives et le test du Chi-carré pour les variables nominales.

Le seuil de signification des tests a été fixé à $p=0,05$ dans l'ensemble du travail et de l'analyse.

Toutes les analyses statistiques de cette étude ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 13.0 et Winbugs version 4.

Nous avons sélectionné certaines données en fonction des objectifs de chaque étude. Les détails des méthodes d'analyse seront présentés dans les chapitres suivants.

3.2 Résultats généraux de l'enquête

Le travail de terrain s'est déroulé en 2009 : d'avril à juillet en Belgique, et de mai à juin au Vietnam. Au total, 418 ménages ont été interrogés, ce qui représentait un total de 1209 personnes. Le taux de réponse directe aux enquêteurs a été de 62,9% en Belgique et 47,6% au Vietnam.

Tableau 3. Taux de réponses directes à la première visite en %

Variable	Belgique			Vietnam			Entre les 2 pays
	Herstal	Sprimont	p	Tan Binh	Thu Duc	p	p
Taux de réponse directe à la 1ère visite (en %)	61,6	64,6	0,467	48,3	46,9	0,713	0,000
Raison de délégation (en %)			0,754			0,667	0,040
Absent	62,8	57,0		64,9	65,1		
Enfant	30,2	36,0		22,2	24,9		
Incapacité	3,5	4,7		3,5	3,9		
Indisponibilité	3,5	2,3		9,4	6,1		

Tableau 4. Variables socio-démographiques du ménage et de la personne pendant le mois étudié

Variable	Belgique			Vietnam			Entre les 2 pays
	Herstal	Sprimont	p	Tan Binh	Thu Duc	p	
Ménages (nombre)	112	106		100	100		
Personnes interviewées	294	243		331	341		
Propriété de l'habitat (en %)			0,908			0,228	0,000
Propriétaire	75,9	78,3		93,0	88,0		
Locataire	24,1	21,7		7,0	12		
Type d'habitat (en %)			0,549			#	0,000
Maison	92,0	89,6		100	100		
Appartement	8,0	10,4		0	0		
Nombre moyen de membres du ménage (min-max)	2,6(1-9)	2,3(1-6)	0,073	3,3(1-9)	3,4(1-9)	0,645	0,000
Age moyen de la population (SD)	36,4(21,8)	42,6(23,6)	0,002	42,7(23,8)	37,3(21,7)	0,002	0,573
Homme	35,9(21,2)	41,5(22,8)		39,4(23,4)	34,7(22,0)		
Femme	36,8(22,3)	43,5(24,4)		45,4(23,8)	39,4(21,3)		
Sexe (en %)			0,641			0,786	0,803
Homme	44,9	46,9		45,6	44,6		
Femme	55,1	53,1		54,4	55,4		

Tableau 4. (suite) Variables socio-démographiques du ménage et de la personne pendant le mois étudié

Variable	Belgique			Vietnam			Entre les 2 pays
	Herstal	Sprimont	p	Tan Binh	Thu Duc	p	
Etat civil (en %)			0,537			0,940	0,000
Marié(e)	42,2	46,4		56,5	54,4		
Célibataire	41,5	35,4		34,1	36,5		
Divorcé(e)	6,5	5,8		1,2	1,2		
Veuf/veuve	5,4	5,8		8,2	7,9		
Cohabitant	4,4	6,6		0,0	0,0		
Niveau d'étude (en %)			0,098			0,139	0,000
Pas de diplôme	17,7	17,4		18,7	25,7		
Primaire	13,6	11,6		23,5	26,6		
Secondaire inférieur	15,0	18,6		22,9	21,6		
Secondaire supérieur	31,7	24,4		24,5	18,4		
Supérieur non universitaire	15,6	17,4		3,7	3,0		
Universitaire	4,4	9,5		5,8	4,1		
Autre	2,0	1,2		0,9	0,6		
Assurance maladie (en %)	99,7	98,8	0,333	43,8	51,0	0,061	0,000
Assurance complémentaire (en %)	44,2	48,6	0,315	6,0	6,5	0,827	0,000
Médecin de famille (en %) §	96,3	94,7	0,369	1,8	1,5	0,723	0,000
Médecin spécialiste §	31,6	31,7	0,851	7,3	0,3	0,000	0,000

non calculable; § médecin généraliste attiré ; \$ médecin spécialiste chez qui le patient a consulté 3 fois au moins pendant l'année écoulée

Sur les 11 paramètres socio-démographiques étudiés (Tableau 4), un seul présente une différence significative entre les deux communes au sein de chaque pays ; il s'agit de l'âge.

Vu le peu de différence entre les communes d'un même pays, il est raisonnable d'en regrouper les données pour la suite de l'analyse.

En revanche, les différences entre les deux pays sont statistiquement significatives pour 10 paramètres sur 11 (Tableau 4).

- La taille des ménages vietnamiens est plus grande que celle observée en Belgique. Cette différence s'explique en partie par la culture asiatique, par les habitudes de regroupement des familles sur trois générations, et par la difficulté de trouver un logement pour les jeunes mariés.
- Notre enquête montre que les Belges sont bien couverts par l'assurance maladie (99,3%) et par une assurance complémentaire (46,2%), valeurs qui sont comparables à celles du rapport de santé en Belgique en 2007 (plus de 99% des Belges bénéficiant d'une assurance maladie, environ 43% d'une assurance complémentaire)²⁵.
- Du côté vietnamien, l'assurance maladie ne couvre que 47,5% de la population, valeur comparable à celle de 42% citée dans le rapport 2008 du Ministre de la santé du Vietnam²⁶; la couverture de l'assurance complémentaire reste, en revanche, encore très limitée.
- En termes d'utilisation des soins, notre étude montre que 95,5% des Belges déclarent avoir un médecin généraliste attitré. Plus de 31,7% d'entre eux identifient un médecin spécialiste chez lequel ils se sont rendus au moins 3 fois dans le courant de l'année. Ces résultats correspondent à ceux de l'enquête nationale de 2004 en Belgique où 95% de la population déclarent avoir un médecin généraliste attitré²⁷.
- Au Vietnam, en revanche, le système de médecine de famille n'existe pratiquement pas. Certaines polycliniques privées proposent un service forfaitaire de consultations à domicile, ce qui est assimilé à un service de médecine de famille. Pourtant, le montant à charge du patient est très élevé, ce qui rend ce service très peu accessible à la population générale. Nous avons ainsi constaté que la proportion des patients vietnamiens ayant un médecin généraliste attitré (1,6%) est moins importante que celle ayant un médecin spécialiste régulier (3,7%).

En cumulant les données des deux visites, nous avons enregistré, en tout, 3772 problèmes de santé ayant entraîné 2492 contacts avec des prestataires de soins (Tableau 5).

Une grande partie de ces problèmes de santé se règle sans l'intervention d'un prestataire de soins, tandis que d'autres nécessitent des interventions multiples.

Tableau 5. Relevé du nombre de problèmes de santé et de recours selon les communes

Variable	Belgique		Vietnam		
Commune	Herstal	Sprimont	Tan Binh	Thu Duc	Total général
Personnes interviewées	294	243	331	341	1209
Problèmes	1337	1305	555	575	3772
Recours	746	644	519	583	2492

Les résultats seront analysés plus avant dans les chapitres suivants.

3.3 Écologie en santé - Carré de White

3.3.1 Introduction

Ce chapitre est spécifiquement consacré à l'étude de la notion de prévalence mensuelle des personnes ayant des problèmes de santé.

Cet indicateur est fréquemment utilisé dans la recherche en santé publique et en soins primaires. Les études qui y recourent revêtent diverses appellations comme « écologie des soins en santé », « écologie en santé » ou encore « carré de White ».

Le dernier terme rend hommage au Professeur Kerr White qui a eu un rôle fondateur dans la diffusion internationale de cette notion et en particulier dans le domaine des soins primaires.

Le terme « écologie des soins de santé » est utilisé pour la première fois en 1954 par John et Elisabeth Horder ¹, deux généralistes londoniens qui publient un modèle qui représente, en trois carrés de taille décroissante :

- la population qu'ils soignent,
- la proportion de leurs patients qui présenteront un problème de santé suffisamment important pour justifier une consultation
- ainsi que ceux qui devront être adressés à un spécialiste hospitalier.

En 1961, Kerr White publie dans le *New England Journal of Medicine* un article intitulé « *The Ecology of Medical Care* » ³.

Les prévalences mensuelles en matière de problèmes de santé et de recours aux différents niveaux de soins sont figurées par des carrés de taille décroissante. Cette représentation schématique montre que pour une population anglo-américaine de 1000 adultes suivis pendant un mois :

- 750 personnes ressentent au moins un problème de santé,
- parmi elles, 250 ont recours à un médecin pour une consultation,
- 9 patients, seulement, doivent prendre le chemin de l'hôpital pour y recevoir des soins plus techniques,
- un seul nécessite le recours à un hôpital de niveau universitaire.

Ce que certains appelleront plus tard le « carré de White » a eu l'avantage de susciter un débat particulièrement fécond et, surtout, de montrer le rôle de la première ligne de soins dans les systèmes de santé occidentaux.

Green et al. ont publié en 2001 une analyse réactualisée de l'écologie des soins de santé aux USA ²: ils ont montré une grande stabilité des tendances décrites par White. La figure 4 reprend ces conclusions qui portent sur les recours médicaux.

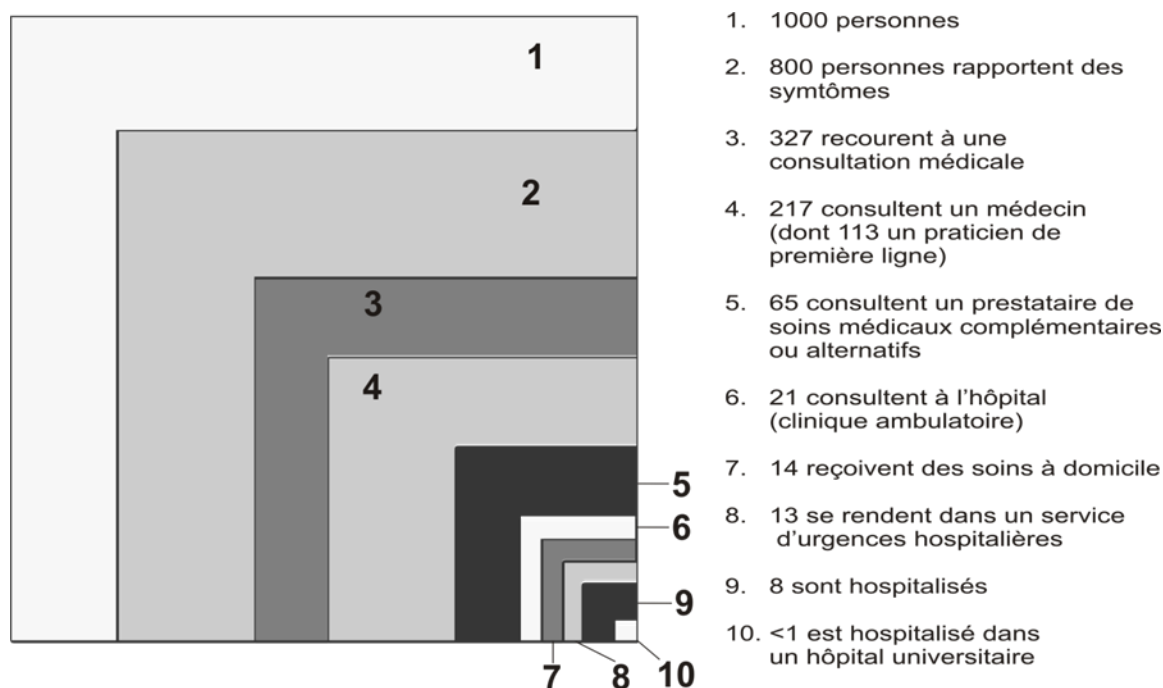


Figure 4. Prévalence mensuelle des problèmes de santé et des recours à différentes sources de soins de santé aux États-Unis (traduit et adapté selon Green et al. 2001²)

D'autres auteurs ont souligné l'utilité de l'outil de Kerr White et retravaillé sur cette notion d'écologie de soins dans différents contextes ⁵⁻⁹ ou au sujet de pathologies spécifiques ^{10,11}.

Le modèle proposé par K. White et les enseignements qui ont pu en être tirés au sujet des fonctions des médecins de première ligne ont été abordés en 2006 dans la Revue Médicale de Liège ⁴.

Tous ces travaux traitant de l'écologie des soins de santé s'appuient sur la notion de prévalence mensuelle à savoir le nombre de personnes, dans la population générale, chez qui est enregistré au moins un problème de santé ou un recours en santé durant une période donnée.

Il s'agit d'une approche populationnelle intéressante, mettant notamment en évidence les rôles respectifs des différents niveaux de soins.

En se basant sur une méthodologie et un modèle comparables, nous présentons deux analyses de nos données.

- La première fait un état des lieux de cet indicateur en Belgique et ensuite au Vietnam.
- La seconde analyse vise à une comparaison entre ces deux pays, sur base de cet indicateur.

Ces analyses ont bien évidemment pour objectif d'alimenter notre vision du modèle de médecine de famille dans le contexte du Vietnam.

3.3.2 Méthodologie

À partir des données récoltées au travers de l'enquête décrite plus haut, nous avons extrait les éléments permettant d'établir un carré de White, pour chaque pays.

- Tout problème de santé était répertorié pour autant qu'il ait été à l'origine de symptômes ou d'une consommation en soins durant le mois étudié.
- Tout problème de santé préexistant qui n'avait pas demandé de recours à un professionnel pendant la période étudiée n'a pas été pris en compte (par exemple une pathologie chronique n'ayant pas demandé de soins professionnels ou encore une pathologie chronique n'ayant justifié que la délivrance d'une ordonnance médicale rédigée antérieurement à la période étudiée).

Le recours à des soins de santé était défini comme un contact avec un prestataire de soins de tout type de qualification.

Ainsi, l'utilisation de médicaments sans qu'il n'y ait de délivrance en pharmacie (automédication à domicile) et les soins administrés sans aucune aide professionnelle (pansements, bains, etc.) n'ont donc pas été comptabilisés.

Pour chaque recours, trois éléments ont été recueillis :

- la profession du dispensateur de soins
 - médecin,
 - pharmacien,
 - dentiste,
 - infirmier,
 - kinésithérapeute,
 - autre prestataire.

- le lieu de dispensation des soins
 - service d'hospitalisation,
 - service des urgences,
 - policlinique ambulatoire,
 - cabinet,
 - pharmacie,
 - domicile.

- le type de prestations
 - opération chirurgicale,
 - hospitalisation sans chirurgie,
 - consultation médicale complexe (comportant des interventions techniques, de laboratoire, de radiologie, etc.),
 - consultation médicale simple (sans acte technique nécessitant du matériel lourd),
 - délivrance de médicaments en pharmacie sans avis médical préalable,
 - soins paramédicaux (dispensés par des professionnels non médecins).

Pour construire les carrés, nous avons eu recours à l'indicateur utilisé par K. White, à savoir le nombre de personnes qui présentent au moins un problème ou un recours chez un professionnel de santé dans une population de 1000 habitants suivis pendant un mois. Cet indicateur peut être exprimé comme la prévalence mensuelle des personnes présentant un problème de santé ou ayant recours aux services d'un professionnel de santé.

3.3.3 Écologie en santé de Hồ Chí Minh-ville – Vietnam

3.3.3.1 Résultats

Au total, 672 personnes ont été interrogées dans 200 ménages répartis sur les deux communes.

Les caractéristiques socio-démographiques des deux sous-populations étudiées ne sont pas significativement différentes, excepté pour l'âge et la proportion des personnes ayant un niveau d'études supérieures.

Le taux de réponse directe aux enquêteurs est de 47,6%. Les deux raisons de délégation les plus rencontrées sont l'absence (65,1% des cas) et le jeune âge de la personne concernée (23,6% des cas) (Tableau 3).

Le nombre de personnes ayant rencontré au moins un problème de santé durant le mois étudié est de 426, ce qui correspond à une prévalence mensuelle de 63,4%. Le nombre de personnes ayant eu au moins un recours en santé durant la même période est de 384, ce qui équivaut à une prévalence mensuelle de 57,1 % (Tableau 6).

La répartition des recours en santé selon le prestataire rencontré, le lieu de soins fréquenté et le type de prestation réalisée est détaillée dans ce même tableau.

Tableau 6. Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé – Hồ Chí Minh-ville - Vietnam.

		Tan Binh % (effectif)	Thu Duc % (effectif)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours en santé		55,0(182)	59,2(202)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours selon le prestataire	Médecin	33,8(112)	33,7(115)
	Pharmacien	26,0(86)	26,1(89)
	Dentiste	0,0 (0)	0,0 (0)
	Infirmier	0,0 (0)	0,3 (0)
	Kinésithérapeute	0,0 (0)	0,0 (0)
	Autres prestataires	2,7 (9)	2,6 (9)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours selon le lieu de soins	Service d'hospitalisation	0,9 (3)	2,6 (9)
	Service des urgences	0,3 (1)	0,0 (0)
	Policlinique ambulatoire	23,3 (77)	23,5 (80)
	Cabinet	8,8 (29)	10,9 (37)
	Pharmacie	26,0 (86)	26,1 (89)
	Domicile du patient	0,9 (3)	1,5 (5)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours selon le type de prestation	Opération chirurgicale	0,3 (1)	1,2 (4)
	Hospitalisation sans chirurgie	0,9 (3)	1,5 (5)
	Consultation médicale complexe	0,6 (2)	1,2 (4)
	Consultation médicale simple	33,8(112)	33,4(114)
	Délivrance de médicaments sans avis médical préalable	26,0 (86)	26,1 (89)
	Soins non médicamenteux	1,2 (4)	0,3 (1)

Les résultats qui ne portent que sur les recours à des médecins sont présentés dans la figure 5 selon un modèle inspiré des travaux de Green².

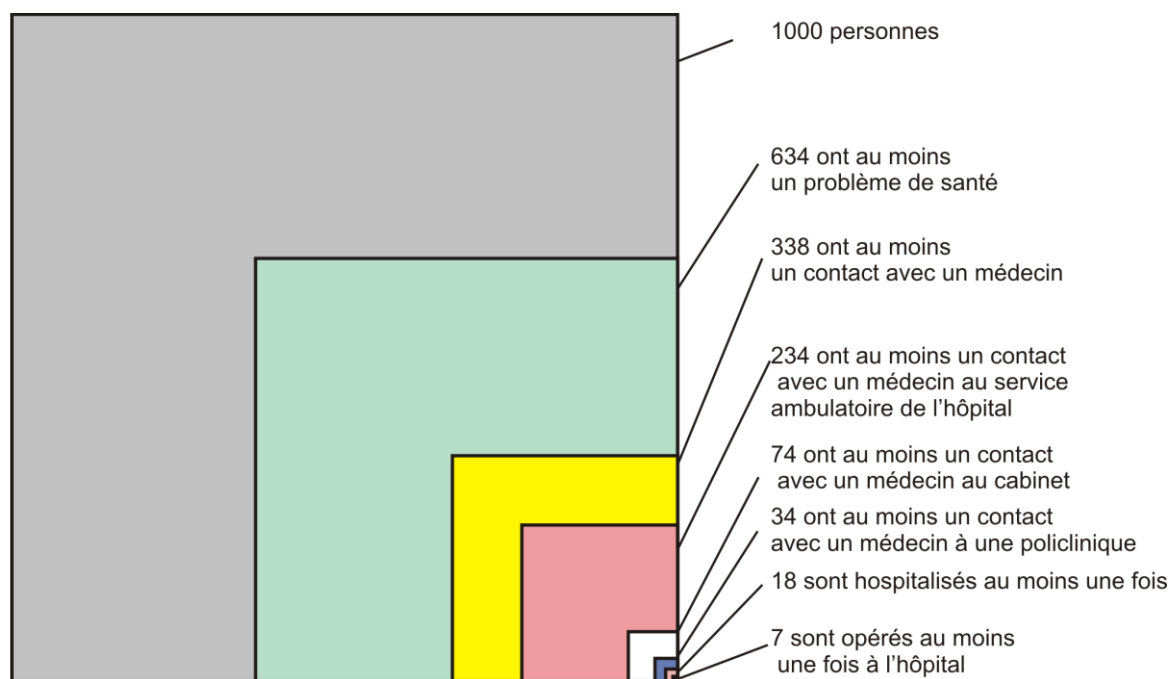


Figure 5. Écologie des soins de santé de deux communes de Hồ Chí Minh-ville, suivant un modèle inspiré de Green (prévalence mensuelle exprimée pour 1000 personnes ne concernant que les recours à des médecins)

Les résultats portant sur les recours aux soins selon le prestataire consulté, le lieu de soins et le type de prestation réalisée sont présentés respectivement dans les figures 6, 7 et 8.

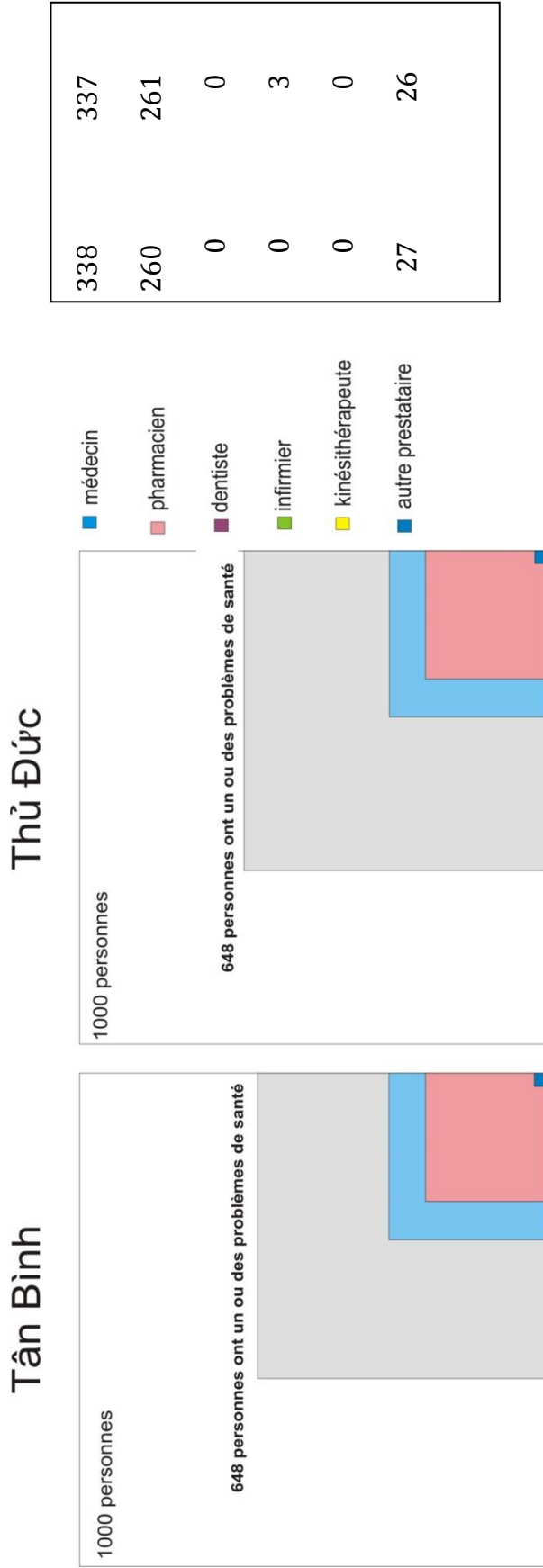


Figure 6. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, au Vietnam

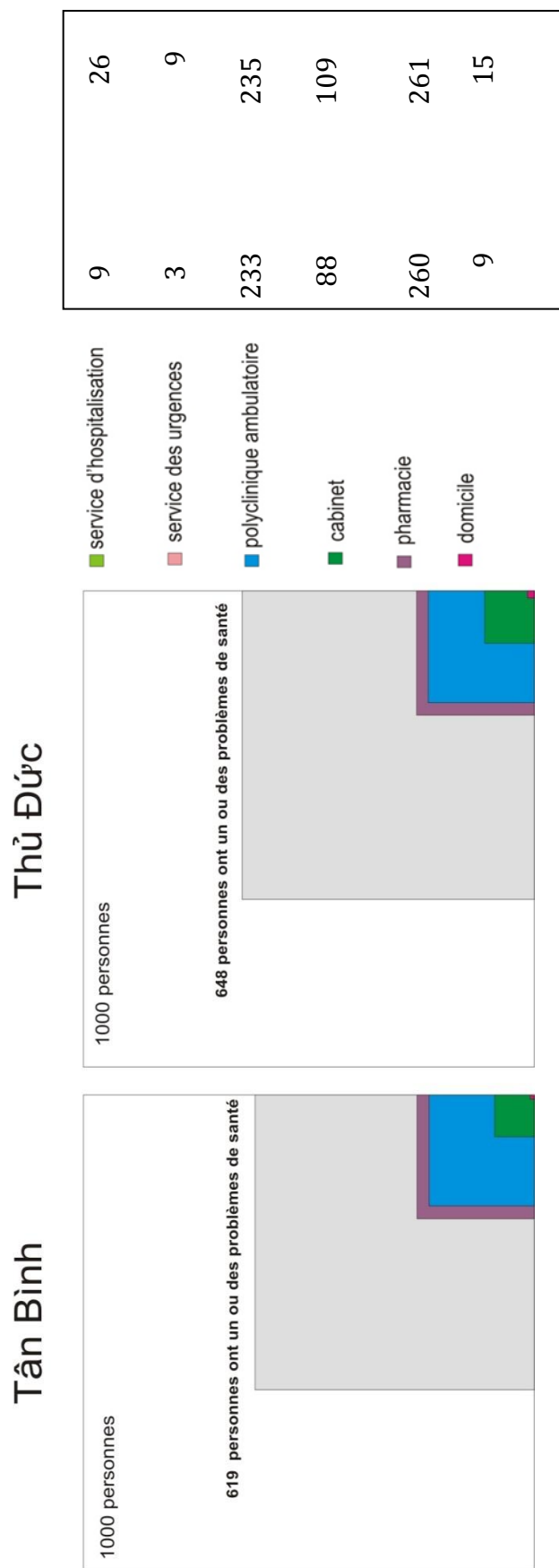


Figure 7. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, au Vietnam

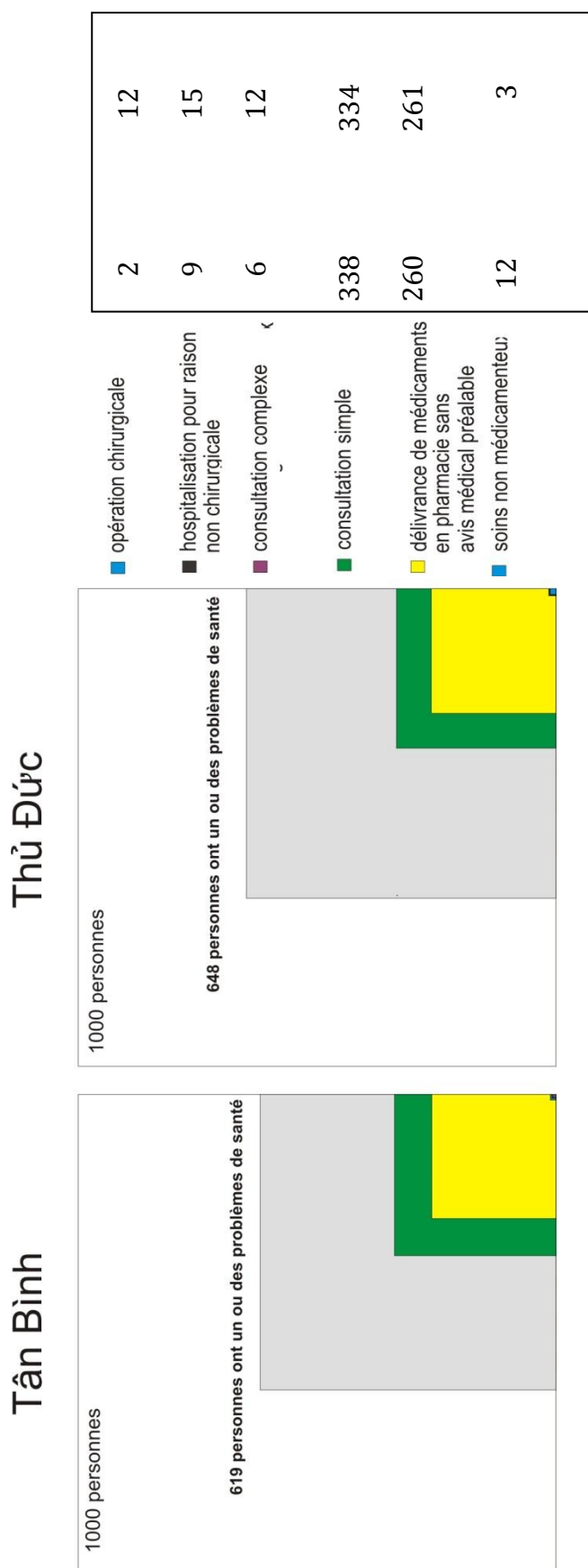


Figure 8. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, au Vietnam

Nous proposons un format original de présentation de l'écologie des soins de santé, permettant de visualiser la prévalence mensuelle des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire consulté, le lieu de soins et le type de prestation (Figures 9, 10 et 11). L'écologie des soins de santé est ainsi analysée selon trois angles de vue différents, donnant une vue synoptique des soins de santé dans les deux communes considérées.

Tân Bình Thử Đức

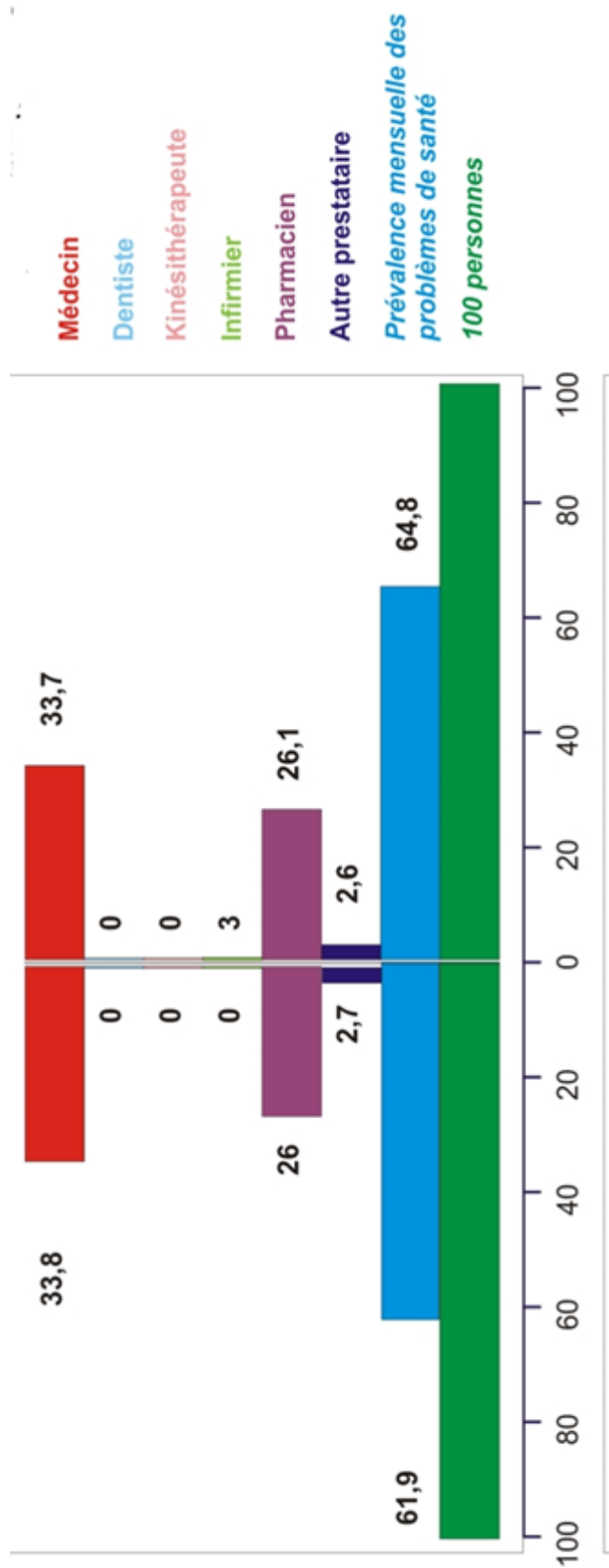


Figure 9. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, au Vietnam

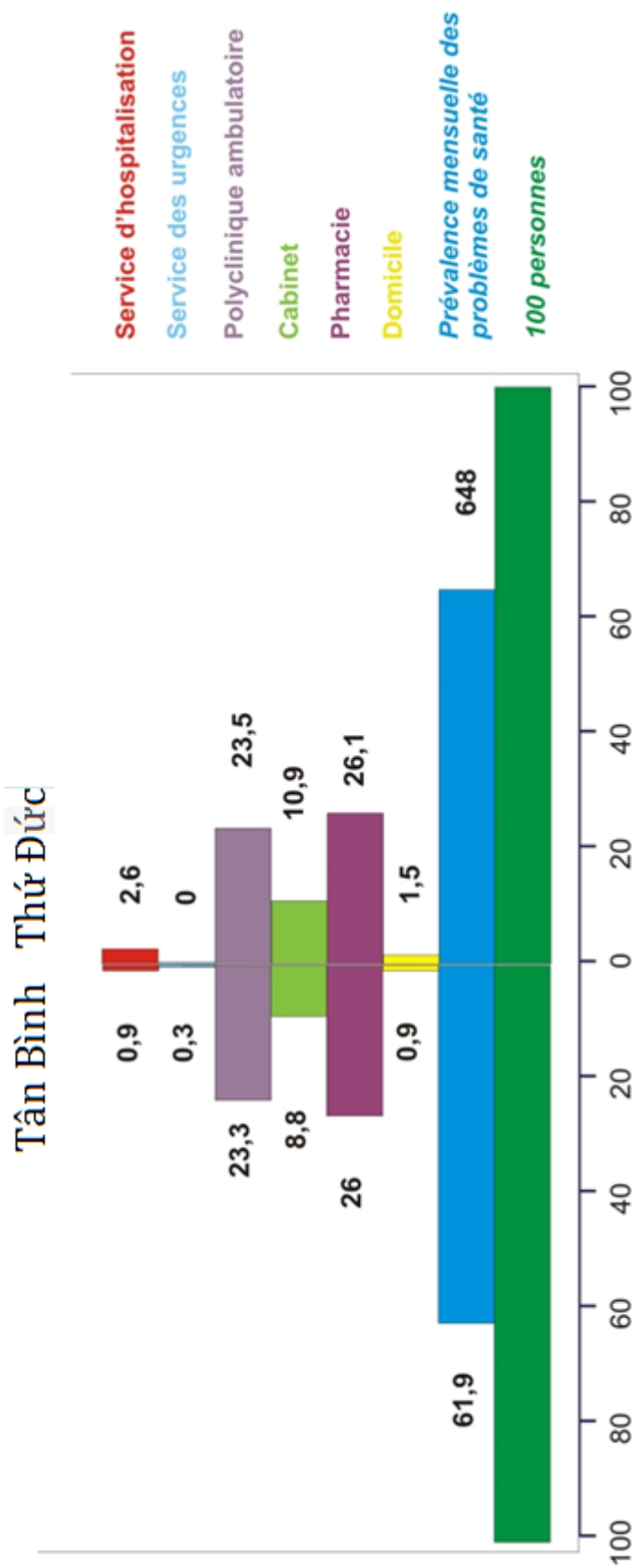


Figure 10. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, au Vietnam

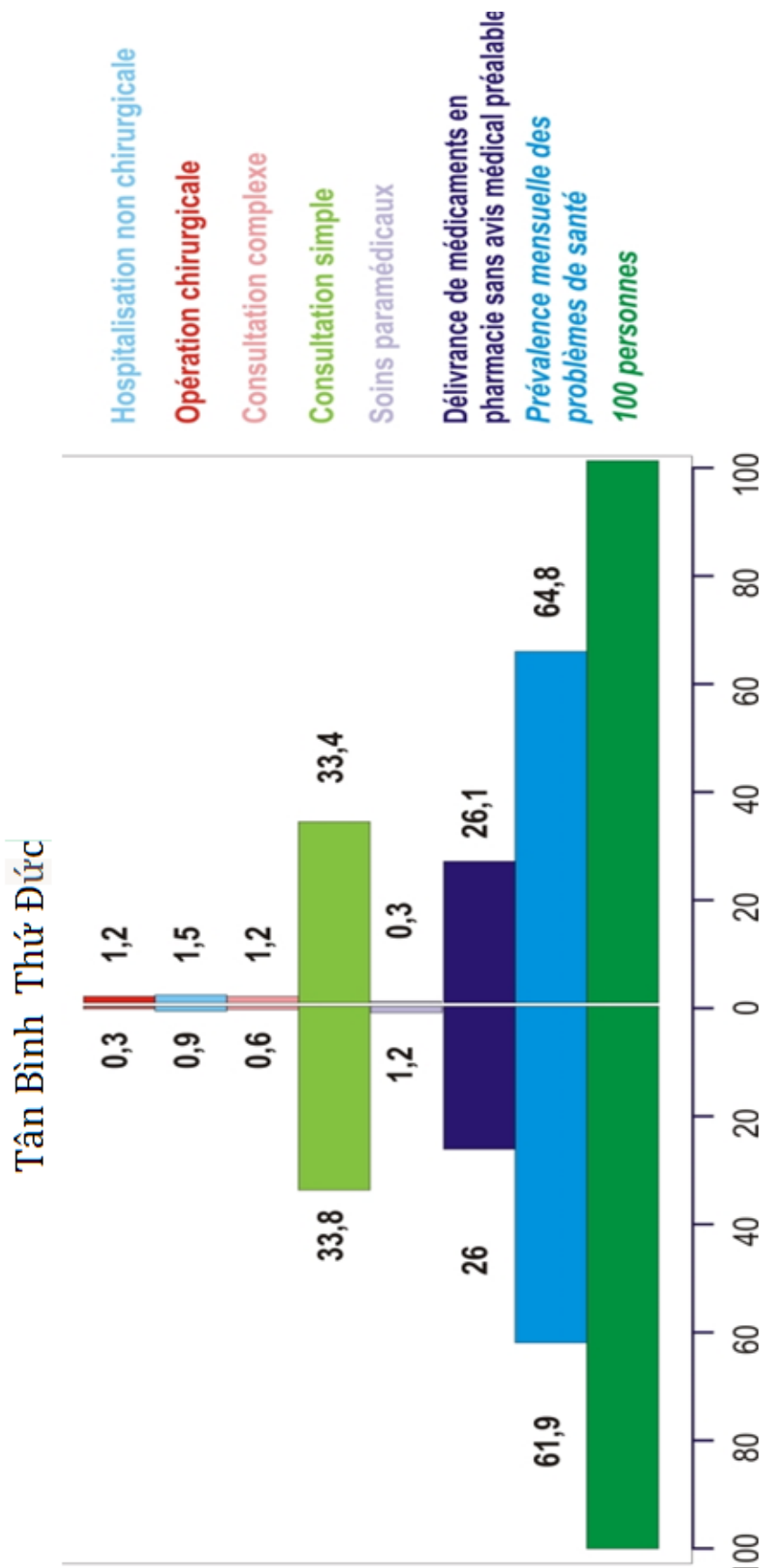


Figure 11. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, au Vietnam

3.3.3.2 Discussion

Au Vietnam, l'information en matière de soins de santé et de recours provient souvent des registres des grands établissements médicaux.

En conséquence, ces données ne fournissent souvent qu'une image déformée ou partielle de la réalité de la population générale, ne tenant compte que de l'activité hospitalière.

Le système de santé ne dispose pas d'informations réellement fiables, relevées de manière systématique auprès de la population générale.

Le modèle d'écologie des soins de santé de K. White apporte dès lors une vision intéressante du système de santé local, puisqu'il se concentre sur la population, et non sur le système de santé ou les praticiens, avec le calcul de la prévalence mensuelle de personnes ayant des problèmes de santé et ayant recours au système de santé, de manière générale.

Ce type d'approche, basée sur le modèle de l'écologie des soins de santé, n'avait jamais été réalisé au Vietnam. La présente étude constitue ainsi la première expérience vietnamienne utilisant ce modèle. Elle permet d'avoir une base de comparaison avec des travaux semblables réalisés dans d'autres pays.

En raison des différences méthodologiques d'une étude à l'autre, des indicateurs choisis et des spécificités de chaque système de santé, une comparaison stricte des résultats s'avère toutefois hasardeuse. À titre d'exemple, Green a utilisé trois sources de données différentes ², alors que notre travail est basé sur une enquête dans la communauté, directement auprès de la population.

Pour cette raison, dans les lignes qui suivent, nous limiterons notre analyse comparative aux grandes tendances observées.

La prévalence mensuelle des personnes ayant rencontré des problèmes de santé dans notre échantillon (634 personnes pour 1000 habitants) se situe dans la moyenne de celles relevées dans d'autres études étrangères.

Si la prévalence mensuelle évaluée à Hong-Kong ⁷ est de l'ordre de 567 sur 1000 personnes, celle des pays occidentaux varie entre 750 et 860 personnes selon les études ^{2,3,8}.

Le résultat de notre étude au Vietnam peut aussi être comparé à celui d'une ancienne enquête nationale réalisée en 1997-1998, mais qui ne reprenait pas le modèle théorique considéré dans ce travail.

Dans cette étude, 414 personnes sur 1000 avaient déclaré au moins un épisode de maladie ou d'accident au cours des quatre dernières semaines¹².

À notre connaissance, il n'existe pas de données plus actualisées concernant le Vietnam.

Au niveau de la prévalence mensuelle des recours en soins de santé, les études originales ^{2,3} ne se sont concentrées que sur le contact avec un médecin, plutôt qu'avec un prestataire de soins au sens général (où figurent aussi l'infirmier, le pharmacien, etc.).

Seule l'étude menée à Hong-Kong a abordé le recours aux soins de santé de façon plus générale ⁷.

Cette différence méthodologique peut expliquer l'écart de prévalence mensuelle de recours aux soins de santé entre une étude occidentale ² (40,9% des intéressés) d'une part, l'étude de Hong-Kong ⁷ (65,6% des intéressés) et la nôtre au Vietnam (57,1% des intéressés) d'autre part, écart avoisinant ou dépassant les vingt points.

En dépit de ces différences, nous avons aussi trouvé des caractéristiques communes avec l'écologie des soins de santé d'autres pays.

La plupart des problèmes de santé engendrant un recours entraînent des prestations de soins simples, comme une consultation médicale simple ou la délivrance de médicaments.

Des interventions plus lourdes comme une consultation médicale complexe, une hospitalisation ou une opération sont beaucoup plus rares.

Ce résultat corrobore le message important de toutes les études sur l'écologie des soins de santé : les besoins en santé exigeant des soins lourds sont très limités dans la population ^{2,3,5}.

Une faible proportion de la population nécessite le recours à des soins intra-hospitaliers.

Le taux d'hospitalisation observé, qui est de 1,8 % dans notre enquête, n'est pas très éloigné également des taux rapportés dans d'autres études, qui vont de 0,7 à 1% ^{2,3,8,9}.

Le taux de recours aux urgences de notre étude est aussi de 0,1%, alors que dans les études antérieures, ce taux était compris entre 1,3% et 1,6% ^{2,5-7}.

Dans ce travail, l'écologie des soins de santé du Vietnam se différencie néanmoins de celle des autres pays par divers aspects :

- L'existence d'une première ligne de soins assurant une prise en charge de proximité n'est pas démontrée, la fonction de premier recours étant assurée par les services hospitaliers de soins ambulatoires ou encore par les pharmaciens. Ce phénomène a été identifié dans cette enquête. En effet, une part importante des recours aux médecins a lieu dans les services hospitaliers de soins ambulatoires pour des consultations simples.
- Une proportion non négligeable de recours à la pharmacie pour l'achat de médicaments sans avis médical apparaît également.
- On note enfin une absence quasi-totale de soins de proximité, notamment de soins à domicile.

Le service hospitalier de consultation ambulatoire occupe donc une place importante dans le modèle d'écologie des soins de santé au Vietnam.

Si les prestations de soins sont majoritairement des consultations simples, elles sont toutefois prises en charge par des médecins exerçant dans des structures hospitalières plutôt que dans des cabinets individuels.

Ce type de recours aux structures hospitalières est lié à l'absence de remboursement par l'assurance maladie des soins ambulatoires hors du contexte hospitalier, le même système s'appliquant également pour les médicaments. Ceci peut expliquer le recours en masse à l'hôpital pour une consultation simple.

Ce fonctionnement du système de santé vietnamien, où les médicaments remboursables ne se trouvent que dans les grandes structures médicalisées, explique également l'importance de l'automédication dans ce pays d'Asie¹³.

En se référant aux autres études réalisées au Vietnam ^{14,15}, il a été montré que les patients vietnamiens préfèrent utiliser l'automédication en première intention pour un problème de santé.

En effet, les médicaments sont vendus librement en pharmacie, sans nécessité de prescription médicale, ce qui les rend plus accessibles et moins chers que les autres types de recours. Ceci explique la forte prévalence mensuelle du recours à l'automédication.

Ces résultats soulignent aussi l'absence d'une première ligne de soins structurée dans le système de santé vietnamien.

Ainsi est mise en évidence une distribution paradoxale des soins en santé :

- les patients optent soit pour l'automédication, moins chère et plus accessible,
- soit pour une consultation dans des services hospitaliers parfois distants, qui s'avère plus onéreuse pour le patient ou pour le système de santé, dont le plus haut niveau de technicité s'avère non nécessaire dans une grande partie des cas.

D'un point de vue méthodologique, la présente étude permet une approche plus détaillée de l'écologie des soins de santé au Vietnam, fournissant des détails sur la nature des prestataires, les lieux et prestations de soins.

Pour autoriser une comparaison minimale et prudente avec des travaux antérieurs, nous avons fait le choix de recourir à la notion de prévalence mensuelle à l'image de la méthode adoptée par K. White³.

Une telle démarche comporte des limites : l'imbrication des carrés peut graphiquement entraîner une confusion, laissant penser à tort que les petits carrés constituent des sous-ensembles des grands carrés.

Or, ces carrés représentent des effectifs, et en aucun cas des lignes de soins successives.

Cette démarche ne peut pas, par exemple, prétendre approcher la consommation de soins ou encore les besoins en santé ou les freins à l'accès aux soins.

Elle n'est donc qu'une manière particulière d'appréhender un système de santé, sans vocation à l'exhaustivité, et qui peut être appuyée par des approches complémentaires.

3.3.3.3 Conclusion

Pour conclure, la présente étude constitue la première analyse de l'écologie des soins de santé au Vietnam.

Elle permet une analyse assez détaillée des prévalences mensuelles des personnes ayant des problèmes de santé et des recours dans une population de la région de Hồ Chí Minh-ville, sélectionnée et interrogée selon une méthodologie clairement définie.

Comme dans d'autres études de ce genre, une proportion importante de la population présente mensuellement des problèmes de santé, et ces derniers ne conduisent majoritairement qu'à une consultation simple.

Pourtant, l'écologie des soins de santé du Vietnam diffère du modèle des autres pays, avec une prévalence importante de recours inappropriés à l'automédication et à la consultation pourtant simple dans les structures hospitalières. L'absence de soins de proximité contraste avec l'organisation sanitaire d'autres pays.

Par la comparaison avec d'autres pays, cette étude de l'écologie de soins de santé au Vietnam pose diverses questions, telles que l'allocation des ressources sanitaires, l'égalité sociale en matière de santé, ou encore la structuration du système de santé et de la première ligne.

Celles-ci devront alimenter les débats sur l'organisation actuelle et future du système de santé vietnamien.

Nous reviendrons notamment sur ces aspects dans la discussion générale.

3.3.4 Écologie en santé de Liège - Belgique

3.3.4.1 Résultats

Au total, 537 personnes ont été interviewées dans 218 ménages répartis sur les deux communes.

Comme évoqué dans les résultats généraux, les caractéristiques socio-démographiques des populations étudiées dans les deux communes ne sont pas significativement différentes, exception faite de l'âge, moins élevé dans la commune urbaine (Tableau 4).

Le taux de réponses directes aux enquêteurs n'est pas statistiquement différent d'une commune à l'autre, au total il est de 62,9%. Les deux raisons de délégation les plus rencontrées sont l'absence (60,3% des cas) et le jeune âge de la personne concernée (32,7% des cas).

Le nombre de personnes ayant rencontré au moins un problème de santé durant le mois étudié est de 242 pour l'échantillon urbain (soit 823 personnes, si on rapporte ce chiffre à une population de 1000 habitants) et de 215 pour l'échantillon rural (soit 885 personnes pour une population de 1000 habitants). La prévalence mensuelle des personnes ayant des problèmes de santé est de 85,1% pour la population globale. Le tableau 7 reprend les données relatives à la prévalence mensuelle des personnes ayant des problèmes de santé.

Tableau 7. Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des problèmes de santé – Liège, Belgique

Commune		Herstal %(effectifs)	Sprimont % (effectifs)	p
Nombre de personnes interrogées		294	243	
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des problèmes de santé		82,3(242)	88,5(215)	0,046
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des problèmes de santé, âgées de	moins de 6 ans	77,8(21)	93,7(15)	0,229
	>6 et <50 ans	80,9(148)	87,9(109)	0,102
	50 ans et plus	86,9(73)	88,3(91)	0,765

Le nombre de personnes ayant eu au moins un recours en santé durant le mois étudié est de 178 pour l'échantillon urbain (soit 605 personnes, si on rapporte ce chiffre à une population de 1000 habitants) et de 156 pour l'échantillon rural (soit 642 personnes pour une population de 1000 habitants). La prévalence mensuelle des personnes ayant des recours en santé est de 62,2 % pour la population globale.

Tableau 8. Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé – Liège – Belgique.

Commune		Herstal % (eff.)	Sprimont % (eff.)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé		60,5(178)	64,2(156)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé, âgées de	moins de 6 ans	59,3 (16)	75,0 (12)
	>6 et <50 ans	55,7(102)	60,5 (75)
	50 ans et plus	71,4 (60)	67,0 (69)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours selon les prestataires	Médecin	49,0(144)	49,4(120)
	Pharmacien	6,5 (19)	6,6 (16)
	Dentiste	9,9 (29)	13,6 (33)
	Infirmier	2,7 (8)	5,8 (14)
	Kinésithérapeute	8,2 (24)	9,1 (22)
	Autre prestataire	4,1 (12)	6,6 (16)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours selon les lieux de soins	Service d'hospitalisation	2,4 (7)	0,4 (1)
	Service des urgences	1,4 (4)	2,5 (6)
	Policlinique ambulatoire	18,7 (55)	14,0 (39)
	Cabinet	40,5(119)	46,9(114)
	Pharmacie	6,5 (19)	6,6 (16)
	Domicile	15,3 (45)	14,0 (34)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours selon les prestations	Opération chirurgicale	1,4 (4)	0,4 (1)
	Hospitalisation sans chirurgie	1,0 (3)	0 (0)
	Consultation complexe	11,6 (34)	8,2 (20)
	Consultation simple	54,8(161)	56,8(138)
	Délivrance de médicaments en pharmacie sans avis médical préalable	6,8 (20)	6,6 (16)
	Soins paramédicaux	7,1 (21)	11,9 (29)

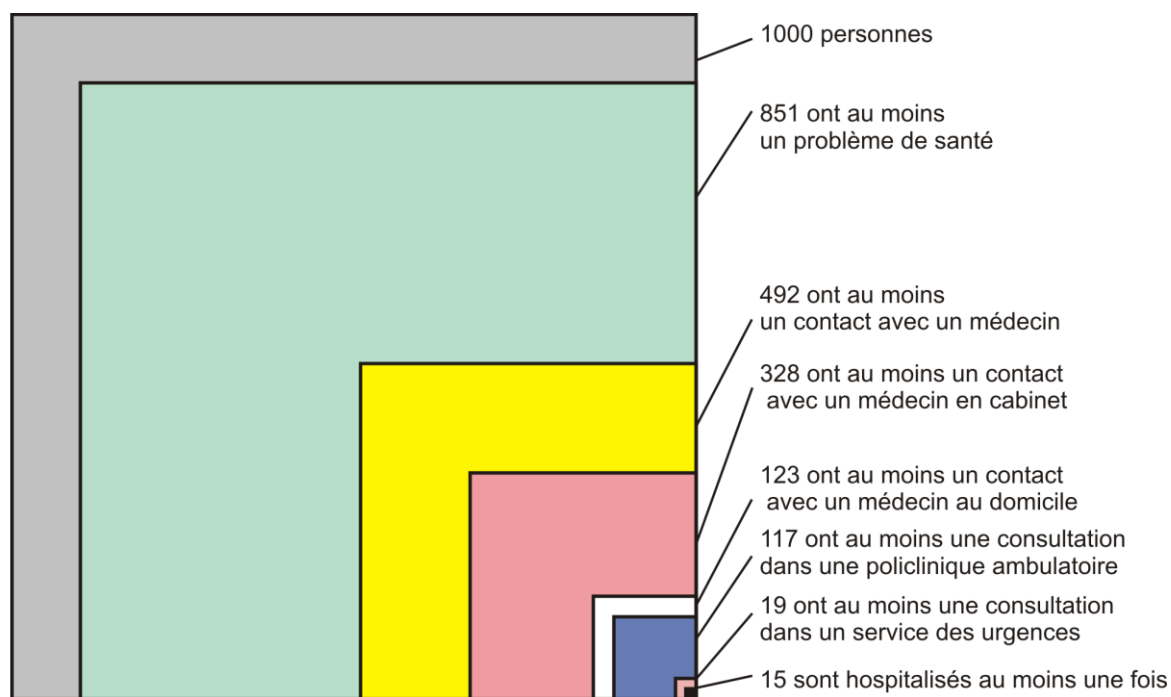


Figure 12. Écologie des soins de santé de deux communes liégeoises, suivant un modèle inspiré de Green (prévalence mensuelle exprimée pour 1000 personnes, ne concernant que les recours à des médecins)

Nos résultats concernant les communes belges sont présentés de la même manière que ceux concernant les communes vietnamiennes (Figures 12, 13, 14 et 15).

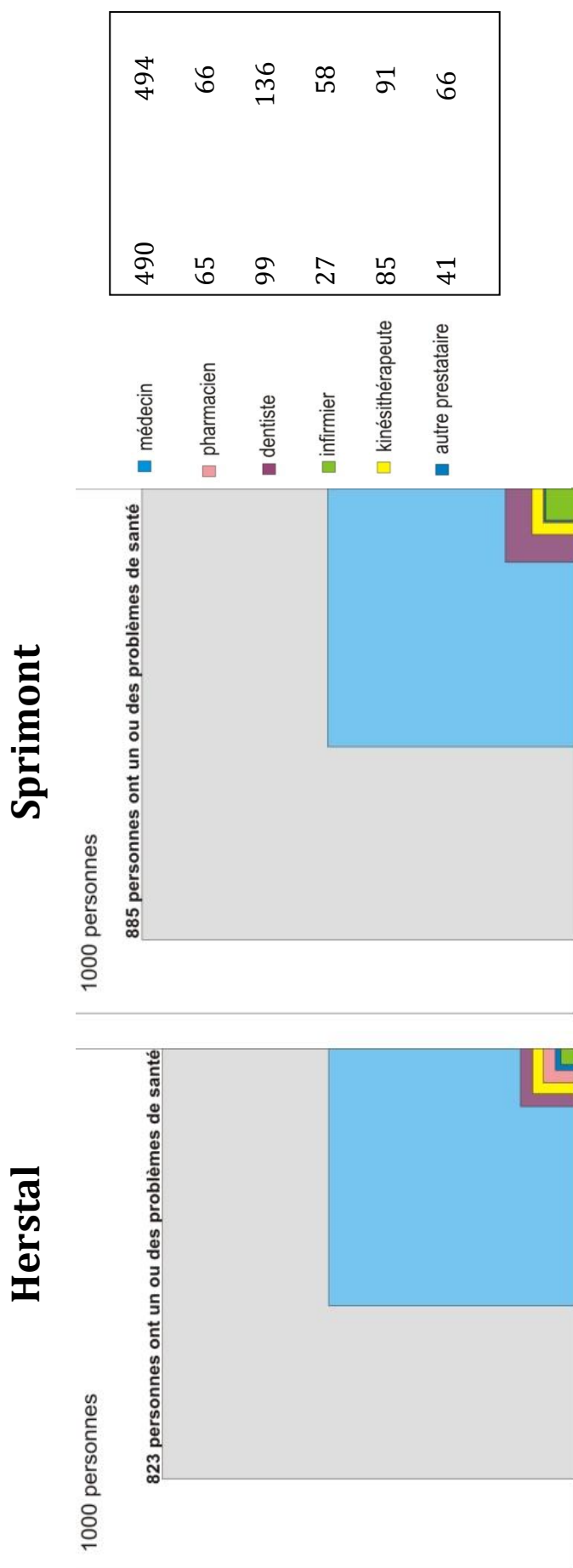


Figure 13. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique

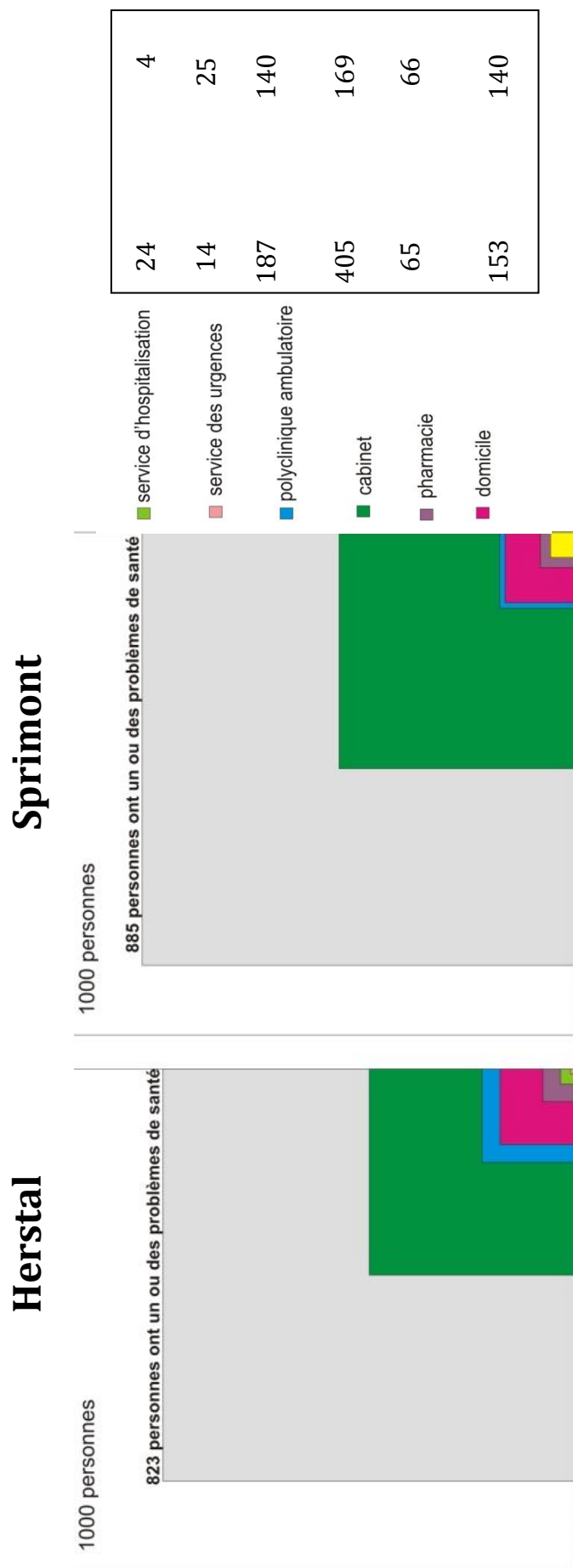


Figure 14. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique

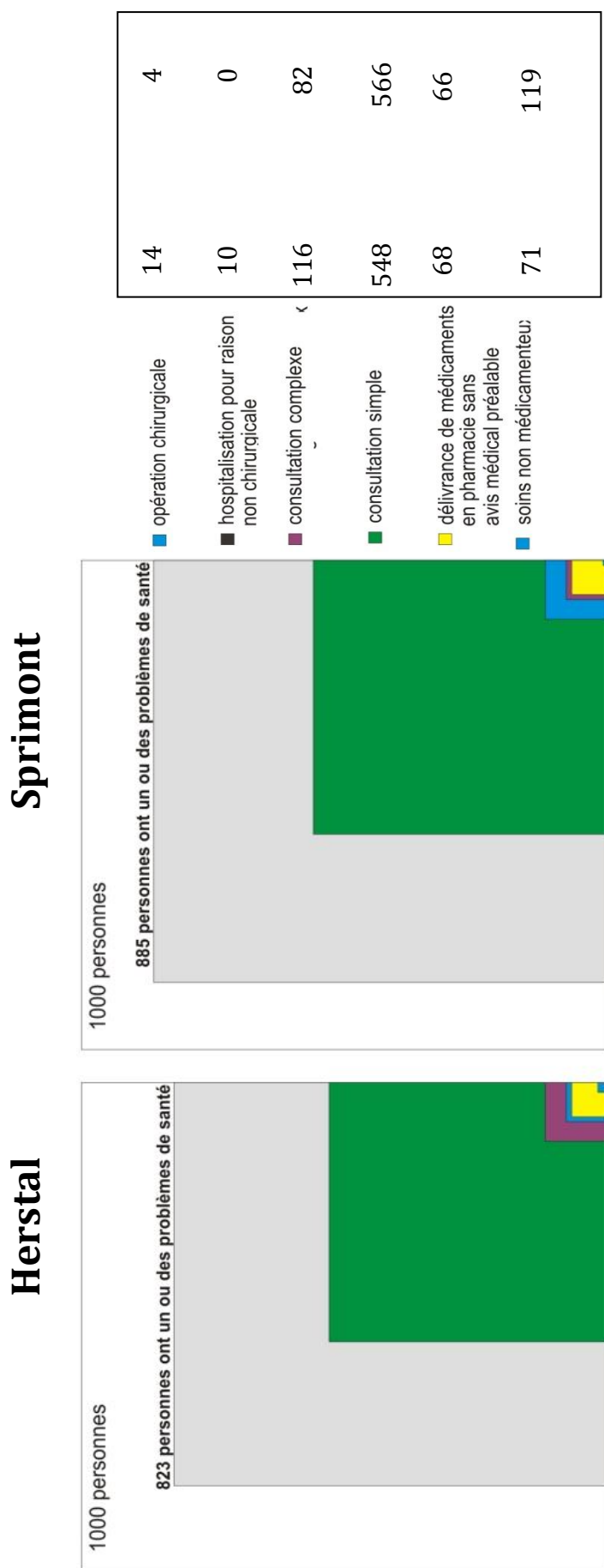


Figure 15. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique

Par ailleurs, nous proposons également (Figures 16, 17 et 18) un autre format de présentation de l'écologie des soins de santé qui facilite une vision comparative entre les deux communes selon les prestataires, les lieux de soins et les prestations de soins.

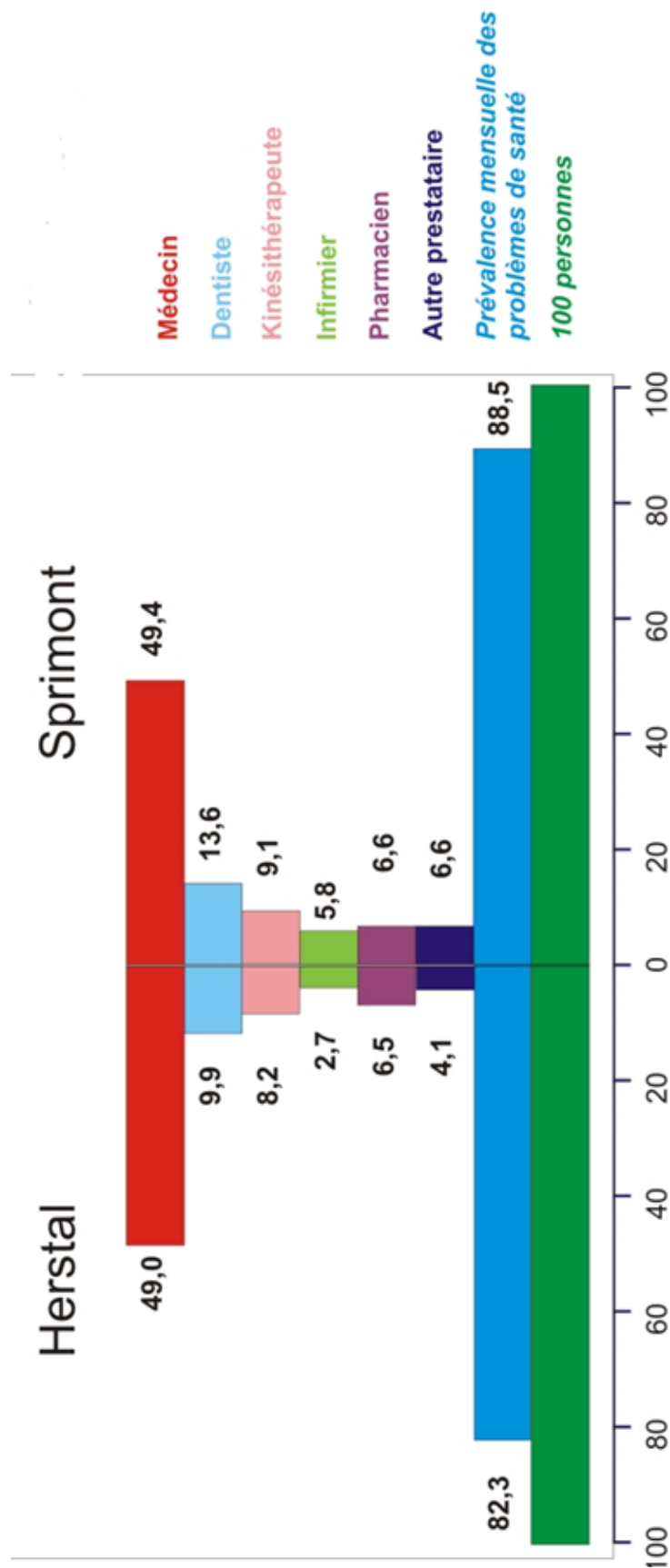


Figure 16. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique

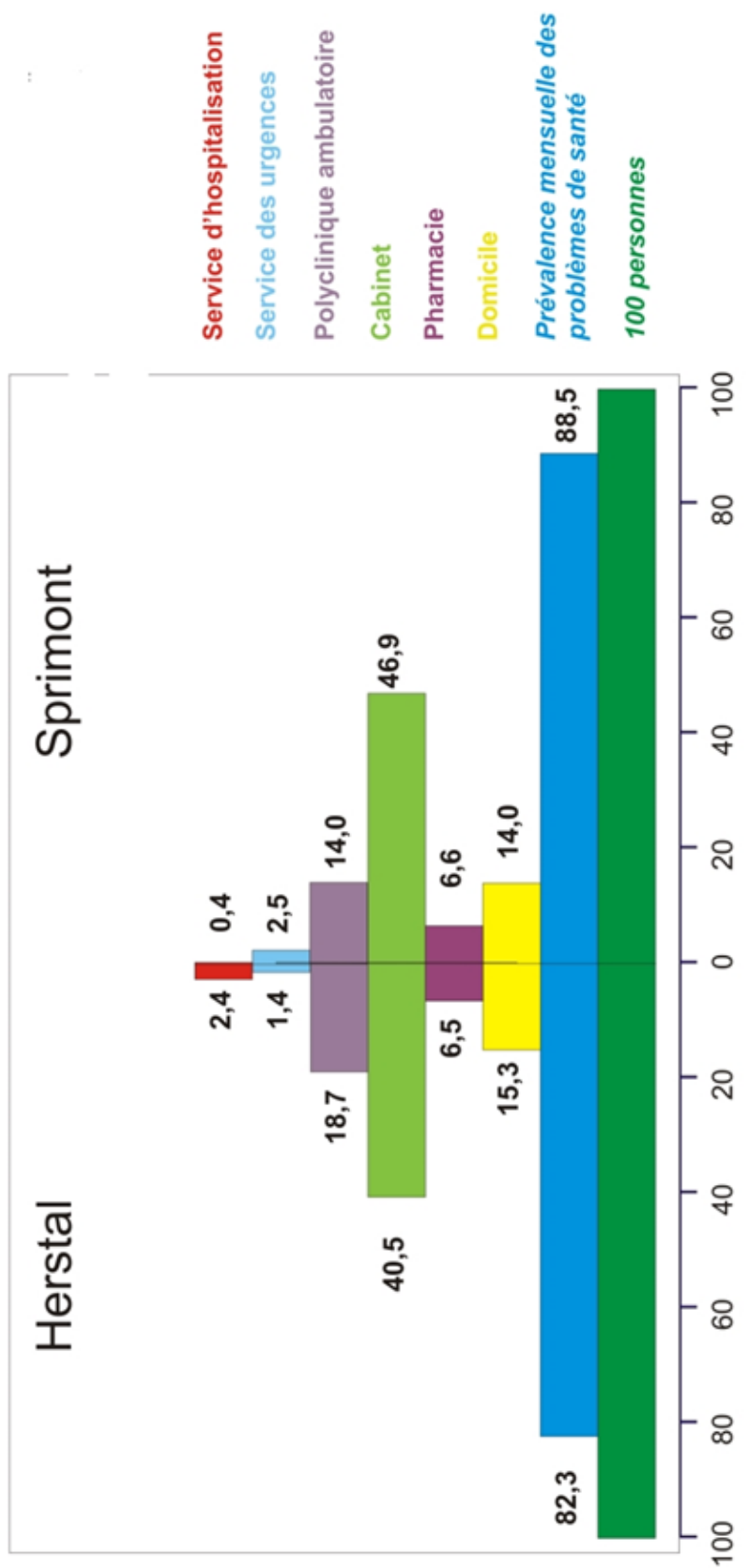


Figure 17. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique

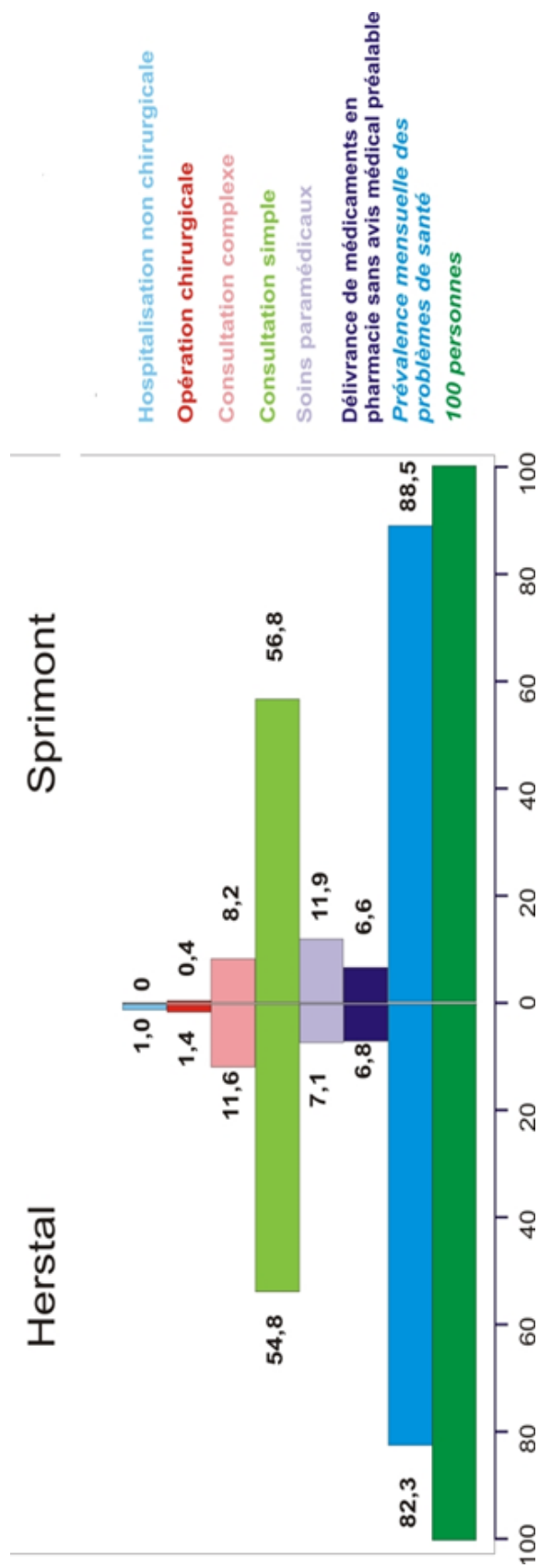


Figure 18. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique

3.3.4.2 Discussion

Le modèle de l'écologie des soins de santé imaginé il y a quarante ans par K. White apporte une vision intéressante du système de santé, au sens qu'il se concentre sur la population et non sur le système de santé ou les praticiens.

Aucune donnée basée sur la prévalence mensuelle des personnes ayant des problèmes de santé et ayant des recours n'était disponible en Belgique à ce jour. La présente étude constitue la première expérience belge autorisant une comparaison avec des travaux réalisés dans d'autres pays.

La prévalence mensuelle des problèmes de santé rencontrés dans notre échantillon est de 851 personnes pour 1000 habitants. Cette valeur s'avère très comparable à celles d'autres études menées dans des pays occidentaux.

Si l'étude *princeps* qui a porté sur la population anglo-américaine en 1961 montrait un chiffre de 750 personnes pour une population de 1000 habitants ³, les études plus récentes montrent des chiffres entre 800 et 860 personnes ^{2,8}.

Un peu plus de 40 % des personnes qui rapportent avoir présenté au moins un problème de santé ne recourent à aucun professionnel médecin.

Ceci souligne l'importance de la gestion autonome des problèmes de santé au sein de laquelle figurent l'automédication, mais également le recours direct à d'autres intervenants non-médecins, et plaide la cause de campagnes d'éducation et de promotion de la santé au sens large du terme, visant à accompagner la population dans ses choix.

Au niveau des recours en soins en santé, la prévalence mensuelle observée est élevée, témoignant probablement de la grande accessibilité aux soins médicaux en Belgique et de la grande densité de ces derniers.

Nous obtenons effectivement une mesure de 490 personnes sur 1000 pour les seuls contacts médicaux.

Il est difficile de faire une comparaison directe avec les résultats d'autres études en raison de la diversité des méthodologies de recherche, des indicateurs recueillis et surtout des spécificités de chaque système de santé.

La première version du carré de White avance un chiffre de 250 personnes sur 1000 qui ont mensuellement un contact avec un médecin.

Green et al. revoient ce nombre à la hausse en 2001, avec 327 habitants.

En Belgique, sur un mois, quasiment une personne sur deux rencontre un médecin.

Cette ampleur rappelle des résultats, précédemment publiés, de l'enquête nationale de santé par interview, en 2004 en Belgique.

Cette enquête montrait que 79% de la population consultait au moins une fois un médecin généraliste sur une période d'un an et 50% au moins une fois un médecin spécialiste dans le même temps ¹⁶.

Certains pourraient s'interroger sur une éventuelle surqualification des intervenants : tous ces problèmes de santé justifient-ils un contact médical ?

Question importante alors que de possibles transferts de compétences se discutent dans le système de santé belge, notamment des médecins vers des infirmières spécialisées dans le suivi d'affections chroniques ¹⁷.

L'analyse de la prévalence mensuelle calculée pour les lieux de recours montre la proportion importante de la population belge qui bénéficie de soins médicaux à domicile : 25 % des patients qui recourent à un médecin le reçoivent dans leur lieu de résidence.

Cette constatation n'est pas nouvelle, plusieurs travaux ont déjà démontré cette particularité du système de santé belge : chaque Belge bénéficie, en moyenne annuelle, de 1,6 visites à domicile, très majoritairement effectuées par un médecin généraliste pour 2,7 consultations au cabinet du généraliste et 2,1 consultations au cabinet du spécialiste ¹⁸.

Ici encore la justification de ces déplacements à domicile est interrogée car elle a un coût sociétal.

Concernant le nombre de personnes ayant recours au service des urgences d'un hôpital ou à une hospitalisation, nos chiffres sont plus ou moins comparables à ceux observés dans d'autres études ^{2,3,9,19}.

Une faible proportion de la population nécessite le recours à des soins intra-hospitaliers. Contrairement à la situation américaine, notre système de santé ne permet pas de distinguer clairement qui des 15 patients bénéficiant mensuellement de ces soins nécessitaient le recours à établissement de niveau universitaire. Dans notre pays, les hôpitaux universitaires assurent effectivement également des soins hospitaliers relativement courants.

La présente étude offre la caractéristique d'apporter une approche plus détaillée de l'écologie des recours en santé en Belgique, apportant des détails sur la nature des prestataires, des lieux et prestations de soins.

Conformément à d'autres observations ^{2,3,8,9}, une très large majorité de la population a recours à des prestataires et services de proximité, pour des problèmes de santé qui le plus souvent ne nécessitent peu ou pas d'actes techniques.

Une telle description peut trouver son utilité quand se discutent la répartition des ressources en santé entre les différents lignes de soins, le rôle de différents prestataires ou encore les besoins spécifiques en matière de formation de ces derniers.

À titre d'exemple, l'étendue du « conseil pharmaceutique » est également approchée : cette compétence qui fait l'objet de débats ces derniers temps concerne mensuellement plus de 6 % de la population générale (pour rappel, les contacts avec un pharmacien pour l'achat de médicaments sur prescription médicale n'étaient pas pris en compte dans les recours aux pharmaciens).

Pour autoriser une comparaison minimale et prudente avec des travaux antérieurs, nous avons fait le choix de recourir à la notion de prévalence mensuelle à l'image de la méthode adoptée par K. White. Cette mesure met l'accent sur la population en s'intéressant à la proportion d'habitants qui ont eu au moins un problème de santé ou un recours.

Une telle démarche comporte des limites : elle ne peut pas, par exemple, prétendre approcher la consommation de soins ou encore les besoins en santé ou les freins à l'accès aux soins. C'est pour cette raison que les chapitres suivants de l'analyse s'intéresseront à la consommation des soins, afin d'avoir une vision plus exhaustive du comportement en santé de la population. En effet, ici, nous ne nous intéressons plus à la prévalence mensuelle des problèmes de santé, mais aux types de recours en santé.

Nous avons opté pour une analyse groupée de deux populations aléatoires, supposées représentatives des populations urbaines et rurales belges. Même si les paramètres socio-démographiques et les données recueillies dans chaque sous-population sont très comparables, la taille de l'échantillon et sa représentativité peuvent prêter à débat.

Certaines différences entre les deux communes doivent certainement découler de conditions locales spécifiques comme, par exemple, la distance séparant les habitants des policliniques ou des établissements hospitaliers.

On constatera toutefois que nos observations restent très cohérentes avec l'évaluation du nombre moyen de contacts médicaux ambulatoires en Belgique qui est de 6,5-6,9 contacts/personne/année pour la période entre 1995 et 2008 ²⁰.

3.3.4.3 Conclusion

La présente analyse constitue la première publication relative à l'écologie des soins de santé en Belgique.

Elle permet une analyse assez détaillée des prévalences mensuelles des problèmes de santé et des recours dans une population de la région liégeoise.

Comme dans d'autres études du genre, une proportion importante de la population présente mensuellement des problèmes de santé et ces derniers trouvent majoritairement une solution dans des structures de soins de proximité.

Le recours aux médecins concerne une impressionnante proportion de la population. L'analyse des modèles illustrant l'écologie des soins de santé pose diverses questions qui alimentent les débats sur l'organisation du système de santé belge.

3.3.5 Comparaison entre deux pays : Vietnam - Belgique

3.3.5.1 Résultats

Pour rappel, dans les deux pays, au total, il y a 1209 interviewés dans 418 ménages. Le taux de réponses directes au questionnaire est de 62,9% en Belgique et de 47,6% au Vietnam (Tableau 3).

Pour la facilité du lecteur, le tableau 9 compare la prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours en santé, dans chacun des deux pays.

Tableau 9. Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé, pour les deux pays.

		Belgique % (effectifs)	Vietnam % (effectifs)
Personnes interrogées (N)		537	672
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours en santé		62,2 (334)	57,1 (384)
Professionnel de soins	Médecin	49,2 (264)	33,8 (227)
	Dentiste	11,5 (62)	0,0 (0)
	Infirmière	4,1 (22)	0,1 (1)
	Kinésithérapeute	11,2 (60)	0,0 (0)
	Pharmacien	6,5 (35)	26,0 (175)
	Autres prestataires	1,9 (10)	2,7 (18)
Lieu de soins	Service d'hospitalisation	1,5 (8)	1,8 (12)
	Service des urgences	1,9 (10)	0,1 (1)
	Policlinique ambulatoire	11,7 (63)	23,4 (157)
	Cabinet	43,4 (233)	9,8 (66)
	Pharmacie	6,5 (35)	26,0 (175)
	Domicile du patient	14,7 (79)	1,2 (8)
Type de prestation	Opération chirurgicale	0,9 (5)	0,7 (5)
	Hospitalisation sans chirurgie	0,6 (3)	1,2 (8)
	Consultation complexe	10,1 (54)	0,9 (6)
	Consultation simple	54,6 (293)	33,6 (226)
	Délivrance de médicaments sans avis médical préalable	6,7 (36)	26,0 (175)
	Soins non médicamenteux	9,3 (50)	0,6 (4)

Les figures 19, 20, et 21 présentent, côte à côte, les carrés de White de chaque pays, construits pour chaque paramètre.

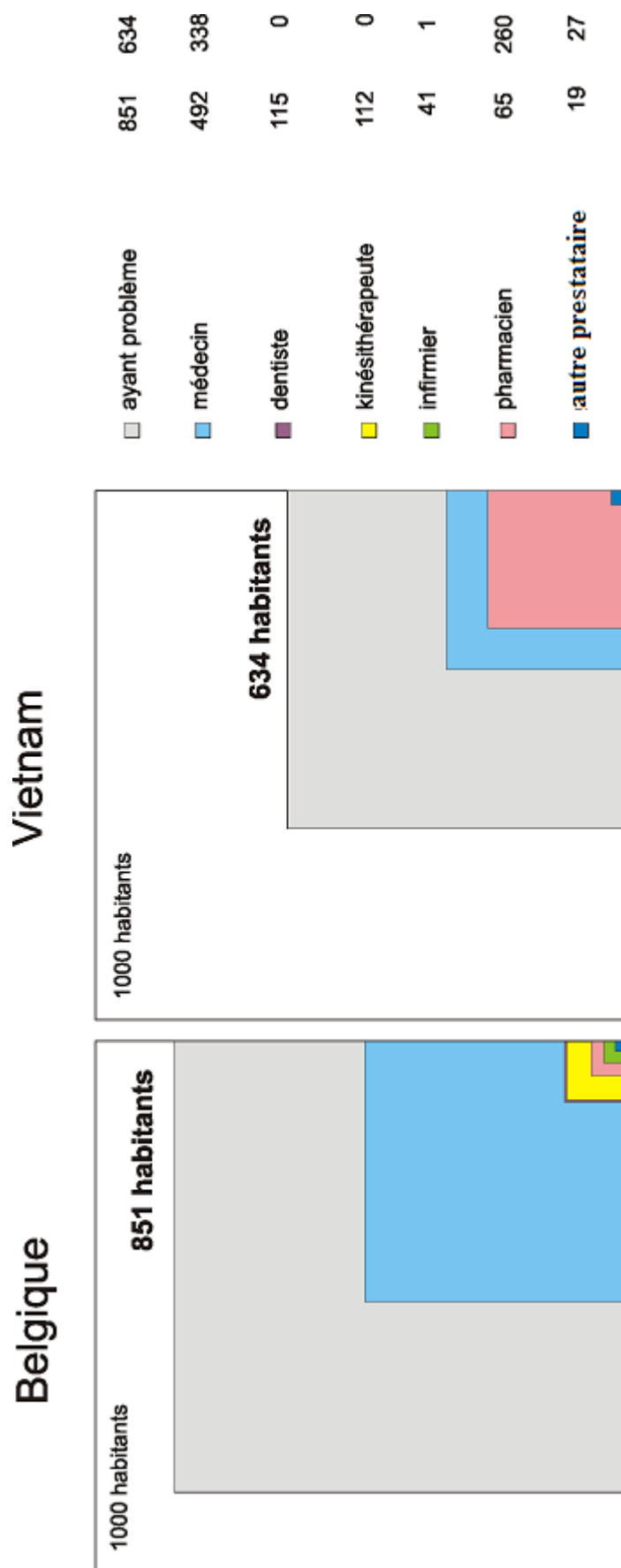


Figure 19. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique et au Vietnam

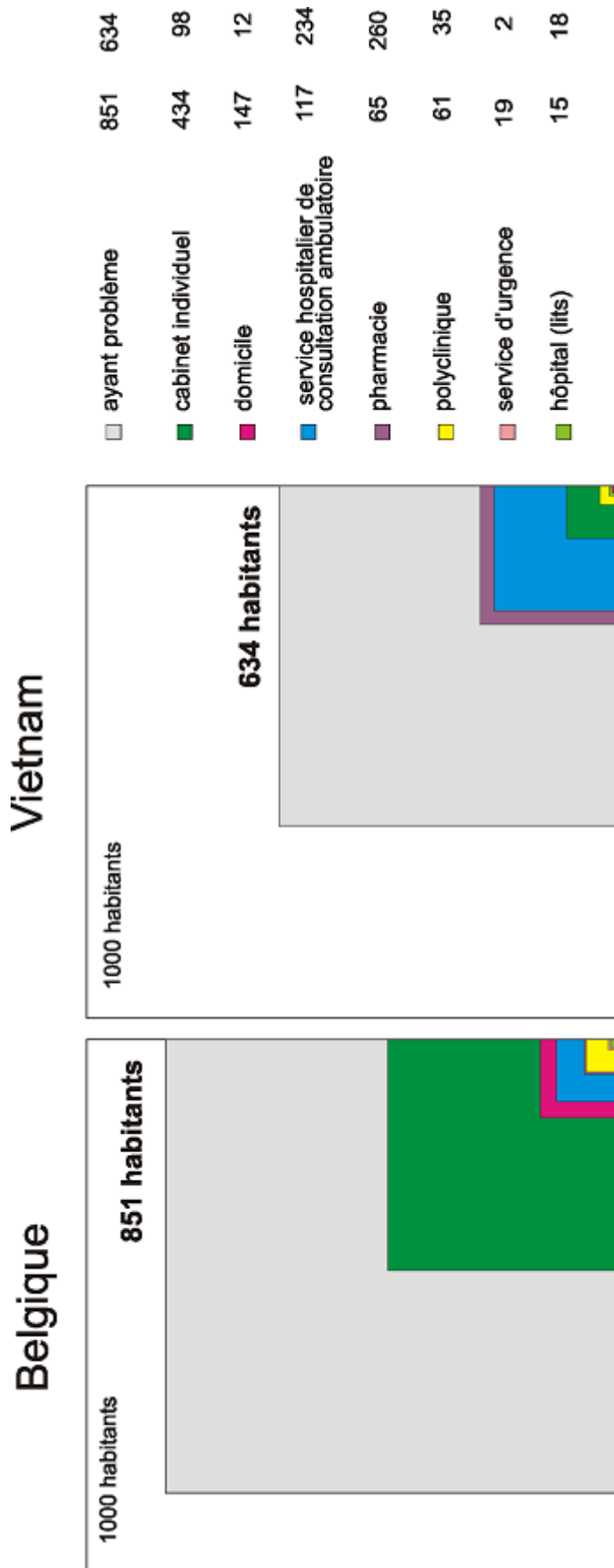


Figure 20. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique et au Vietnam



Figure 21. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique et au Vietnam

Les figures 22, 23 et 24 utilisent le second mode de présentation déjà utilisé antérieurement.

Comme les postes de soins primaires du Vietnam n'ont pas de correspondant équivalent en Belgique, nous avons donc classé ce type de lieu de soins dans la catégorie des services hospitaliers de soins ambulatoires afin de permettre la comparaison visuelle entre les deux pays.

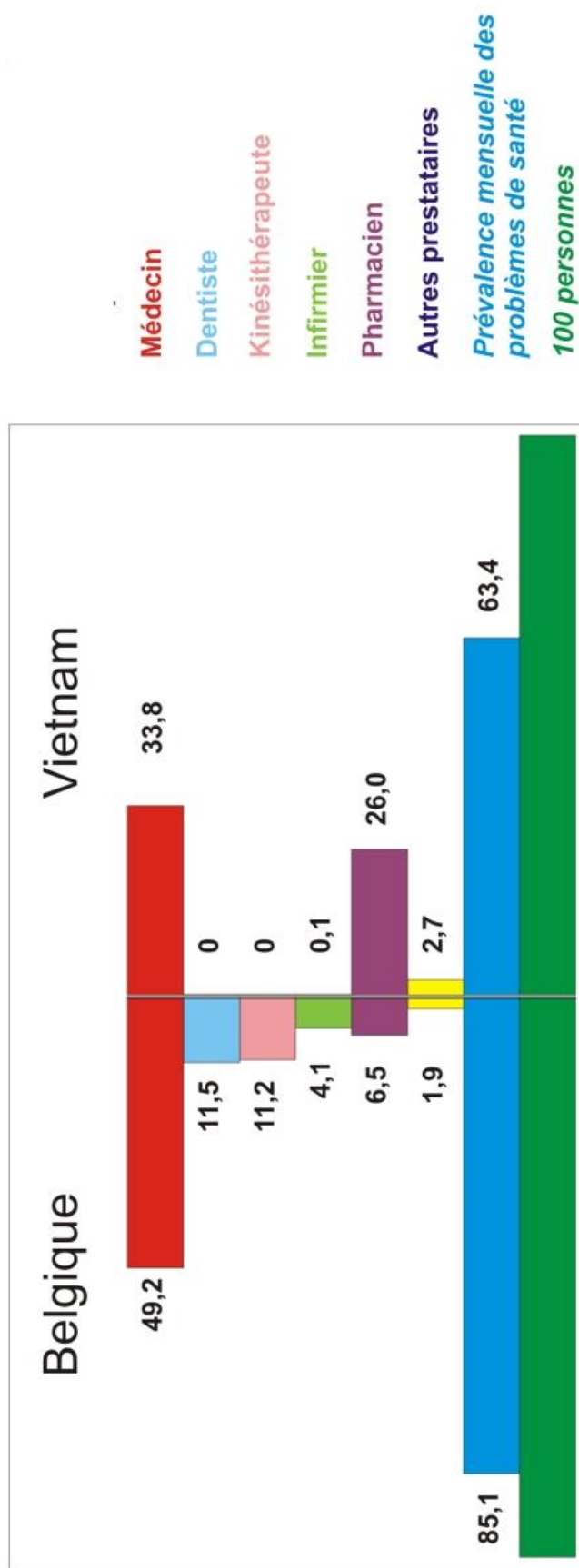


Figure 22. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique et au Vietnam

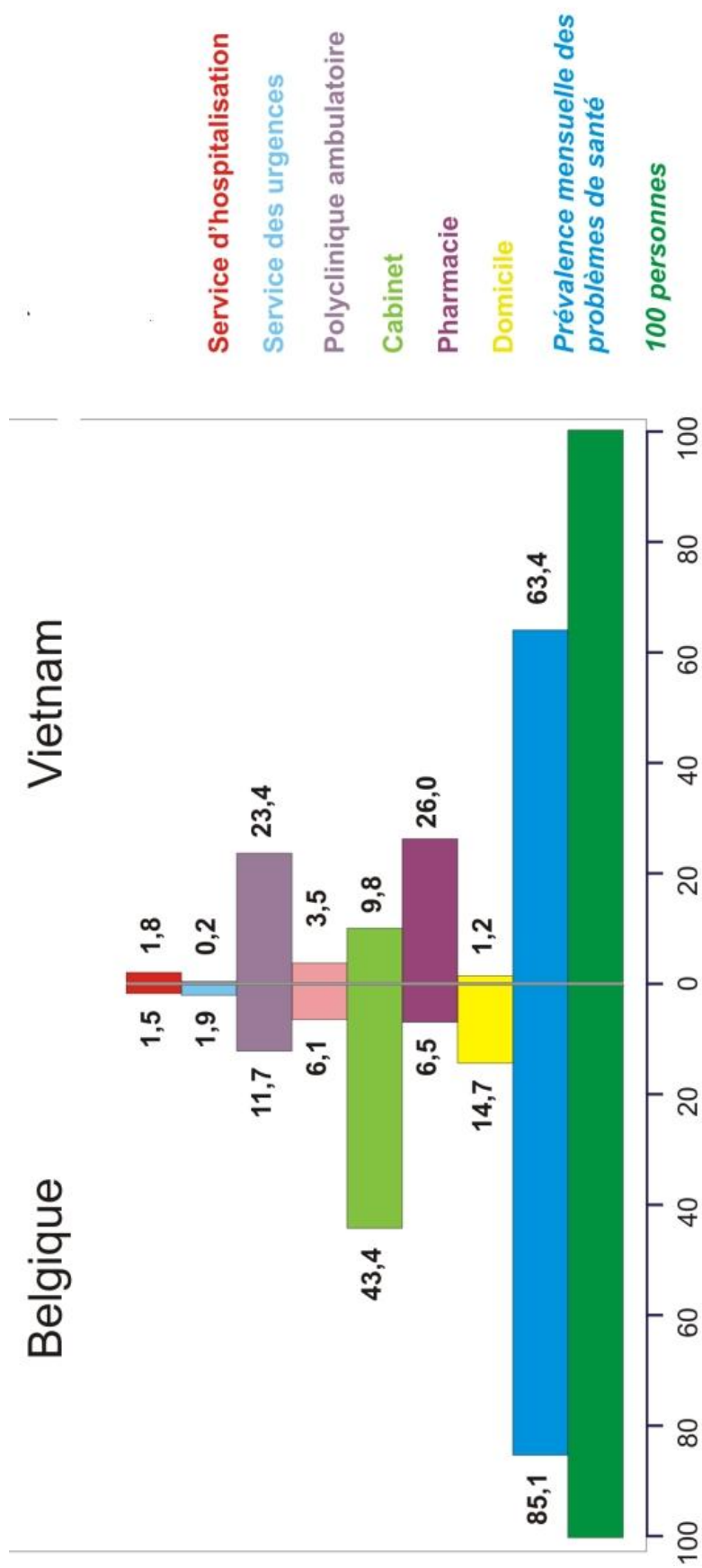


Figure 23. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique et au Vietnam

1

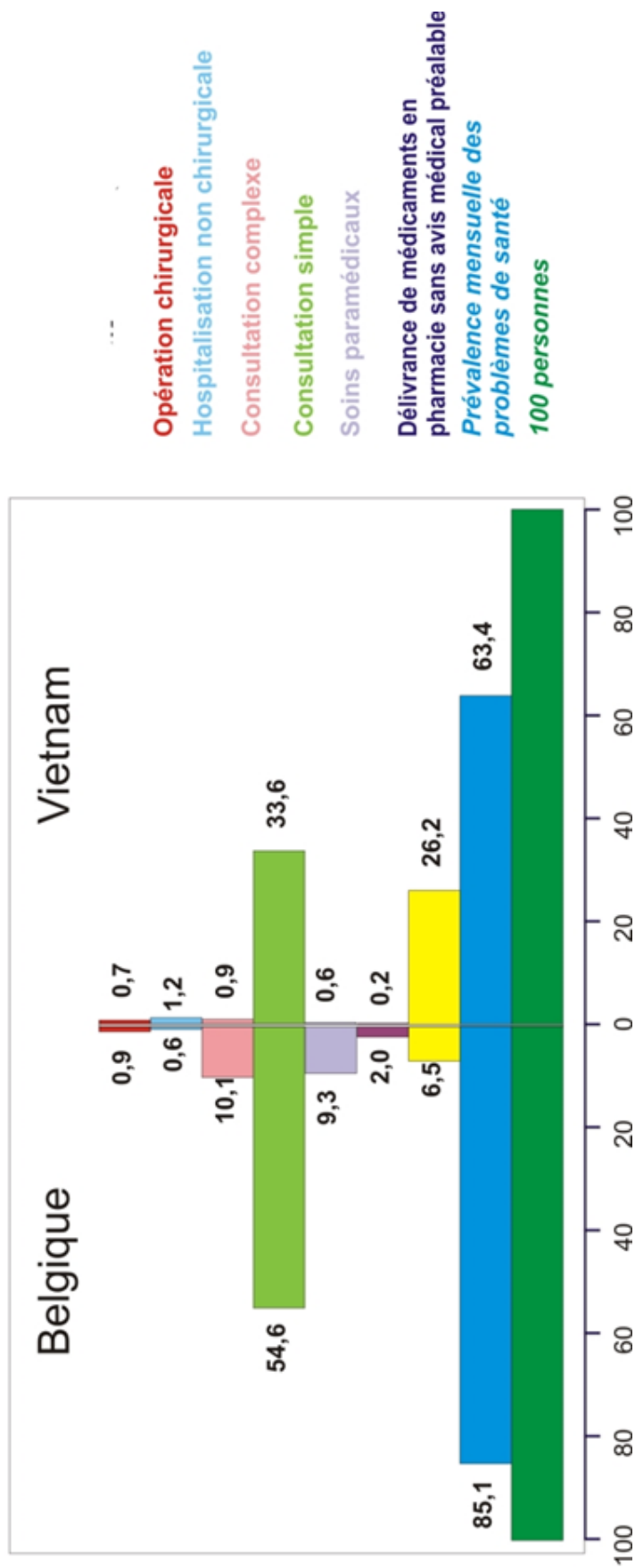


Figure 24. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique et au Vietnam

3.3.5.2 Discussion

Utilisant le même indicateur que celui de K. White, nous avons calculé le nombre de personnes ayant au moins un problème de santé pendant un mois pour une population de 1000 habitants.

Le résultat en Belgique est de 851 pour 1000 personnes, ce qui est très comparable avec les résultats des autres pays occidentaux, comme les États-Unis (de 750 à 860 pour 1000 personnes)^{2,3,8}.

Au Vietnam, ce résultat est de 634 pour 1000 personnes. Ce chiffre est comparable avec celui relevé par diverses études en Asie : au Vietnam (414 pour 1000 personnes¹⁹) et à Hong-Kong (567 pour 1000 personnes⁷).

Le Tableau 10 tente une comparaison des principaux résultats des études publiées dans le domaine de l'écologie en santé. Cet exercice est toutefois difficile en raison du caractère hétérogène des contextes et des méthodes utilisées. Conscients de ces difficultés, il nous paraît toutefois intéressant d'avoir ce point de comparaison.

Tableau 10. Synthèse des principaux résultats des travaux traitant de l'écologie en santé

	White ³	White ⁹	Thacker ¹⁹	Green ²	Leung ⁷	Dovey ⁶	Dovey ⁶	Võ Thành Liêm
Année	1961	1973	1975	2001	2002	2003		2009
Population	USA	USA	USA	USA	Hong-Kong	0-17 ans USA	>=18ans USA	Belgique Vietnam
Ayant problème de santé	750		860	800	567			851 634
Ayant recours en santé				327	512			622 571
Soins à domicile				14		2	18	147 12
Pharmacie								65 260
Dentiste						82	73	115 0
Contact avec médecin (cabinet)	250	720	580	217	372	167	235	328 74
Contact avec spécialiste					68			
Service de polyclinique				21		8	26	166 234
Service d'urgence	5			13	16	13	13	19 1
Hôpital régional	9	100	80	8	7	3	10	15 18
Hôpital universitaire	1	10	18	1	1			

En matière de recours aux soins de santé, de manière identique pour les deux pays, le médecin est le prestataire de soin le plus consulté.

L'enquête étant basée sur un entretien rétrospectif avec le patient, la spécialisation des médecins n'a pas toujours été précisée avec certitude, surtout sur le versant vietnamien de l'étude.

Au niveau des données belges, nous avons remarqué une participation importante d'autres professionnels de santé non-médecins comme l'infirmier, le kinésithérapeute, le dentiste, etc.

Par contre, au Vietnam, c'est le pharmacien qui est le plus consulté après le médecin, avec une grande proportion de contacts exclusivement pour acheter des médicaments sans avis préalable du médecin (automédication).

Cet aspect a déjà été bien documenté dans d'autres études au Vietnam ^{12, 21}.

La participation du dentiste, de l'infirmier et du kinésithérapeute dans les soins au Vietnam est presque inexistante dans notre étude.

Pour ce qui est du lieu de recours, de la même manière dans les deux pays, seule une petite proportion des patients a recours à des soins dans les structures de deuxième ou de troisième lignes, comme le service des urgences ou l'hôpital.

Cet aspect a été également démontré dans d'autres études portant sur divers contextes ^{3,5-8}.

En Belgique, les patients préfèrent recevoir les soins soit dans un cabinet individuel, soit à leur domicile, et, dans ce dernier cas, les soins sont alors assurés par le médecin de famille, l'infirmier ou le kinésithérapeute.

D'après le sondage national de 2005 en Belgique, les soins assurés dans le cabinet d'un médecin généraliste ou spécialiste sont 3,09 fois plus fréquents que ceux assurés au domicile du patient (50.720.140 consultations au cabinet contre 16.384.691 visites à domicile ¹⁸).

Ce résultat n'est pas très différent de celui de notre étude qui identifie un facteur de 3,16.

Au Vietnam, l'identification des lignes de soins n'est pas très claire.

Comme l'ont fait d'autres études au Vietnam ^{14, 15}, nous avons montré deux tendances lourdes : une pratique importante de l'automédication et une surcharge de soins ambulatoires au niveau de l'hôpital.

Les patients vietnamiens recourent davantage à la pharmacie en première intention pour l'accès rapide à des médicaments sans avis médical.

Comme les médicaments sont en vente libre en pharmacie, ils sont à la fois plus accessibles et beaucoup moins chers qu'une visite médicale, surtout dans le cadre de pathologies courantes.

Ces deux constats soulignent le défi majeur que le système de santé vietnamien doit rencontrer : réussir la structuration et l'usage effectif d'une première ligne de soins efficace.

C'est probablement la seule réponse possible à ce constat qui montre que les demandes en soins sont actuellement gérées en deux lieux principaux inappropriés : la pharmacie, moins chère mais moins efficiente en terme de soins et le service des consultations externes de l'hôpital, très cher et souvent suréquipé en regard de la plupart des problèmes à prendre en charge.

Si l'analyse des lieux où s'expriment les recours en soins approche quelque peu les demandes en soins de la population, les besoins réels en termes de soins sont plutôt reflétés par notre analyse des types de prestations.

Dans les deux pays, en termes d'approche des besoins en santé, notre analyse de l'écologie des soins aboutit à des résultats comparables à ceux d'autres études ^{2,3,6,7}.

Seule une minorité des personnes interrogées a rencontré un réel besoin de soins hospitaliers (passer au moins une nuit à l'hôpital ou bénéficier d'un acte chirurgical).

La plupart des soins dispensés se limite à une consultation simple ou une utilisation de médicaments.

La différence entre les deux pays se marque par le fait que la consultation est largement majoritaire en Belgique, tandis qu'au Vietnam, l'automédication prend une place très importante.

Ce constat pose naturellement la question de la qualité et de l'efficacité des soins ainsi dispensés à la population.

3.3.5.3 Conclusion

Cette étude permet une comparaison de l'écologie de soins de santé entre deux systèmes de santé fort différents.

Les soins complexes sont rarement utilisés identiquement dans chaque pays. La réponse aux besoins de soins primaires est très différente.

En Belgique, les patients comptent sur les pratiques locales et les soins à domicile, au Vietnam, les patients utilisent davantage les services de la pharmacie et les consultations ambulatoires des hôpitaux surchargés, ce qui pose une question d'efficacité.

La comparaison du modèle du carré de White entre la Belgique et le Vietnam amène donc plusieurs réflexions, tant les contrastes sont importants. Pourtant, la discussion peut difficilement être menée plus loin.

En effet, le modèle de l'écologie des soins est basé sur un indicateur – la prévalence mensuelle des patients – qui repose plutôt sur la personne : les analyses qui en découlent, n'explorent pas l'ampleur des recours.

Cette limitation nous a incités à procéder à une autre approche plus orientée vers l'analyse des soins médicaux. C'est le sujet du prochain chapitre : la consommation en soins de santé.

3.3.5.4 Références

1. Horder J, Horder E. Illness in general practice. *Practitioner*. 1954;173:177-87.
2. Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344:2021-5.
3. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961;265:885-92.
4. Giet D. [Ecology of medical care, the square of White, primary care and general practice]. *Rev Med Liege*. 2006;61:277-84.
5. Fryer GE, Jr., Green LA, Dovey SM, Yawn BP, Phillips RL, Lanier D. Variation in the ecology of medical care. *Ann Fam Med*. 2003;1:81-9.
6. Dovey S, Weitzman M, Fryer G, et al. The ecology of medical care for children in the United States. *Pediatrics*. 2003;111:1024-9.
7. Leung GM, Wong IO, Chan WS, Choi S, Lo SV. The ecology of health care in Hong Kong. *Soc Sci Med*. 2005;61:577-90.
8. Thacker SB, Greene SB, Salber EJ. Hospitalizations in a southern rural community: an application of the 'ecology model'. *Int J Epidemiol*. 1977;6:55-63.
9. White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res*. 1997;32:11-21.
10. Yawn BP, Fryer GE, Phillips RL, Dovey SM, Lanier D, Green LA. Using the ecology model to describe the impact of asthma on patterns of health care. *BMC Pulm Med*. 2005;5:7.
11. Chou LF. The ecology of mental health care in Taiwan. *Adm Policy Ment Health*. 2006;33:492-8.
12. Ha NT, Berman P, Larsen U. Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam. *Health Policy Plan*. 2002;17:61-70.
13. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2011 of Vietnam: Strengthening management capacity and reforming health financing to implement the five-year health sector plan 2011–2015. In. Hanoi; 2011:1-220.

14. Nguyễn HH, Ohman A, Lundborg CS, Nguyễn TKC. Drug use and health-seeking behavior for childhood illness in Vietnam--a qualitative study. *Health Policy*. 2007;82:320-9.
15. Nguyễn ĐK, Nguyễn VT, Lê TTX, Eriksson B, Hojer B, Diwan VK. Primary health concept revisited: where do people seek health care in a rural area of Vietnam? *Health Policy*. 2002;61:95-109.
16. Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans P-J, Tafforeau J, Heyden Jvd. Synthèse: Enquête de Santé par Interview en Belgique. Belgique: Institut scientifique de la santé publique; 2004.
17. Giet D. Les grands défis à relever en médecine générale. *La Revue de la Médecine générale*. 2008;252:154-6.
18. Corens D. Health system review: Belgium Health Systems in Transition. 2007;9:1-172.
19. Thacker P. Ecology. A new wind sweeps the plains. *Science*. 2001;292:2427. 1996;49:989-95.
20. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010;12:1-266.
21. Dương HL, Nguyễn HL, Dương ĐT, et al. report on review of primary health care performance in Vietnam. Hanoi; 2004.