

## 3.4 Consommation en soins de santé

### 3.4.1 Introduction

Les pays signataires de la déclaration d'Alma Ata (1978) privilégiaient les soins de santé primaires.

La première ligne de soins y était considérée comme la clé pour une progression équitable en santé de la population.

En effet, la première ligne de soins fournit l'accès universel aux soins de santé, la couverture principale des besoins en santé, la participation communautaire aux programmes de santé, ainsi que l'adoption d'approches intersectorielles de la santé.

L'objectif principal était d'atteindre davantage d'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale.

Après 30 ans de progrès en matière de santé dans plusieurs pays en voie de développement, l'OMS a rappelé les valeurs de la déclaration d'Alma Ata dans son rapport annuel de 2008 <sup>1</sup>.

Ce rapport attire l'attention des pays sur l'existence d'une tendance au détournement des valeurs fondamentales indispensables à un système de santé performant. Il mentionne ainsi l'hospitalo-centrisme, la fragmentation des ressources sanitaires et une marchandisation accrue des services sanitaires <sup>1</sup>.

Sur base de données factuelles, l'OMS a appelé à une mobilisation de tous les acteurs pour renforcer les soins de santé primaires.

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce travail, le Vietnam avait adopté une politique de santé basée sur un réseau étendu de postes de soins primaires (PSP).

Des années 1960 aux années 1980, ces postes médicaux de proximité donnaient accès à des soins gratuits, ce qui a contribué à accroître l'espérance de vie et à diminuer le taux de mortalité infantile <sup>2</sup>.

La réforme économique de 1986 (*Doi Moi*) et la réforme du système sanitaire national de 1989 ont conduit à la disparition de la gratuité systématique des soins de santé, la légalisation du secteur sanitaire privé, la possibilité de vente libre de médicaments et la libéralisation de l'industrie pharmaceutique <sup>3,4</sup>.

En conséquence, d'une part, le réseau de PSP s'est trouvé orphelin, sans le soutien adéquat de l'État <sup>3-6</sup>, et a, du même coup, subi une dégradation sensible de sa qualité ; d'autre part, le système sanitaire s'est tourné vers une marchandisation des services <sup>6-8</sup>. Cette marchandisation facilite un mode de pratique lucratif, qui a transformé de façon inappropriée les demandes en santé de la population, sous la

forme d'une consommation excessive de services spécialisés dans les hôpitaux<sup>3,7,9</sup> et un affaiblissement du recours au secteur public.

Ce travail vise à analyser comment la population utilise les services de santé mis à sa disposition.

Nous étudierons uniquement ici les recours à des professionnels de santé.

Notre approche consiste ainsi à montrer la répartition de la consommation en santé dans les deux pays pour en objectiver la différence.

Cette approche nous fournira ainsi des éléments complémentaires aux données récoltées par l'analyse avec le « modèle d'écologie en santé ».

### **3.4.2 Méthode**

Sur base des données recueillies dans les enquêtes menées dans les deux pays, nous avons extrait des éléments concernant l'utilisation du système de soins de santé.

Nous avons considéré tous les recours à des professionnels de santé ayant eu lieu pendant le mois précédant la visite de l'enquêteur.

Les soins sans contact avec un prestataire n'ont pas été inclus dans nos analyses (par exemple : l'utilisation de médicaments disponibles à la maison, la prise de tisane, etc.).

Pour chaque recours, deux informations ont été retenues : le lieu de contact et le service réalisé par le professionnel de santé.

Rappelons que les lieux de contact ont été classés en six catégories : hôpital, service hospitalier de consultation ambulatoire, policlinique (institution multidisciplinaire n'offrant pas d'hospitalisation, poste de soins primaires), cabinet individuel, pharmacie et domicile.

Les services réalisés par les professionnels ont, eux aussi, été classés en cinq modalités : hospitalisation, consultation (simple ou complexe avec des interventions techniques telles qu'examens de laboratoire, d'imagerie médicale, etc.), soins non médicamenteux, délivrance de médicaments avec avis médical et délivrance de médicaments sans avis médical (sans ordonnance).

L'analyse n'a porté que sur les données de la première visite. Pour comparer les données des deux populations, nous avons utilisé le test T de Student pour les variables quantitatives et le test du Chi-carré pour les variables nominales.

### 3.4.3 Résultats

1209 personnes ont été interrogées dans les 418 ménages inclus dans notre enquête. 1729 recours au système de santé ont été enregistrés. Pour quelques professionnels, les contacts ont été répétés au cours du mois. Ils ont été comptabilisés comme autant de recours. Par exemple, pour un kinésithérapeute intervenant deux fois par semaine, 8 recours auront été enregistrés (Tableau 11).

**Tableau 11. Distribution des recours en fonction de la fréquence de contact du prestataire.**

Prestataires (Nombre)	Fréquence de contact (Nombre de recours/mois)	Recours comptabilisés (Nombre de recours)
3	30	90
1	15	15
3	12	36
6	8	48
2	4	8
13	2	26
1506	1	1506
		1729

En moyenne, durant le mois de l'enquête, il y a eu 1,04 recours par personne au Vietnam (nombre équivalent pour les deux communes vietnamiennes) et 1,92 recours par personne en Belgique (respectivement 1,71 et 2,18 pour Herstal et Sprimont) (Tableau 12).

**Tableau 12. Recours au système de soins par habitant, dans les 2 pays.**

Variable	Belgique			Vietnam			Entre les 2 pays p
	Herstal	Sprimont	Pays	Tan Binh	Thu Duc	Pays	
Personnes interrogées	294	243	537	331	341	672	
Recours (/personne)	502 (1,71)	529 (2,18)	1031 (1,92)	344 (1,04)	354 (1,04)	698 (1,04)	<0,001#

# comparaison de valeurs en utilisant le test T Student

Ces recours ont entraîné la prestation de différents services en différents lieux (Figures 25 et 26, et Tableaux 13 et 14).

En Belgique, les prestations se faisaient principalement en cabinet individuel, alors que, au Vietnam, c'était le service hospitalier de consultation ambulatoire qui était le plus sollicité (respectivement 431 et 292 contacts).

La consultation apparaissait comme le service le plus fréquemment recensé.

En Belgique, il y avait une partie importante de soins non médicamenteux.

Dans les deux pays, enfin, une faible proportion de personnes avait recours à des soins spécialisés tels que l'hospitalisation.

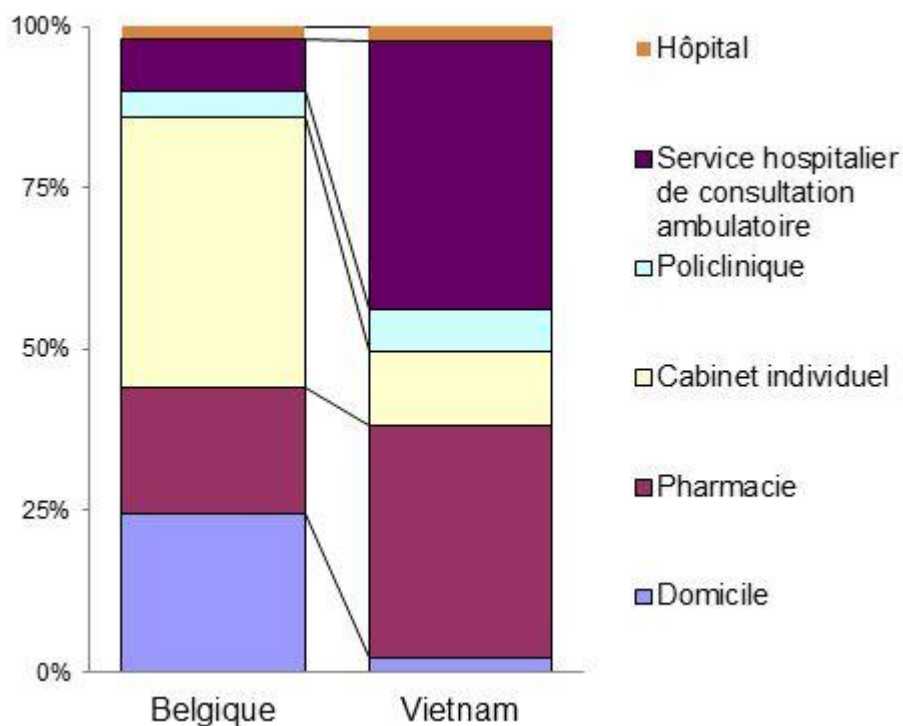
Les tableaux 13 et 14, qui croisent les lieux et les services, montrent que les soins à domicile sont beaucoup plus fréquents en Belgique qu'au Vietnam. Les Vietnamiens n'ont évoqué que des consultations alors que les Belges ont eu recours à des services plus variés : des soins non médicamenteux (dans plus d'un cas sur deux) et des consultations. Enfin, les deux pays ont des proportions opposées en matière de délivrance de médicaments en pharmacie (avec ou sans ordonnance) : au Vietnam, 5 fois plus de délivrances se sont faites sans ordonnance, alors qu'en Belgique, c'est le rapport inverse qui s'observe.

**Tableau 13. Répartition des services réalisés en fonction du lieu de contact en Belgique**

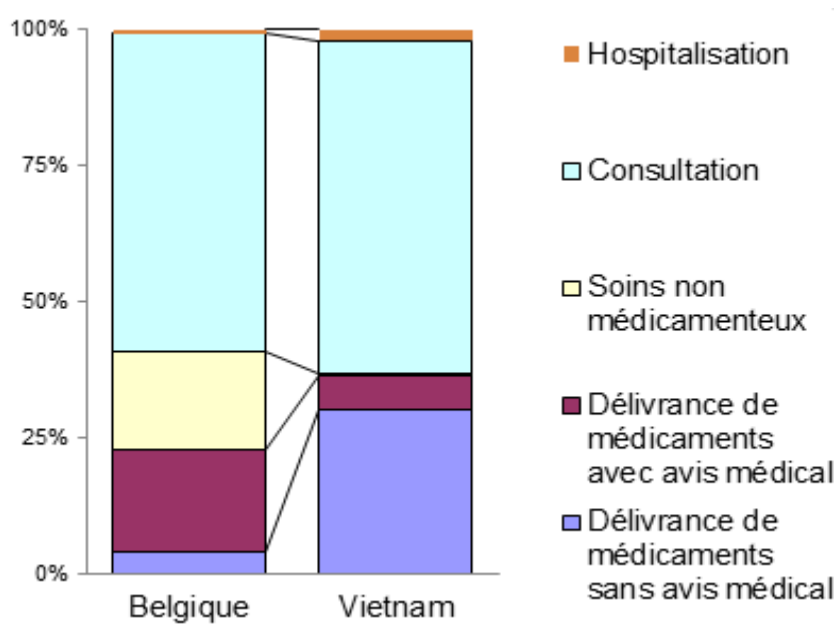
Belgique								
	Délivrance de médicaments sans avis médical	Délivrance de médicaments avec avis médical	Soins non médicamenteux	Consultation	Hospitalisation	Total	Effectifs	
Pharmacie	3,7	15,9				19,6	202	
Domicile			13,1	11,4		24,5	253	
Cabinet individuel			4,7	37,1		41,8	431	
Polyclinique			0,2	3,9		4,1	42	
Service hospitalier de consultation ambulatoire				8		8	82	
Hôpital			0,1	1,1	0,8	2	21	
Total sur tous les contacts	3,7	15,9	18,1	61,5	0,8	100	1031	

**Tableau 14. Répartition des services réalisés en fonction du lieu de contact au Vietnam**

Vietnam							
	Délivrance de médicaments sans avis médical	Délivrance de médicaments avec avis médical	Soins non médicamenteux	Consultation	Hospitalisation	Total	Effectifs
Pharmacie	30,1	6				36,1	252
Domicile				2,1		2,1	15
Cabinet individuel			0,4	11,1		11,5	80
Policlinique				6,3		6,3	44
Service hospitalier de consultation ambulatoire			0,2	41,7		41,9	292
Hôpital				0,1	2	2,1	15
Total sur tous les contacts	30,1	6	0,6	61,3	2	100	698



**Figure 25. Répartition des lieux de soins selon les pays**



**Figure 26. Répartition des prestations de soins selon les pays.**

### 3.4.4 Discussion

L'enquête a mis en évidence que le nombre de contacts avec des professionnels, par personne interviewée, était toujours sensiblement plus élevé en Belgique qu'au Vietnam ce qui tendrait à démontrer une plus grande consommation de soins en termes absolus en Belgique.

Pourtant, cette comparaison doit être évoquée avec réserve, car le nombre de contacts dépend du nombre et du type de problèmes de santé, de l'offre de services et de nombreux facteurs socio-culturels.

Nous ne pouvons pas isoler un élément et ne pas tenir compte des autres paramètres qui sont en relation avec le premier.

En conséquence, la comparaison directe, se basant sur les chiffres absolus, ne peut pas alimenter la discussion.

Par contre, les indicateurs relatifs, comme la répartition du type de consommation selon le lieu de contact par exemple, sont des éléments utiles en vue de mieux comprendre la consommation de soins des ménages vietnamiens, en regard de ce qui se fait en Belgique.

L'enquête a montré que la consultation était le service presté majoritairement dans les deux pays (Figure 26). Par contre, les services requérant une haute technicité comme l'hospitalisation ne représentaient qu'un très faible pourcentage de l'ensemble des services apportés par les professionnels de la santé. Ces résultats sont en accord avec ceux d'autres études internationales <sup>10-12</sup>.

Environ quarante ans plus tard, de nouvelles études fournissaient des chiffres comparables <sup>11-12</sup>.

Au Vietnam, en 2001, une enquête nationale montrait que,

- pendant un mois, un tiers de la population faisait face à un problème de santé,
- seulement 5% de la population devaient s'aliter,
- très peu de patients devaient être soignés à l'hôpital <sup>4</sup>.

De même, en Belgique, d'après les données du bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, le nombre d'hospitalisations était de 0,164 par habitant pendant une année, alors que celui des contacts ambulatoires était de 7,1 par habitant pour une année (soit 43 fois plus important) <sup>13</sup>.



Ces résultats permettent d'alimenter la réflexion sur la répartition des ressources au sein du système de santé. Les valeurs de la déclaration d'Alma Ata, promue il y a 30 ans et dans laquelle les pays membres avaient affirmé l'importance de soins de santé primaires, sont donc toujours d'actualité <sup>6</sup>.

Les populations des deux pays adoptent des comportements différents dans la manière d'utiliser les services de soins de santé. D'abord, en termes de recours à la pharmacie, où le Vietnam est caractérisé par une plus grande proportion de délivrance de médicaments sans ordonnance (et donc sans avis médical), comme cela a déjà été évoqué, en concordance avec d'autres études <sup>3,4,14</sup>.

Avec une large gamme de médicaments en vente libre et à prix modéré, le réseau de pharmacies est devenu un système sanitaire de proximité pour les patients vietnamiens <sup>4</sup>, avec 21600 pharmacies et distributeurs privés<sup>7</sup> répartis sur tout le territoire. Ce réseau a pris progressivement le rôle des PSP, relativement abandonnés par la population depuis plusieurs années.

Cependant, la qualité des services offerts par les pharmaciens est discutable. En effet, les pharmaciens n'ont probablement pas la formation adéquate, notamment en termes de diagnostic. La délivrance de médicaments sans avis médical peut conduire à une aggravation de la maladie ou retarder d'autres interventions éventuellement nécessaires.

La facilité à se procurer des médicaments peut, également, engendrer chez les patients une consommation médicamenteuse inadaptée à leurs problèmes de santé.

Il faut aussi souligner qu'au Vietnam, certains cabinets médicaux et polycliniques proposent la délivrance de médicaments lors de la consultation. Ceci explique, en partie, la faible proportion de vente de médicaments avec ordonnance en pharmacie.

En Belgique, la vente de médicaments sans ordonnance était nettement moins importante que celle avec ordonnance.

En effet, les patients, dont la plupart disposent d'une couverture assurance maladie universelle <sup>15</sup>, bénéficient de l'achat de médicaments dont le coût est partiellement pris en charge par le système de soins, en cas de prescription <sup>15</sup>. Ils préfèrent donc aller voir leur médecin avant de passer à la pharmacie. Par ailleurs, peu de médicaments sont disponibles sans ordonnance.

Les contacts au domicile du patient sont très limités au Vietnam (2,1%).

La visite d'un médecin à domicile est une pratique coûteuse, qui est toujours à charge du patient ; ce service est donc rarement sollicité.

Les Belges, par contre, ont déclaré une importante proportion de contacts avec des professionnels de santé à leur domicile.

Ces résultats correspondent à ceux de l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) où un quart des consultations réalisées par un médecin (généraliste, le plus souvent) sont des visites à domicile <sup>15</sup>.

Cette différence souligne la difficulté à assurer la continuité et la globalité des soins dans le contexte vietnamien, alors même que c'est l'une des recommandations de l'OMS <sup>1</sup>.

Le cabinet médical, la polyclinique et le service hospitalier de consultation ambulatoire proposent une même gamme de services, mais, dans les deux pays, la distribution de ces services est différente selon les lieux.

En Belgique, le cabinet du médecin traitant joue le rôle de première ligne du système de santé et absorbe la plupart des besoins de soins de santé de la population.

Le médecin généraliste constitue donc bien le point d'entrée du système sanitaire en accord avec les recommandations de l'OMS en termes de traitement rapide des plaintes, de prévention et d'équité en santé <sup>1</sup>.

Pour renforcer cette tendance sociétale, des mesures politiques récentes promouvant le statut de médecin généraliste ont vu le jour. On peut citer la reconnaissance du statut de médecin généraliste, l'encouragement à la gestion d'un dossier médical pour chaque patient, le remboursement avantageux des soins primaires par l'assurance maladie, l'amélioration de l'accessibilité aux soins, l'encouragement de la pratique médicale collective, etc. <sup>15</sup>.

Au Vietnam, en revanche, les patients s'adressent davantage aux services ambulatoires de l'hôpital ; la plupart des soins en santé ne s'y limitent qu'à une consultation. Ce résultat explique bien la situation de surcharge des hôpitaux et la récente déstructuration des lignes de soins du système sanitaire du Vietnam.

Plus particulièrement, au Vietnam, avec l'application des décrets gouvernementaux N° 43/2006/ND-CP et 69/2008/ND-CP, qui donnent plus d'autonomie financière aux établissements publics, les hôpitaux ont adopté des mesures radicales pour attirer toujours plus de patients, y compris dans le cas de pathologies légères <sup>7</sup>.

### 3.4.5 Conclusion

En dépit des différences culturelles entre les deux pays, la consultation simple apparaît comme la principale réponse au recours de santé dans les deux pays. Mais les similitudes s'arrêtent là.

Le système de soins en Belgique possède comme caractéristiques une grande proportion de soins au cabinet et au domicile formant une première ligne de soins où le médecin généraliste est l'acteur principal.

Le Vietnam se caractérise, en revanche, par une surcharge inappropriée des hôpitaux et une automédication problématique.

Ces différences peuvent s'expliquer principalement par la différence de structuration du système sanitaire entre les deux pays.

Toutefois, on pourrait nous opposer l'idée que ces différences de consommation s'expliquent également par une différence de problèmes de santé entre les deux pays.

C'est donc en vue d'explorer cette hypothèse, et de vérifier son incidence, que notre travail s'est également attaché à procéder à une étude épidémiologique des problèmes de santé entre les populations des deux pays. C'est à la présentation de cette analyse que nous allons à présent nous livrer.

### 3.4.5.1 Références

1. World Health Organization., Lerberghe Wv. Primary health care : now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
2. Nguyễn NN. Health sector development and economic reform in a transitional economy: Vietnam in 1989-1997 [Ph.D. thesis]. Manchester: The university of Manchester; 1997.
3. Dương HL, Nguyễn HL, Dương ĐT, et al. Report on review of primary health care performance in Vietnam. Hanoi; 2004.
4. 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.
5. Fritzen SA. Legacies of primary health care in an age of health sector reform: Vietnam's commune clinics in transition. Soc Sci Med 2007;64:1611-23.
6. Witter S. 'Doi moi' and health: the effect of economic reforms on the health system in Vietnam. Int J Health Plann Manage 1996;11:159-72.
7. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2008 health financing in Vietnam In. Hanoi; 2008:1-147.
8. Sepehri A, Chernomas R, Akram-Lodhi H. Penalizing patients and rewarding providers: user charges and health care utilization in Vietnam. Health Policy Plan 2005;20:90-9.
9. Trivedi PK. Patterns of health care utilization in Vietnam : analysis of 1997-98 Vietnam Living Standards Survey Data: The World Bank; 2002 Feb.
10. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265:885-92.
11. 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.
12. 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.
13. World Health Organisation. European health for all database (HFA-DB). In: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
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. Corens D. Health system review: Belgium Health Systems in Transition 2007;9:1-172.

## 3.5 Épidémiologie des problèmes de santé

### 3.5.1 Introduction

L'écologie des soins de santé et la consommation de soins dans les deux pays ont été abordées dans les chapitres précédents. Nous avons été interpellés par l'ampleur des différences de consommation de soins et nous avons voulu savoir si des différences de pathologies pouvaient les justifier.

À partir de cette question pratique, nous avons analysé l'épidémiologie des problèmes de santé dans notre enquête.

Nos données ont permis de donner une perception de la réalité dans la population générale, sans aucun filtre de sélection (patients hospitalisés, maladies chroniques, etc.).

La comparaison directe de deux modèles épidémiologiques – celui de la Belgique représentant les pays développés et celui du Vietnam illustrant les pays émergents – permettra de se concentrer sur les pistes de développement du système de santé vietnamien.

Récemment, le Vietnam a connu une transition épidémiologique. La charge importante des maladies tropicales cède la place à celle des maladies non transmissibles : (hypertension artérielle, diabète, obésité, etc.)<sup>1</sup>.

Selon les données statistiques nationales, le changement a été majeur en seulement 7 ans (de 1998 à 2005).

La proportion des maladies non transmissibles a augmenté de 39,5% à 62,2% pendant cette période<sup>1</sup>. Cependant, ces données n'englobent pas l'automédication, les soins ambulatoires ni les soins fournis par le secteur sanitaire privé.

D'après l'enquête nationale réalisée en 2001-2002, il y avait une hospitalisation pour 30 consultations en soins ambulatoires. Ce ratio est comparable à ceux des études internationales<sup>2,3</sup>.

Comme les études ne se basent que sur les données des hôpitaux, une part importante des besoins en santé de la population ne sont pas pris en compte dans ces statistiques (plaintes et symptômes sans diagnostic, demandes administratives)<sup>1,4</sup>.

Tout ceci doit être complété afin de fournir une base réaliste à la politique sanitaire nationale.

Le présent travail va introduire un nouvel aperçu de la répartition des problèmes en santé de la population générale.

### 3.5.2 Méthodologie

Au cours de l'étude, nous avons extrait tous les problèmes de santé déclarés par la population générale dans les deux pays pendant les deux mois d'enquête.

Comme nous l'avons décrit dans le protocole, les enquêteurs ont gardé les termes utilisés par les personnes interviewées, de façon à conserver le maximum d'objectivité dans l'information recueillie.

Après l'enquête, ces données ont été encodées en CISP2 (Classification Internationale des Soins Primaires, version électronique 4.2e) et traduites en vietnamien dans le cadre de notre travail.

Les détails de ce travail de traduction de la CISP sont présentés dans les chapitres qui suivent.

L'encodage a été mené à l'aide d'un logiciel à interface intuitive, mis au point par notre équipe. Les problèmes de santé à coder en CISP étaient présentés à l'écran à côté d'un résumé détaillé de chaque interview (annexe 7) de façon à en couvrir toutes les composantes, mais sans redondance.

L'encodage a été fait séparément en Belgique et au Vietnam par des personnes formées à cet effet.

Les problèmes de santé ont été catégorisés comme « nouveau problème » si l'évolution était inférieure à un mois, et comme « problème ancien » si le début était antérieur à la première visite et qu'il demandait encore des soins à ce moment.

Dans notre étude, nous avons utilisé les tests de *Kolmogorov-Smirnov* adaptés à des variables non paramétriques (dans le cas de 2 groupes indépendants) et Median (dans le cas de plus de 2 groupes indépendants).

L'hypothèse statistique était la comparabilité des distributions des problèmes de santé.