

CHAPITRE 4

Discussion générale

Comme nous l'avons montré dans notre premier chapitre, dans le contexte difficile des années d'après-guerre, l'État vietnamien a progressivement évolué vers une économie de marché. L'effondrement du système soviétique a diminué l'aide extérieure qu'il recevait. Cette évolution économique a bouleversé très rapidement la répartition des ressources et a grandement influencé l'évolution sociale et sanitaire du pays.

Les coopératives agricoles communales, qui finançaient en grande partie les postes de soins primaires, bien répartis sur le territoire, ont disparu et le gouvernement vietnamien a favorisé préférentiellement le financement des hôpitaux. Les PSP, dépourvus d'un financement correct, ont progressivement été délaissés par les soignants puis par la population. Actuellement, ils servent essentiellement aux campagnes de vaccination.

La population s'est donc tournée vers les hôpitaux pour se faire soigner. L'inscription à l'hôpital a d'ailleurs été une condition pour obtenir la couverture des soins de santé et la fourniture de médicaments.

Il faut encore noter, dans l'évolution du système de santé, le développement du secteur sanitaire privé.

Il y a donc au moins deux sources d'inégalités en santé. D'une part, la population urbaine a de nombreux hôpitaux à disposition, dans un environnement relativement proche alors que les populations rurales ou vivant en périphérie des grandes villes ont beaucoup plus de difficultés d'accès aux institutions de soins. D'autre part, les soins deviennent de plus en plus coûteux et sont donc inaccessibles à la partie la plus démunie de la population.

L'affaiblissement de la première ligne de soins, proche de la population, et l'attraction des malades vers l'hôpital même pour des problèmes de santé ne nécessitant pas d'interventions à haut niveau de technicité, ont donc créé une surcharge hospitalière, source d'inefficience pour le système.

Dans la littérature, les preuves sont nombreuses qui montrent que l'existence d'une première ligne de soins forte est une condition indispensable au bon fonctionnement d'un système de soins de santé.

Une première ligne de soins forte nécessite un personnel compétent et une implantation dans la communauté, pour assurer une bonne connaissance de la population et de son milieu de vie.

Elle peut ainsi suivre la population dans ses besoins au quotidien, créer un climat de confiance, assurer les premiers contacts du patient avec le système de santé, prévenir et traiter les problèmes de santé ne nécessitant pas de soins sophistiqués et référer les patients aux institutions offrant des soins plus ciblés, plus lourds. Ainsi, la complémentarité des deux lignes devrait être assurée le plus efficacement possible.

Parmi les acteurs de la première ligne de soins (infirmière, kinésithérapeute, pharmacien, etc.), le médecin de famille joue souvent le rôle de coordinateur des soins, le pivot central.

Développer la médecine de famille constitue donc une piste prioritaire pour le gouvernement vietnamien pour rétablir le système de santé.

Le présent travail avait pour premier objectif d'argumenter l'apport possible de la médecine de famille au système de santé vietnamien.

Les sources hospitalières des données sanitaires ne donnant qu'une image tronquée de la réalité du vécu de la population, en termes de problèmes et de soins de santé, nous avons fait le choix de réaliser une enquête directe auprès de la population, permettant d'obtenir des précisions individuelles impossibles à obtenir dans les registres officiels.

Le choix d'une étude rétrospective basée sur un questionnaire expose, en pratique, à des biais :

- Des difficultés de remémoration peuvent provoquer une sous-évaluation des problèmes et recours en santé.
- Une influence inverse peut être liée à l'effet de télescopage qui consiste à positionner dans la période considérée des événements en santé antérieurs à la période étudiée.

Une évaluation plus précise de ces biais a fait l'objet d'une analyse détaillée qui sera présentée dans l'annexe 9.

Nous avons opté pour une analyse groupée de deux populations aléatoires supposées représentatives des populations urbaine et rurale locales.

Nous avons postulé que la population totale ainsi étudiée approchait la réalité de la région de Hồ Chí Minh-ville.

Même si les paramètres socio-démographiques et les données recueillies dans chaque sous-population sont très comparables, la taille de chaque échantillon et sa représentativité peuvent prêter à débat.

Certaines particularités des deux communes étudiées, liées à des conditions locales spécifiques (comme, par exemple, la distance séparant les habitants des polycliniques ou des établissements hospitaliers), peuvent gêner l'interprétation des résultats et leur généralisation.

Nous avons également contrôlé la validité de nos données en les comparant à celles des études nationales ou internationales disponibles.

Dans le même temps, la réalisation d'une enquête du même type en Belgique, où la première ligne de soins est bien développée, avait pour objectif de comparer, de manière prudente, la situation des deux pays en termes d'écologie des soins de santé, de consommation de soins et d'épidémiologie.

Les résultats de nos études ont été abondamment discutés dans chaque chapitre. Nous reprendrons ici les éléments les plus généraux.

- Le service hospitalier de consultation ambulatoire occupe 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 parfois éloignées du lieu de vie du patient.
- 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.

En termes de consommation de soins,

- la consultation simple à l'hôpital et l'achat de médicaments sans avis médical à la pharmacie représentent une grande partie des recours de la population vietnamienne.
- L'usage abusif ou inapproprié de médicaments représente un risque non négligeable pour la population, mais reste un moyen abordable pour les

patients de soulager certains problèmes de santé sans coût excessif. En termes de santé publique, c'est évidemment tout à fait inconcevable de laisser le patient sans avis éclairé sur la pertinence du traitement.

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. Ici, le point d'entrée du système sanitaire est bien établi au niveau du médecin généraliste.
- L'achat libre de médicaments est très réduit grâce à une contrainte de visite médicale pour en obtenir le remboursement. Peu de médicaments sont par ailleurs en vente libre.

Comme le système sanitaire du Vietnam, avec son réseau de PSP, avait été décrit comme exemplaire grâce à sa bonne couverture territoriale, force est de constater qu'une solution aux problèmes actuels du système de santé pourrait être la réhabilitation des PSP.

Cette réhabilitation devrait se concevoir en termes de ressources humaines, d'équipement et de gestion des soins de santé (remboursement des patients, accès aux médicaments).

La médecine de famille pourrait très bien y être pratiquée si des médecins formés à ses concepts y étaient mis en place et revalorisés.

En effet, la proximité avec le lieu de vie permettrait d'assurer le premier contact de la population avec le système de santé, la prise en charge globale du patient, la continuité des soins, le suivi dans le temps et la coordination des différents intervenants en santé.

Un dernier volet également important de la réhabilitation est celui de la restauration de la confiance de la population en ces postes.

En termes d'épidémiologie, nous avons mis en évidence les tendances actuelles au Vietnam.

Pays en transition épidémiologique, le recul des pathologies infectieuses est confirmé et l'apparition de maladies non transmissibles également.

Nous avons présenté une répartition détaillée des différents problèmes de santé : les maladies et surtout les préoccupations sanitaires que sont les plaintes, les symptômes et même les demandes administratives en santé.

Il est important que l'acteur de terrain que sera le médecin de famille comprenne les besoins de la population et qu'il s'équipe des compétences nécessaires.

Notre travail peut donc servir de référence aux Départements de Médecine de famille qui développent le curriculum de formation qui doit être proposé aux futurs médecins de famille.

Au Vietnam comme au niveau planétaire, la médecine de famille souffre d'un manque de productions scientifiques. Ce point faible explique en grande partie les difficultés que cette discipline rencontre en termes de reconnaissance et de légitimité.

La CISP constitue un puissant outil permettant d'uniformiser l'enregistrement des données dans le domaine des soins de santé primaires.

De première utilité pour le médecin lui-même, l'utilisation d'un langage commun et partagé permet l'agrégation de ses données à des fins de recherche et d'évaluation.

Les publications scientifiques qui peuvent en découler devraient assurer une meilleure intégration au sein des milieux académiques locaux et internationaux et une argumentation plus étayée auprès des autorités sanitaires qui décideront des grands choix de demain en matière de politique de santé.

Nous avons jugé important de consacrer une partie importante de ce Doctorat à une démarche d'appropriation de la CISP par les médecins de famille du Vietnam.

Pour les besoins d'analyse, nous avons développé notre connaissance de la classification internationale des soins de santé primaires.

Nous en avons ensuite réalisé une traduction en vietnamien. Ceci nous a permis, dans une perspective de recherche-action, d'impliquer des collègues vietnamiens dans l'encodage des données.

Nous savons que l'uniformisation dans la saisie des données en soins primaires reste un projet complexe et inachevé, même dans les pays qui figurent au nombre des fondateurs de la CISP.

Il nous a toutefois semblé important de frapper à la porte de l'association internationale qu'est le CISP-Club et d'y enclencher le processus d'adhésion du Vietnam.

Beaucoup de pistes s'offrent encore à nous pour l'avenir, mais nous avons dû limiter notre champ d'action dans le cadre du doctorat.

Nous pouvons prendre, pour base de réflexion aux perspectives à envisager, le pentagone du partenariat de Charles Boelen (Figure 46) dans lequel, les partenaires influençant la politique en matière de santé sont les suivants : les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les universités et autres lieux de formation, les professionnels de santé et les communautés de population.

Le pentagone du partenariat

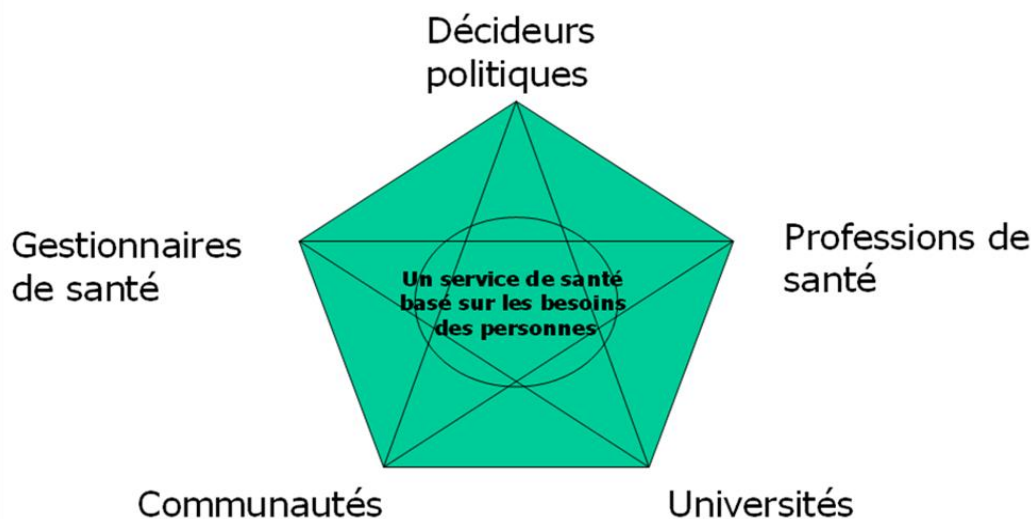


Figure 46. Le pentagone du partenariat en santé. D'après Ch. Boelen, OMS, 2000.

Nous sommes allés à la rencontre de la population et avons pu objectiver ses besoins et attentes en termes de santé.

Il faudrait également proposer une enquête permettant d'investiguer la représentation qu'a la population de sa santé et de l'offre de soins.

Il serait intéressant de voir ce que le citoyen souhaite comme futur en termes d'offre sanitaire. Des recherches qualitatives seraient ici nécessaires.

Nous nous sommes intéressés aux retombées immédiates de notre travail en termes de formation à la médecine de famille.

L'évolution de ce curriculum devrait suivre l'évolution des mentalités ainsi que celle de l'épidémiologie afin de préparer au mieux les futurs professionnels.

La manière d'enseigner les concepts de la médecine de famille n'a pas du tout été abordée dans ce travail, mais elle constitue un champ passionnant de recherche également.

Les professionnels de santé déjà en place devraient également être entendus en termes d'attentes de formation et de carrière.

Il serait utile de s'intéresser également aux moyens de susciter les vocations auprès des étudiants en médecine.

Nous n'avons évoqué que les médecins de famille, mais les autres acteurs de la première ligne doivent également faire l'objet d'une attention particulière si on veut

atteindre la création d'un véritable réseau de professionnels compétents et complémentaires autour du patient ambulatoire.

Les gestionnaires de santé ainsi que les décideurs politiques ont un rôle important dans l'adaptation de la législation et des réglementations professionnelles et d'action sociale.

Nous sommes persuadés que d'autres, plus compétents dans ce domaine, auront à cœur de compléter les travaux concernant le partenariat et d'œuvrer dans le même sens au bien du système de santé vietnamien.