



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 2 February 2023
Accepted, 28 May 2023
Published, 9 June 2023

<http://www.revue-rasp.org>

Research

**L'inaccessibilité aux soins dans les urgences du Centre Hospitalier
Universitaire de Cocody : Une problématique institutionnelle et sociétale**
*Inaccessibility to care in the emergency department of the Cocody University Hospital: An
institutional and societal problem*

Kalilou OUATTARA

Institut d'Ethno-Sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody (Côte d'Ivoire)

E-mail : ouattara_kalilou@yahoo.fr Tel. (+225) 07 07 36 96 21

Résumé

La présente étude, fondée sur l'approche qualitative et analytique, a pour objectif principal d'analyser les facteurs explicatifs de l'inaccessibilité aux soins dans le service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody qui est l'une des structures sanitaires de référence au plan national. De façon spécifique, il s'agit d'une part, de mettre en relief les ressources matérielles et humaines que disposent les urgences du CHU de Cocody, la qualité de l'accueil et la communication entre personnel soignant et clients, l'incidence de la tarification des actes médicaux qui fait que l'hôpital est devenu désormais une entreprise à la recherche du profit, et d'autre part, la place accordée aux aidants familiaux dans le système de soins, ainsi que le niveau de confiance entre acteurs médicaux et clients. En rapport avec l'approche qualitative, nous avons usé de la recherche documentaire, de l'observation directe et d'entretiens semi-directifs pour le recueil des données. Les résultats, après analyse de contenu des données, révèlent que plusieurs facteurs expliquent l'inaccessibilité aux soins dans les urgences du CHU de Cocody à savoir: l'insuffisance des capacités d'accueil et du personnel soignant vue comme une difficulté consubstantielle, la maximisation du profit à travers la tarification et le recouvrement des prestations qui transforme l'hôpital en une entreprise commerciale, le déni de sociabilité autour de la maladie dicté par un système de fonctionnement qui accorde peu de place aux aidants familiaux, le délitement de la confiance entre personnel soignant et clients.

Mots-clés : Accès, Délitement, Soins, Urgences, Cocody

Abstract

The present study, based on the qualitative and analytical approach, has as main objective to analyze the explanatory factors of the inaccessibility to care in the emergency department of

the University Hospital Center (UHC) of Cocody which is one of the structures reference health facilities at the national level. Specifically, it is a question, on the one hand, of highlighting the material and human resources available to the emergencies of the UHC of Cocody, the quality of the reception and the communication between nursing staff and clients, the incidence of the pricing of medical acts which means that the hospital has now become a profit-seeking business, and on the other hand, the place given to family caregivers in the healthcare system, as well as the level of trust between medical actors and clients. In connection with the qualitative approach, we used documentary research, direct observation and semi-structured interviews to collect data. The results, after content analysis of the data, reveal that several factors explain the inaccessibility to care in the emergencies of the UHC of Cocody, namely: the insufficiency of the reception capacities and the nursing staff seen as a substantial difficulty, the maximization profit through the pricing and collection of services which transforms the hospital into a commercial enterprise, the denial of sociability around the disease dictated by an operating system which leaves little room for family carers, the disintegration of trust between caregivers and clients.

Keywords: Access, Disintegration, Care, Emergencies, Cocody

1. Introduction

Vivre longtemps a toujours été la préoccupation majeure des hommes et des femmes quel que soit le temps et l'espace. Pour y parvenir, il est impérieux d'entretenir et de préserver sa santé, car la santé est la ressource fondamentale qui peut favoriser la longévité (Dédry, 2007). Ainsi, la santé, avec les mutations sociopolitiques que connaît notre monde, est devenue un droit pour les membres de la société (la demande en soins) et un devoir pour les Etats (l'offre de soins) par l'accès aux soins. Elle est même un indicateur du niveau de développement d'un pays.

En Côte d'Ivoire, l'accès aux soins de santé est un droit prescrit aux citoyens ivoiriens. En effet, selon l'article 7 de la constitution du 1er août 2000, « les ivoiriens ont droit à un égal accès à la santé ». Cette disposition de la constitution ivoirienne est appuyée par les différentes chartes et conventions internationales, notamment la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 qui stipule en son article 25 que : « Toute... personne a droit à la sécurité et à la santé en cas de maladie » et la charte africaine des droits de l'homme qui reprend ce principe en son article 16 en allant plus loin et en affirmant que les États signataires « ...s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ».

Pour protéger ce droit fondamental reconnu aux populations ivoiriennes, l'Etat de Côte d'Ivoire, qui s'était déjà inscrit dans une dynamique de développement économique et social dès son accession à l'indépendance en 1960, a mis en place une politique de développement du secteur de la santé. Cette politique s'est traduite par la construction et l'équipement des hôpitaux publics selon une pyramide sanitaire (axée autour des centres de santé ruraux, centres de santé à base communautaire, formations sanitaires urbaines, hôpitaux généraux, centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers universitaires plus connus sous l'acronyme de CHU) et à la formation des agents de la santé. C'est ainsi que fut bâti en 1977 le CHU de Cocody (l'une des

communes de la ville d'Abidjan), après celui de Treichville. Ce centre hospitalier universitaire est constitué de quatre bâtiments. L'immeuble icône du complexe est composé de treize étages, et consacré aux hospitalisations sur huit de ces étages. Il dispense des soins d'urgence, propose des examens de diagnostic ainsi que des consultations et des traitements. Il offre en outre des possibilités d'hospitalisation aux malades. Diverses initiatives de développement d'actions de médecine préventive sont également menées par cet établissement sanitaire qui, avec les CHU de Treichville, Yopougon et Bouaké, participe à l'enseignement universitaire et post-universitaire de type médical mais aussi, à la formation pharmaceutique, odontologique et paramédicale.

Comme tous les CHU du pays, celui de Cocody dispose d'un service des urgences qui a pour fonction d'accueillir et de prendre en charge les malades en situation de détresse et les blessés qui y arrivent. Les urgences jouent un rôle central dans le fonctionnement du CHU, car un service des urgences est le miroir d'un hôpital, pourrait-on dire. Les premiers qui arrivent dans un CHU, en état de détresse, se dirigent vers le service des urgences. Par conséquent, ce service doit avoir pour objectif la prise en charge du patient. « Cette prise en charge doit consister à faire en sorte que le patient qui vient dans un état grave qui menace sa vie puisse être sauvé ». Outre les consultations externes, les urgences constituent la porte d'entrée aux services de ce centre hospitalier. Mais en mars 2014, le décès dans les urgences d'une jeune femme ivoirienne, mannequin de 23 ans, faute de soins, selon ses proches, relayé abondamment dans la presse et sur les réseaux sociaux, avait provoqué l'indignation dans l'opinion publique. Les circonstances de ce décès avaient été liées au manque de soins que nécessitait l'état de santé de cette jeune dame.

Pour éviter que de telles infamies ne se reproduisent et redorer l'image du CHU de Cocody, la direction a consenti un investissement de plus de 3 milliards de F CFA avait été fait pour doter cet établissement de troisième niveau de référence d'un équipement performant » selon le directeur général. Aussi, de nouvelles dispositions de prise en charge aux urgences ont été mises en place pour améliorer le fonctionnement de cette importante structure sanitaire. Ainsi, ces nouvelles dispositions stipulaient que dans une situation d'extrême urgence, le malade qui arrive aux urgences bénéficiera, selon le directeur général, d'un chariot de soins d'extrême urgence. « C'est le cas des malades dont le pronostic vital est en jeu » ; « Il s'agit de mettre à la disposition du médecin soignant le nécessaire qu'il faut pour sauver le malade en le stabilisant ». Ce chariot de soins d'extrême urgence « est gratuit » et est « déjà fonctionnel ». Une fois le malade stabilisé et qu'il n'est plus en danger de mort, il pourra bénéficier du « kit d'urgence ». Ce kit est payant ou gratuit, en fonction que les médicaments qui le composent en dépôt vente ou donnés gratuitement par le gouvernement. Sa spécificité est qu'il vise à concrètement soigner le malade alors que le chariot lui, vise à mettre le malade arrivé aux urgences en situation de détresse absolue hors de danger de mort (Jeune Afrique, 2017).

Cependant, des années après la mise en place de cette nouvelle orientation visant à améliorer le fonctionnement global du CHU de Cocody, notamment l'accessibilité aux soins, force est de constater qu'au quotidien, de nombreux malades, en situation de détresse, ne parviennent pas à accéder aux soins avec promptitude ou y accèdent avec difficultés. L'on veut pour preuve

l'incident, une fois de plus, qu'il y'a eu lieu en 2019 entre des étudiants de la fédération estudiantine de Côte d'Ivoire (FESCI) et le personnel des urgences du CHU de Cocody. En effet, à la suite du manque de soins dont avait été l'objet l'un des étudiants, grièvement blessé au cours d'un rixe, des éléments de la FESCI avaient perturbé le fonctionnement des urgences durant une demi-journée et bastonné une partie du personnel soignant. Cet évènement malheureux ouvrait encore là, une partie du voile sur cette tare que traînent les urgences du CHU de Cocody. Aussi, une immersion dans le service des urgences nous a permis d'observer que constamment, des malades restent couchés durant des heures à même le sol dans les couloirs, ou sur des brancards à l'entrée des urgences espérant bénéficier des soins. D'autres sont tout simplement éconduits et obligés de s'orienter vers d'autres structures sanitaires au motif « qu'il n'y'a plus de places ici » ou « les médecins sont débordés...il y'a beaucoup de malades... ». De ce constat, découle la question suivante : quels sont les facteurs qui rendent problématique l'accès aux soins au service des urgences du CHU de Cocody ?

L'objectif de cet article est d'analyser les facteurs explicatifs de l'inaccessibilité aux soins dans le service des urgences du CHU de Cocody qui est l'une des plus importantes structures sanitaires publiques de référence au niveau national. Pour ce faire, il tente d'examiner les différents aspects qui structurent l'offre de soins des urgences, à savoir la capacité d'accueil, les ressources matérielles et humaines, la place des parents aidants dans le mode de fonctionnement et d'organisation de ce service, l'éthique liée à la profession médicale qui guide le comportement des agents.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Type, durée et cadre de l'étude

L'étude est de type analytique et s'inscrit dans une démarche qualitative. Elle s'est déroulée sur deux mois (du 15 octobre au 17 décembre 2018) au service des urgences du CHU de Cocody dans la ville d'Abidjan. Le choix des urgences du CHU de Cocody comme cadre de l'étude tient d'une part au fait que ce service a fait l'objet de plusieurs critiques dans les médias à la suite d'incidents liés à l'accès aux soins avec parfois le décès de patients et d'autre part, du fait que nous avons constaté de façon empirique les difficultés qu'éprouvent les usagers à accéder aux soins.

2.2. Population de l'étude et échantillonnage

La plupart des malades qui arrivent aux urgences, n'étant pas en possession de leurs capacités physiques, ne sont pas en mesure de se prêter à un entretien. C'est pourquoi nous avons préféré interroger les parents accompagnateurs qui sont au chevet des malades. La population cible de l'étude se compose donc des parents accompagnateurs qui sont au chevet des malades hospitalisés dans les urgences du CHU de Cocody. Quant à la population secondaire, elle concerne le personnel médical.

Les critères de choix de la population cible sont les suivantes : être un parent /un proche accompagnateur d'un malade hospitalisé au service des urgences du CHU de Cocody, avoir accompagné le malade dans les premiers moments de son transfert au service des urgences

CHU de Cocody, être en permanence au chevet du malade hospitalisé, accepter volontairement de répondre aux questions.

Pour l'approche qualitative, Lofland J. et Lofland L. H. (1984) soutiennent que les recherches recourant à l'entrevue intensive recueillent habituellement entre 20 et 50 entrevues, centrées autour d'une dizaine de points et de sous-questions. Selon ces auteurs, ce nombre est généralement suffisant pour avoir une bonne connaissance d'un milieu.

Ainsi, en suivant ce postulat et utilisant la technique d'échantillonnage par choix raisonné, nous avons atteint la saturation après vingt-huit (28) entretiens auprès des parents-aidants des malades hospitalisés dans les urgences.

D'autre part, nous avons interrogé des membres du personnel médical dont deux (2) médecins urgentistes et un (1) infirmier. Cette seconde catégorie d'acteurs a été choisie selon sa disponibilité et en tenant compte de son rôle dans le fonctionnement du service des urgences. Et en tant que cheville ouvrière du système sanitaire que constituent les urgences du CHU de Cocody, le personnel soignant est mieux placé pour fournir des informations relatives à l'organisation et au fonctionnement de ce service, les ressources mises à leur disposition ainsi que les difficultés (au niveau de la capacité d'accueil et d'hospitalisation) qui peuvent entraver l'accès aux soins.

2.3. Outils de collecte des données

En rapport avec la posture méthodologique sur laquelle se fonde notre étude, la collecte des informations s'est faite à partir de la recherche documentaire, de l'observation directe (par immersion) et d'entretiens semi-directifs (réalisés aussi bien pendant la nuit que dans la journée dans les locaux des urgences ou dans la cour de ce centre hospitalier).

La recherche documentaire a permis de passer en revue les écrits qui ont porté sur des faits liés à l'accès aux soins dans les hôpitaux publics de Côte d'Ivoire, les différents niveaux d'obstacle qui pourraient expliquer les difficultés d'accès aux soins, les nouvelles mesures visant l'amélioration de l'offre de soins. L'observation directe nous a donné la possibilité de voir des malades couchés à même le sol dans les couloirs durant plusieurs heures ou sur des brancards en attendant d'accéder à une prise en charge, au grand désarroi des parents qui tentent de plaider et de négocier avec le personnel soignant pour que le/la malade qu'ils accompagnent puisse bénéficier d'une prise en charge. Quant aux entretiens semi-directifs, ils nous ont permis de recueillir d'une part, auprès du personnel soignant des informations sur le mode d'organisation et de fonctionnement du service des urgences, les ressources qu'il dispose, les difficultés qui entravent un meilleur fonctionnement du service et d'autre part, les opinions des usagers, leurs plaintes, leurs suggestions.

2.4. Méthode de dépouillement et d'analyse des données

Les informations recueillies ont fait l'objet d'un dépouillement manuel et leur traitement s'est fait par analyse de contenu thématique. Ainsi, l'analyse de contenu a conduit à dégager les unités de sens. Les informations sont placées sous le prisme de la méthode dialectique comme méthode d'analyse car elle prend en compte à la fois, les démarches historiques, comparatives, systémiques, structuro-fonctionnaliste, constructiviste et statistiques.

Selon Debruyne (1974), la méthode dialectique s'applique à saisir les relations de contradictions dynamiques de la réalité sociale. Elle peut être une tentative de développement entre explication dialectique (par l'histoire) et explication synchronique (par la structure). Cette loi de la contradiction, complète la loi du changement en ce sens que tout est appelé à changer, mais donne l'élément opposé. C'est la lutte du contraire pour donner une nouvelle chose. Cette loi se traduit dans le vécu quotidien de toute société ou de l'homme. Le vécu de l'homme est fait de la coexistence du "oui" et du "non" en termes de positivité et de négativité.

Dans le cas de notre étude, on constate qu'il y a contradiction entre les pratiques qui découlent du fonctionnement des urgences du CHU de Cocody et la vocation première de l'hôpital qui est d'apporter assistance à toute personne malade qui demande des soins sans discrimination (en référence au serment d'Hippocrate).

2.5. Posture théorique et considérations éthiques

Les inégalités sociales, en rapport avec la théorie des inégalités sociales de Max Weber (1921) sont des différences entre individus ou groupes sociaux portant sur des avantages ou des désavantages dans l'accès à des ressources socialement valorisées. Ces ressources socialement valorisées dépendent de chaque société, des valeurs de chaque société. La santé étant une ressource socialement valorisée, bien qu'étant une préoccupation individuelle, sa protection et sa satisfaction devrait figurer au nombre des obligations de la communauté peuvent converger sous la forme d'actions collectives, génératrices d'identités et de solidarités opposées les unes aux autres. Les inégalités sociales sont le résultat d'une distribution inégale des ressources au sein d'une société et sont au fondement de la stratification des sociétés humaines.

Le bien-fondé de l'étude a été expliqué aux enquêtés bien avant d'échanger avec eux et non sans avoir manqué de les rassurer de ce que leurs propos et leurs identités seront placés sous l'anonymat. C'est pourquoi nous avons attribué des lettres pour citer les sources des verbatims.

3. Résultats de l'étude

3.1. Insuffisance de la capacité d'accueil et du personnel soignant : une difficulté consubstantielle

L'insuffisance du nombre de lits d'hospitalisation et le dépassement du plateau technique ajoutés au déficit du personnel soignant (médecins, infirmiers ...) constituent le premier problème du système de santé ivoirien de façon générale et du CHU de Cocody en particulier. Les urgences de cet établissement sanitaire de référence n'échappent pas à cette situation qui rend difficile l'offre de soins. L'un des médecins en poste dans ce service nous en parle dans ces termes :

« Il faut l'avouer, nous travaillons dans des conditions assez difficiles. Avec une trentaine de lits d'observations répartie dans six (6) chambres de différentes catégories, il est parfois difficile, voire impossible de recevoir tous les cas d'urgence ici. Souvent, il faut qu'un lit soit libéré pour qu'un autre patient puisse avoir accès à une prise en charge. Ce n'est pas intéressant, mais on est obligé de faire avec [...]. Aussi, face à la forte demande de soins, le personnel soignant n'est pas suffisant. Ces

difficultés font que parfois les malades ou les blessés qui arrivent ici, dans des situations alarmantes sont souvent orientés vers d'autres structures soit à Treichville, soit à Yopougon et la population ne nous comprend pas parfois » (Récit de Dr K, médecin urgentiste).

A l'analyse du récit ci-dessus, l'on s'aperçoit que les urgences du CHU de Cocody sont confrontées à des difficultés d'ordre structurel caractérisées entre autres, par l'insuffisance des infrastructures (Jeune Afrique, 26 juillet 2017). Les raisons peuvent être de deux ordres : premièrement, l'on peut évoquer le dépérissement des moyens financiers alloués au secteur de la santé et secondairement à l'augmentation exponentielle de la population. En effet, la crise économique qu'a connue le pays au début des années 1980 due à la chute du prix de ses principales matières premières (le café et le cacao) sur le marché international, a réduit considérablement le financement du secteur de la santé considérée comme non-productif par les grandes organisations financières internationales (Banque mondiale et Fonds monétaire international). En rapport avec cette nouvelle donne, le gouvernement ivoirien, malgré ses efforts, est freiné dans son élan de développement du secteur de la santé. Seulement 4,5 % du budget national est alloué au secteur de la santé contrairement aux pays comme le Sénégal, le Mali où l'Etat investit entre 8 et 9% de leurs budgets. Alors que le taux recommandé au plan mondial par les Nations-Unies est de 15%. La conséquence de cette situation est l'insuffisance des structures d'accueil, du personnel soignant, de lits d'hospitalisation et de médicaments.

A ces difficultés s'ajoute l'augmentation exponentielle et incontrôlée de la population ivoirienne, qui est passée de 3 503 553 en 1960 à 16 454 668 en 2000 puis à 25 069 229 habitants en 2018 (Banque mondiale, 2018). Soit une augmentation de 616% en 58 ans. Dans ce contexte, l'accès aux soins dans les hôpitaux publics devient difficile pour la grande majorité de la population qui ne dispose pas d'une couverture sociale. La Couverture Maladie Universelle (CMU) gérée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) créée par la loi N°2014-131 du 24 mars 2014 n'a pas encore impacté véritablement un accès équitable aux soins pour la majorité des ivoiriens.

3.2. Tarification des actes médicaux ou la rationalité marchande : quand l'hôpital se moque de la charité et devient une entreprise commerciale

A l'origine, l'hôpital était un lieu d'accueil pour les personnes sans ressources. Il était le plus souvent géré par des communautés religieuses et s'inscrivait dans une perspective résolument caritative. Il avait une dimension de charité. L'amour du prochain a été l'une des motivations dans la prise en compte de la santé individuelle. Tous les Hommes devraient avoir les mêmes opportunités pour prétendre obtenir les soins de santé en toute circonstance. Mais avec le temps, cette fonction sociale, caritative de l'hôpital a disparu. L'hôpital est devenu une sorte d'industrie. L'argent a pris la place de la charité. Tous les actes sont désormais payants et on y réalise des profits financiers. L'on a institué un service de comptabilité dans les hôpitaux.

Le CHU de Cocody, notamment le service des urgences n'échappe pas à cette réalité structurelle. Les parents des malades qui y sont hospitalisés sont constamment confrontés aux dépenses liées aux soins. Au passage de chaque médecin traitant, une ordonnance est délivrée. D'où les quantités importantes d'ordonnances et de médicaments auxquelles les usagers font face de façon incessante. Un extrait du verbatim ci-dessous nous situe sur cette pratique :

« Ici on paie tout. A chaque fois, on nous appelle pour aller payer à la caisse de nombreuses ordonnances internes, en nous disant que c'est des médicaments qu'ils ont administrés aux malades. On ne comprend pas bien cette façon de travailler, mais on n'a pas le choix. Il y'a aussi des ordonnances qu'on va payer au dehors et souvent c'est des médicaments qui coutent chers » (Extrait de l'entretien avec Dame F, épouse d'un malade hospitalisé depuis quatre (4) jours).

De cet entretien, l'on note que les urgences du CHU de Cocody, se caractérisent aussi par la tarification des prestations de soins. En effet, à son accession à l'indépendance en 1960, la Côte d'Ivoire, soucieuse de promouvoir le bien-être social et économique de sa population, avait opté pour la gratuité des soins de santé dans les hôpitaux publics. Mais, la crise économique des années 1980, évoquée plus haut, a contraint l'Etat ivoirien à s'inscrire, sous la pression des grandes organisations financières internationales (Banque mondiale et Fonds monétaire international), dans une politique d'ajustement structurel, synonyme de réduction des dépenses publiques, notamment dans les secteurs qualifiés de non-productifs tels que ceux de l'éducation et de la santé. Le Gouvernement était soumis à une austérité et l'Etat de providence a pris fin. Le domaine de la santé sera fortement impacté par cette austérité. Les soins de santé, autrefois pris en charge quasiment par l'Etat à travers le modèle de national health system (décennies 1960-1980) sont désormais supportés par le malade.

Dans un tel système de santé, l'hôpital se débarrasse de la charité qui était son fondement et devient une entreprise dont le fonctionnement est déterminé par sa comptabilité. Depuis 1998, le CHU de Cocody a le statut d'Etablissement Public National (EPN). Il bénéficie d'une autonomie de gestion et a le droit et le devoir de rechercher des sources additionnelles à l'apport budgétaire de l'Etat de Côte d'Ivoire. De ce fait, la nécessité d'accroître sa capacité financière impose la tarification des soins et autres actes notamment la consultation, les analyses biologiques, les examens d'imagerie, la vente de médicaments de première nécessité par la pharmacie interne.

En rapport avec à un tel mode de fonctionnement, l'observe que les parents des malades sont constamment invités (à travers le haut-parleur installé à cet effet dans le hall du service des urgences), à s'acquitter des frais d'ordonnances internes ou à acheter des médicaments en dehors de l'hôpital alors qu'ils ne sont pas associés aux soins. Cette façon de fonctionner crée l'angoisse chez les parents du fait du poids financier des soins et favorise un climat de méfiance, de suspicion entre les usagers et le personnel médical donnant parfois lieu à des scènes de disputes, de vociférations, d'injures à l'encontre du personnel soignant.

Il est aussi courant d'observer que certains accompagnateurs de patients disparaissent et abandonnent leurs malades durant des jours parce que n'étant pas en mesure de faire face aux nombreuses ordonnances médicales qui leur sont délivrées. Notre analyse est corroborée par ce témoignage de Monsieur K qui est au chevet d'un patient admis dans les urgences :

« Hier, vers onze heures, le parent du malade qui occupe le lit voisin, a disparu. Il nous a dit qu'il partait chercher l'argent et revenir parce qu'il n'avait plus rien sur lui après deux jours d'hospitalisation de son frère. Et depuis lors le malade est tout seul. Ses ordonnances n'ont pas été payées et à cause de ça les gens ne s'occupent plus de lui. C'est triste, mais c'est la réalité. Le fait que tout est lié à l'argent dans nos hôpitaux rend les choses difficiles pour la population ».

3.3. Déni de sociabilité autour de la maladie

En Afrique, la maladie est un évènement qui mobilise la solidarité familiale. L'étanchéité des rapports sociaux entre individus d'une même famille recommande l'assistance et l'accompagnement des proches parents dans la prise en charge médicale des personnes frappées par la maladie (Kouakou, 2004). La solidarité intrafamiliale est donc un principe de vie qui régule les rapports sociaux. Au nom de ce principe, il est de coutume d'observer devant les unités de soins des hôpitaux, notamment aux urgences du CHU de Cocody, des groupements de parents qui viennent apporter assistance et réconfort à l'un ou l'une d'entre eux /elles en situation d'hospitalisé (e).

Mais, le système mis en place pour les soins aux urgences du CHU de Cocody met à l'écart les accompagnants des malades. Cette politique, selon les responsables sanitaires, répond à un besoin d'efficacité dans le service. Ainsi, les accompagnants des malades n'ont pas accès aux malades mis en observation dans les salles. Une porte de cloisonnement sépare la salle d'attente très souvent surchargée des salles d'hospitalisation. Dans bien des cas, les parents n'ont pas accès aux malades pour les hospitalisations durant la nuit. Dans la journée, c'est un seul parent qui est autorisé à rester au chevet du malade pendant que les autres membres de famille et autres amis venus visiter les malades sont tenus à l'écart. C'est lorsqu'il y'a des ordonnances à payer que les parents sont invités à se présenter aux guichets. Ces pratiques créent souvent un climat d'incompréhension et de suspicion entre le personnel médical et les accompagnants des malades. Le récit de Dame S, parente d'un malade, nous situe davantage sur ce point :

« Au CHU ici, quand on vient avec un parent malade aux urgences, c'est tout un problème. En plus de s'inquiéter pour son malade, il faut aussi subir les humeurs et les intempéries car les parents des malades que nous sommes sont laissés au dehors, sans abri, sous les arbres. C'est compliqué. On ne nous associe pas aux soins. On ne voit même pas le traitement qu'ils font aux malades. On nous dit qu'on ne doit pas rester avec des malades. Ou bien c'est une seule personne qui est acceptée auprès du malade. On t'appelle seulement quand tu dois payer leurs ordonnances là. Ce n'est pas intéressant cette façon de faire ».

Du point de vue du personnel soignant, la maladie, appréhendée sous l'angle biomédical revêt un caractère purement technique et ne s'aurait s'accommoder de considérations métaphysiques, subjectives. C'est donc l'affaire des médecins et autre personnel paramédical. Ainsi, la place et le rôle des accompagnants, bien qu'ayant un apport psychosocial dans la prise en charge des malades sont d'une importance secondaire. Ce qui justifierait cette disposition qui tend à laisser

peu de place aux parents lors des hospitalisations. Monsieur M, infirmier, confirme notre idée à travers cet extrait tiré de son récit :

« Nous demandons aux parents de nous laisser travailler, en ne venant pas nous envahir. On exige qu'il ait un seul parent au chevet du malade pour plus de quiétude dans le service, mais les gens ne comprennent pas cela et souvent on a des difficultés... Certains viennent avec des médicaments traditionnels (la pharmacopée africaine) pour interférer dans le traitement. Cela n'est pas acceptable ».

D'un autre point de vue, l'étiologie faite des maladies liées aux considérations métaphysiques dépourvues d'objectivité amène les accompagnateurs des malades à transposer des pratiques thérapeutiques non homologuées par la médecine moderne. Cette juxtaposition du savoir biomédical et du savoir ethno-médical n'est pas autorisée par un cadre légal en Côte d'Ivoire contrairement à certains pays d'Afrique sub-saharienne tels que le Cameroun, le Mali. Ce qui justifie le peu de place accordée à la famille dans le processus des soins en milieu hospitalier, notamment aux urgences du CHU de Cocody.

3.4. Délitement de la confiance entre personnel soignant et clients

La maladie en tant désordre biologique est aussi un désordre psychologique et social (Augé & Herzlich, 1984). Elle désorganise l'individu qui souffre d'une pathologie aussi bien dans sa dimension physiologique, psychologique et sociale. Et comme elle n'est pas le problème de la seule personne qui est malade, mais celui de toute la famille voire de la communauté, cerner et parvenir à lutter contre la maladie, implique la mobilisation de diverses ressources.

La relation médecin-patient ou signant-soigné est l'une des ressources qui aideront le malade et ses accompagnants à surmonter le mal. Cette relation souvent asymétrique et consensuelle ou conflictuelle passe d'abord l'accueil. En effet, de son arrivée dans l'enceinte de l'hôpital jusqu'à son hospitalisation, le malade a besoin d'informations sur son état de santé, d'orientation et d'une mise en confiance. De cette relation soignant-soigné dépendra l'acceptation du traitement ou non, la négociation et l'implication ou le manque de responsabilité du malade lui-même et de celle de sa famille.

Inscrite dans un système dans lequel chacun des acteurs en interaction doit jouer sa partition, la relation soignant-soigné va se construire autour de la communication entre ces deux catégories d'acteurs. Sarradon-Eck (2002) définit la relation médecin-patient à la fois comme une relation thérapeutique et une relation sociale. Ainsi, la relation thérapeutique est l'influence que va avoir le médecin sur le traitement qu'il prescrit. Quant à la dimension sociale, elle se définit comme une rencontre entre deux acteurs à savoir le malade et le médecin qui sont tous deux membres de groupes divers et engagés dans une action réciproque, c'est-à-dire les soins.

Toutefois, la réalité dans les hôpitaux publics montre que la mauvaise qualité de l'accueil et de la communication entre soignants et soignés est l'une des tares du fonctionnement des urgences du CHU de Cocody. En plus de leurs souffrances physiques, les malades sont aussi victimes de préjugés morales et de frustrations qui sont souvent ignorées. Pourtant l'accueil a un caractère tonifiant, fortifiant car il permet au patient de se sentir dans de bonnes mains. Et cela peut le soulager à moitié. D'ailleurs un adage dans le milieu médical dit que « un malade bien accueilli

est à moitié guéri ». Les propos suivants de Monsieur B, parent d'une malade hospitalisée dans l'une des salles des urgences du CHU de Cocody témoigne cet état de fait :

« Aux urgences ici, les gens (le personnel soignant) ne considèrent pas les malades. Quand vous arrivez, ils ne vous disent rien, ils ne vous expliquent rien au sujet de votre malade. Vous êtes désemparés. Quand on veut leur parler, ils ne nous écoutent même pas. Ils ne communiquent pas avec les parents des malades. On n'a pas d'informations sur le malade. Et cela peut durer des jours, vous tournez en rond, dans l'incertitude et l'angoisse. On dirait qu'ils ont à faire à des animaux ; pourtant ils ont prêté serment. Il n'y'a pas un bon service accueil ici. Cela n'est pas digne d'un grand CHU comme celui-là. Cette attitude augmente encore plus la souffrance des malades et des parents accompagnateurs que nous sommes ».

Située aux confluent de la morale et du possible, l'éthique médicale doit permettre l'accès aux soins pour tous, dans des conditions optimales de prise en charge médicale, sans discrimination aucune. Le secret médical ou la liberté du patient font partie des règles d'éthique médicale (Belanger, 2005). Elles sont codifiées et surveillées. Ainsi, la pratique clinique nécessite-t-elle de développer, aux côtés de la technique, une approche qui relève de l'humain et de l'attention à l'autre en tant que personne malade, dans le respect de ses propres valeurs, de ses réalités socioculturelles.

Le malade, rendu vulnérable du fait de son état a des droits qui touchent à son intégrité physique, morale, sociale et culturelle. Elle vise à déterminer comment agir au mieux, dans le respect des personnes. Cependant, il revient fréquemment dans les discours des accompagnants des malades interrogés, que le personnel soignant est peu courtois à l'endroit des patients et de parents qui les assistent. Des scènes de maltraitance sont parfois constatées sur les malades mis en hospitalisation. De nombreuses plaintes et récriminations à l'égard du personnel soignant sont aussi notées, notamment en ce qui concerne des médicaments dérobés par les soignants. Voici un extrait du récit de Dame A (Sœur aînée d'une malade hospitalisée) qui confirme notre assertion :

« Beaucoup de ceux qui travaillent ici ne sont pas gentils. Ils volent les médicaments des malades pour les revendre à d'autres malades. Les médecins prescrivent des médicaments qu'ils ont sur eux (volés chez des malades ou des médicaments que les malades décédés n'ont pu utiliser). On n'a pas confiance en leur façon de faire. C'est triste, mais ceux-là n'ont pas de morale. On a vu des aides-soignantes ou des infirmiers qui crient sur les malades, qui maltraitent les malades et on ne peut pas parler sinon ils vont tuer ton malade (...). La nuit dernière, un vieux qui était sur le lit dans la grande salle des urgences est tombé du lit parce qu'il n'y avait personne à côté de lui. Les aides-soignantes dormaient et ses parents n'étaient pas autorisés à rester à ses côtés ; vous voyez ? Est-ce que ça c'est bien ? ».

Les témoignages ci-dessus mentionnés montrent qu'il existe aux urgences du CHU de Cocody des pratiques qui frisent la marchandisation du malade. Ce dernier est perçu comme un champ de profits, d'échanges monétaires et traité comme tel par les soignants. Deux types de valeurs sont en présence ici. Il s'agit de la recherche de profits (ce qui est immoral) à travers une économie de prédation qui se développe autour des malades et le respect de l'humain (qui a

droit au respect de sa dignité, de ses droits, et qui devrait bénéficier de compassion, d'affection et de solidarité et non maltraitance. Ces comportements traduisent le non-respect de l'éthique clinique et sont aux antipodes du serment d'Hippocrate. Pourtant, le respect de l'éthique dans le contexte des soins constitue la meilleure garantie de la qualité des soins et de la liberté du malade (ANESM, 2010).

4. Discussion des résultats de l'étude

L'une des caractéristiques des systèmes de santé en Afrique subsaharienne est le manque d'infrastructures d'accueil et du matériel médical dans les hôpitaux publics. En effet, l'insuffisance des salles d'hospitalisation, de réanimation, de blocs opératoires etc. impacte négativement la qualité du service offert par les hôpitaux face aux détresses des usagers. Cette particularité qui est ressortie de la présente étude a été abordée par Beninguissé et al (2015). Les hôpitaux publics doivent assurer dans ce contexte une quadruple mission qui s'inscrit pleinement dans le champ du service public de santé.

Du point de vue des infrastructures, la maintenance n'est pas assurée et les équipements ont des pannes fréquentes et de durées de vie courtes. L'absence d'amortissement ne permet pas de renouveler les équipements en temps opportuns et conduit à de fréquentes ruptures d'activité. Les résultats de notre travail corroborent ce point de vue. Ce qui signifie que le manque d'infrastructures dont souffre le service des urgences du CHU de Cocody, n'est spécifique à cette structure sanitaire, mais il est plutôt d'ordre général. Ainsi, après leur ouverture, les hôpitaux publics nouvellement construits ne parviennent pas à assurer la pérennité de leurs investissements et entrent rapidement dans un cycle de dégradation, qui remet en cause au bout de quelques années leurs capacités de fonctionnement et conduit bien souvent à un nouvel investissement. Jeune Afrique, dans sa publication hebdomadaire du 26 juillet 2017 en parle et va plus loin quand il évoque la vétusté des services, le sous-effectif du personnel, la désorganisation du système de fonctionnement, l'insuffisance des budgets alloués etc.

Malgré les réformes en cours, le système de santé accuse encore d'importants déficits financiers, techniques et humains. Cet auteur pointe également du doigt, le peu de place accordée aux parents accompagnateurs des malades, qui mis à l'écart des soins par le système n'ont pas accès aux salles d'hospitalisation. Cette réalité qui d'un point de vue sociologique s'écarte de la culture africaine qui veut que le malade soit entouré des tiens, parce que la maladie d'un membre de la communauté en contexte africain, ivoirien est l'affaire de toute la communauté qui vient apporter assistance, réconfort, soutien moral.

Dans une étude effectuée dans plusieurs hôpitaux publics de la Côte d'Ivoire, dont le CHU de Cocody et ses démembrements, par Kouadio et al. (2018), il est apparu que la qualité de l'accueil a été jugé peu satisfaisante par les clients. Les enseignements de leur étude sont très proches de ce qu'a pu révéler la nôtre relativement à la qualité de l'accueil dans les urgences du CHU de Cocody. La mauvaise qualité de l'accueil est l'une des causes de l'inaccessibilité aux soins.

Jaffré et De Sardan (2003) dépeignent la situation globale des hôpitaux publics d'Afrique francophone qui selon eux, n'est pas le fruit d'une quelconque fatalité, qui repose notamment

sur la pauvreté des populations, la faiblesse des crédits de l'Etat et le niveau particulièrement bas des salaires du personnel, mais le résultat de leur totale inadéquation aux réalités du monde d'aujourd'hui. Cette perception rejoint les résultats de notre étude qui. Pours produits de l'histoire coloniale, ils restent encore structurés autour des principes qui prévalaient en France au cours des années cinquante. Conçus comme des administrations, ils continuent à dispenser des prestations en dehors de toute préoccupation managériale, alors que le contexte a profondément changé. Lors de l'accès des pays à l'indépendance, les soins étaient considérablement moins coûteux qu'aujourd'hui. La gamme des produits pharmaceutiques de fabrication industrielle était très étroite, les équipements étaient simples et leur maintenance pouvait être assurée par des techniciens polyvalents.

Conclusion

A la lumière de ce qui précède, il est à noter que le service des urgences du CHU de Cocody, en dépit des efforts déployés au quotidien pour assurer un service d'utilité publique de qualité, est une structure sanitaire en souffrance. Ce service est d'une part, malade de sa structuration, de l'insuffisance de ses moyens humains et matériels et d'autre part, du comportement de son personnel qui, dans bien de situations, fait preuve de manquement à l'éthique liée à l'activité médicale. En examinant les facteurs qui rendent difficile l'accès aux soins aux urgences du CHU de Cocody, notre étude est une contribution à l'amélioration des conditions d'accès aux soins que propose cette structure sanitaire de premier plan et au-delà, tout le système sanitaire ivoirien. L'inaccessibilité aux soins dans les hôpitaux publics de Côte d'Ivoire contribue à grandir l'inégalité sociale et met à mal le lien social. Partant de cet article, l'on est fondé de noter que l'accès aux soins dans les hôpitaux publics reste l'un des défis multisectoriels de la Gouvernance publique sur le continent africain.

Remerciements

Nous remercions tous les acteurs qui ont favorisé et participé à la réalisation de cette recherche, particulièrement les malades et leurs aidants pour leur disponibilité en dépit du stress psychosocial et des difficultés multiples auxquelles ils étaient confrontés.

Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré.

Références bibliographiques

- AUGE, M., & Herzlich, C. (1984). Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. In *Le sens du mal : anthropologie, histoire sociologie de la maladie*, pp. 278-278
- BAECHLER J., (2010), « Conclusion. Santé, médecine et société. Regard d'un sociologue », in *L'ISRAËL, Santé, médecine, société*, PUF, Cahiers de l'académie des sciences morales et politiques, p. 409

- BALIQUE H. (2011), « Le défi de la santé en Afrique subsaharienne et ses perspectives », in D. KEROUEDAN (dir.), *Santé internationale, les enjeux de santé au Sud*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) Hors collection, p. 29
- BELANGER M. (2005), « Le droit à la santé, droit fondamental de la personne humaine », in *Droit et santé en Afrique : actes du colloque international de Dakar, 28 mars-1er avril 2005*, LEH, Bordeaux, p. 125
- BENINGUISSE, G., NIKIEMA, B., FOURNIER, P., & HADDAD, S. (2005) « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », in *African Population Studies Supplement B to vol 19/Etude de la population africaine Supplément B du vol. 19*
- BIHR A., PFEFFERKORN R. (2008), *Le système des inégalités*, La Découverte
- CAMPENHOUDT L. V., MARQUET J. et QUIVY R. (2017), *Manuel de recherche en sciences sociales*, 5^e édition, Paris : DUNOD, 384 pages
- DEBRUYNE P. (1974), *La dynamique de la recherche en sciences sociales*, Paris : PUF, 240 pages
- DEDY S. (2007), *Politique de santé publique et logiques de soins, Cours de sociologie de la santé pour les années de Maîtrise*, Université de Cocody/Abidjan, 55 pages
- DOMIN J. P., « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, 2015, n° 17
- RIMALDI A., PIERRU F. Y.C. et TABUTEAU D. (2017) *Les Maladies chroniques Vers la troisième médecine*, Odile Jacob, mars 2017, 15, Rue Soufflot, 75005 Paris, ISBN : 978-2-7381-3526-1
- JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J. P. (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Editions Karthala, Paris, 462 pages
- JEUNE AFRIQUE, (26 juillet 2017), *Côte d'Ivoire : un système de santé encore à la peine malgré les réformes engagées*, pp 12-14
- LOMBRAIL P. (2000), « Accès aux soins », in D. FASSIN et al., *Les inégalités sociales de santé* », La découverte, p. 403
- MEMEL-FÔTE H. (1998), *Les Représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*, Paris : Edition L'harmattan, 209 pages

- MATHONNAT J. (2009), « 54. Systèmes de santé et accès aux soins dans les pays à faible revenu », in P.-L. BRAS et al., *Traité d'économie et de gestion de santé*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P) « Hors collection », p. 494
- PARIZOT I. RAKOTOMANANA F., RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F., WACHSBERGER J-M., (2005), *Santé, Inégalité et ruptures sociales à Antananarivo Enquêtes 1-2-3, premiers résultats*
- RAYMOND M. (1995), *Culture et santé publique, les contributions de l'Anthropologie à la promotion de la santé*. Boucherville, Edition Gaëtan Morin, 500 pages
- RENEE F. (1998), *L'incertitude médicale*, Paris : Editions Le Harmattan, 202 pages
- SAMB O. M. et RIDDE V. (2014), « La pertinence sociale de la gratuité sélective des soins dans trois districts sanitaires burkinabè (Dori, Sebba, Ouargaye) », in *Les indigents et les politiques de santé en Afrique : expériences et enjeux conceptuels*, L'Harmattan, Paris, p. 363
- SOURNIA J. C. (1992), *L'Histoire de la médecine et des médecins*, Edition La Découverte, Paris, 358 pages
- THIAM S. (2010), « Santé et discrimination : l'exemple du Sénégal », in *Santé et discriminations, Actes du IXe colloque du CDSA, Aix-en-Provence, 27 novembre 2009*, Les cahiers de droit de la santé du sud-est, n° 11, LEH, Bordeaux, p. 203
- VIGNERON E., (2013), « Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français », in *Les Tribunes de la santé*, n° 38, /1, p. 41

© 2023 KABORE, licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.