

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITE FELIX HOUPHOUËT BOIGNY



UFR DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES

Année : 2014 – 2015

THESE

N°1714/15

Présentée en vue de l'obtention du

**DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par

TETI MEME JEREMIE

**PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DES
ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE EN COTE D'IVOIRE :
CAS DE LA SOUS-PREFECTURE DE TAABO**

Soutenu publiquement le 17/03/2015

Composition du jury

Président : Monsieur **KOUADIO KOUAKOU LUC**, Professeur titulaire
Directeur de thèse : Monsieur **AMARI ANTOINE SERGE**, Maître de conférence agrégé
Asseseurs : Madame **KOUAKOU SIRANSY GISELE**, Maître de conférence agrégé
: Monsieur **AMIN N'CHO CHRISTOPHE**, Maître de conférence agrégé

**ADMINISTRATION ET PERSONNEL
ENSEIGNANT DE L'UFR DES
SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES**

I. HONORARIAT

Directeurs/Doyens Honoraires : Professeur RAMBAUD André
Professeur FOURASTE Isabelle
Professeur BAMBA Moriféré
Professeur YAPO Abbé †
Professeur MALAN Kla Anglade
Professeur KONE Moussa †

II. ADMINISTRATION

Directeur	Professeur ATINDEHOU Eugène
Sous-Directeur Chargé de la Pédagogie	Professeur Ag INWOLEY Kokou André
Sous-Directeur Chargé de la Recherche	Professeur Ag OGA Agbaya Serge
Secrétaire Principal	Monsieur BLAY Koffi
Secrétaire Principal Adjoint	Madame AKE Kouadio Api Eugénie
Documentaliste	Monsieur N'GNIMMIEN Koffi Lambert
Intendant	Monsieur GAHE Alphonse
Responsable de la Scolarité	Madame DJEDJE Yolande

III. PERSONNEL ENSEIGNANT PERMANENT

1. PROFESSEURS TITULAIRES

Mme AKE Michèle	Chimie Analytique
M ATINDEHOU Eugène	Chimie Analytique, Bromatologie
Mme ATTOUNGBRE HAUHOUOT M.L.	Biochimie et Biologie Moléculaire
M DANO Djédjé Sébastien	Toxicologie.
Mme KONE BAMBA Diéneba	Pharmacognosie
MM KOUADIO Kouakou Luc	Hydrologie, Santé Publique

	MALAN Kla Anglade	Chimie Ana., contrôle de qualité
	MENAN Eby Ignace	Parasitologie - Mycologie
	MONNET Dagui	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme	SAWADOGO Duni	Hématologie
M	YOLOU Séri Fernand	Chimie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM	ABROGOUA Danho Pascal	Pharmacie Clinique
	AHIBOH Hugues	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme	AKE EDJEME N'guessa Angèle	Biochimie et Biologie moléculaire
MM	AMARI Antoine Serge G.	Législation
	AMIN N'Cho Christophe	Chimie analytique
	DEMBELE Bamory	Immunologie
	GBASSI K. Gildas	Chimie Minérale
MM	INWOLEY Kokou André	Immunologie
	KABLAN Brou Jérôme	Pharmacologie
	KOFFI Angely Armand	Pharmacie Galénique
Mme	KOUAKOU-SIRANSY Gisèle	Pharmacologie
MM	KOUASSI Dinard	Hématologie
	LOUKOU Yao Guillaume	Bactériologie-Virologie
	OGA Agbaya Stéphane	Santé publique et Economie de la santé
	OUASSA Timothée	Bactériologie-Virologie
	OUATTARA Mahama	Chimie thérapeutique
	YAPI Ange Désiré	Chimie organique, Chimie thérapeutique
	YAVO William	Parasitologie – Mycologie
	ZINZENDORF Nanga Yessé	Bactériologie-Virologie

2. MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M DIAFOUKA François Biochimie et Biologie de la Reproduction

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme BARRO KIKI Pulchérie Parasitologie - Mycologie
MM BONY François Nicaise Chimie Analytique
CLAON Jean Stéphane Santé Publique
DALLY Laba Galénique
DJOHAN Vincent Parasitologie -Mycologie
Mme IRIE N'GUESSAN Amenan Pharmacologie
M KASSI Kondo Fulgence Parasitologie-Mycologie
Mme KOUASSI AGBESSI Thérèse Bactériologie-Virologie
MM MANDA Pierre Toxicologie
Mmes POLNEAU VALLEE Sandrine Mathématiques Biophysique
SACKOU KOUAKOU Julie Santé Publique
SANGARE Mahawa Biologie Générale
SANGARE TIGORI Béatrice Toxicologie
VANGA ABO Henriette Parasitologie-Mycologie
M YAYO Sagou Eric Biochimie et Biologie moléculaire

4. ASSISTANTS

MM ADJOUNGOUA Attoli Léopold Pharmacognosie
ADJAMBRI Adia Eusebé Hématologie
Mmes AFFI-ABOLI Mihessé Roseline Immunologie
AKA-ANY-GRA Armelle Adjoua S. Pharmacie Galénique
MM AMICHIA Attoumou Magloire Pharmacologie

	ANGORA Kpongbo Etienne	Parasitologie
Mme	AYE YAYO Mireille	Hématologie
MM	BROU Amani Germain	Chimie Analytique
	CABLAN Mian N'Dédey Asher	Bactériologie-Virologie
Mlle	DIAKITE Aïssata	Toxicologie
M	DJADJI Ayoman Thierry Lenoir	Pharmacologie
Mme	DOTIA Tiepordan Agathe	Bactériologie-Virologie
M	EFFO Kouakou Etienne	Pharmacologie
Mlle	FOFIE N'Guessan Bra Yvette	Pharmacognosie
Mme	HOUNSA Annita Emeline Epse Alla	Sante Publique
MM	KABRAN Tano Kouadio Mathieu	Immunologie
	KAMENAN Boua Alexis Thierry	Pharmacologie
	KACOU Alain	Chimie Thérapeutique
Mlle	KONATE Abibatou	Parasitologie-Mycologie
M	KONAN Konan Jean Louis	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme	KONE Fatoumata	Biochimie et Biologie moléculaire
MM	KOUAKOU Sylvain Landry	Pharmacologie
	KOUAME Denis Rodrigue	Immunologie
	KPAIBE Sawa Andre Philippe	Chimie Analytique
	LATHRO Joseph Serge	Bactériologie-Virologie
M	N'GUESSAN Alain	Galénique
Mmes	N'GUESSAN-BLAO Amino Rebecca J.	Hématologie
	OUAYOGODE-AKOUBET Aminata	Pharmacognosie
MM	TRE Eric Serge	Chimie Analytique
	YAO ATTIA Akissi Régine	Santé publique
M.	YAPO Assi Vincent De Paul	Biologie Générale

5. IN MEMORIUM

Feu KONE Moussa	Professeur Titulaire
Feu YAPO Abbé Etienne	Professeur Titulaire
Feu COMOIE Léopold	Maître de Conférences Agrégé
Feu GUEU Kaman	Maître Assistant
Feu ALLADOUM Nambelbaye	Assistant
Feu COULIBALY Sabali	Assistant
Feu TRAORE Moussa	Assistant
Feu YAPO Achou Pascal	Assistant

IV. ENSEIGNANTS VACATAIRES

1. PROFESSEURS

MM	ASSAMOI Assamoi Paul	Biophysique
	DIAINE Charles	Biophysique
	OYETOLA Samuel	Chimie Minérale
	ZOUZOU Michel	Cryptogamie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mme	TURQUIN née DIAN Louise	Biologie Végétale
M	YAO N'Dri	Pathologie Médicale
	KOUAKOU Tanoh Hilaire	Botanique et Cryptogamie

3. NON UNIVERSITAIRES

MM.	AHOUSI Daniel Ferdinand	Secourisme
	DEMPAH Anoh Joseph	Zoologie.
M	KEI-BOGUINARD Isabelle	Gestion
	KOFFI ALEXIS	Anglais
	N'GOZAN Marc	Secourisme
	KONAN Kouacou	Diététique
	KONKON N'Dri Gilles	Botanique, Cryptogamie
Mme	PAYNE Marie	Santé Publique

COMPOSITION DES DEPARTEMENTS DE
L'UFR SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES

I. BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

Professeur	LOUKOU Yao Guillaume	Maître de Conférences Agrégé Chef de département
Professeurs	ZINZENDORF Nanga Yessé OUASSA Timothée	Maître de Conférences Agrégé Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	KOUASSI AGBESSI Thérèse CABLAN Mian N'Dédey Asher DOTIA Tiepordan Agathe LATHRO Joseph Serge	Maître Assistante Assistant Assistante Assistant

II. BIOCHIMIE, BIOLOGIE MOLECULAIRE, BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET PATHOLOGIE MEDICALE

Professeur	MONNET Dagui	Professeur Titulaire Chef de Département
Professeurs	HAUHOUOT ép. ATTOUNGBRE M.L. AHIBOH Hugues AKE EDJEME N'Guessan Angèle DIAFOUKA François	Professeur Titulaire Maître de Conférences Agrégée Maître de Conférences Agrégée Maître de Conférences
Docteurs	YAYO Sagou Eric KONAN Konan Jean Louis KONE Fatoumata	Maître Assistant Assistant Assistante

III. BIOLOGIE GENERALE, HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Professeur	SAWADOGO Duni	Professeur Titulaire Chef du Département
Professeurs	INWOLEY Kokou André KOUASSI Dinard DEMBELE Bamory	Maître de Conférences Agrégé Maître de Conférences Agrégé Maitre de Conférences Agrégé
Docteurs	SANGARE Mahawa AFFI-ABOLI Mihessé Roseline ADJAMBRI Adia Eusebé AYE YAYO Mireille KABRAN Tano K. Mathieu KOUAME Denis Rodrigue N'GUESSAN-BLAO A. Rebecca S. YAPO Assi Vincent De Paul	Maitre-assistant Assistante Assistant Assistante Assistant Assistant Assistante Assistant

IV. CHIMIE ANALYTIQUE, CHIMIE MINERALE ET GENERALE, TECHNOLOGIE ALIMENTAIRE

Professeur	ATINDEHOU Eugène	Professeur Titulaire Chef de Département
Professeurs	MALAN Kla Anglade AKE Michèle YOLOU Séri Fernand	Professeur Titulaire Professeur Titulaire Professeur Titulaire
Professeurs	AMIN N'cho Christophe GBASSI K. Gildas	Maître de Conférences Agrégé Maître de Conférences Agrégé

Docteurs	BONY Nicaise François	Maître Assistant
	BROU Amani Germain	Assistant
	KPAIBE Sawa Andre Philippe	Assistant
	TRE Eric Serge	Assistant

V. CHIMIE ORGANIQUE ET CHIMIE THERAPEUTIQUE

Professeur	YAPI Ange Désiré	Maître de Conférences Agrégé
		Chef de Département
Professeur	OUATTARA Mahama	Maître de Conférences Agrégé
Docteur	KACOU Alain	Assistant

VI. PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOLOGIE ANIMALE ET ZOOLOGIE

Professeur	MENAN Eby Ignace H.	Professeur Titulaire
		Chef de Département
Professeur	YAVO William	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	BARRO KIKI Pulchérie	Maître Assistante
	DJOHAN Vincent	Maître Assistant
	KASSI Kondo Fulgence	Maître Assistant
	VANGA ABO Henriette	Maître Assistant
	ANGORA Kpongbo Etienne	Assistant
	KONATE Abibatou	Assistante

**VII. PHARMACIE GALENIQUE, BIOPHARMACIE,
COSMETOLOGIE , GESTION ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE**

Professeur	KOFFI Armand A.	Maître de Conférences Agrégé Chef de Département
Professeur	AMARI Antoine Serge G.	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	DALLY Laba Ismaël	Maître Assistant
	AKA-ANY Grah Armelle A.S.	Assistante
	N'GUESSAN Alain	Assistant

**VIII. PHARMACOGNOSIE, BOTANIQUE, BIOLOGIE VEGETALE,
CRYPTOGAMIE,**

Professeur	KONE BAMBA Diénéba	Professeur Titulaire Chef de Département
Docteurs	ADJOUGOUA Attoli Léopold	Assistant
	FOFIE N'Guessan Bra Yvette	Assistante
	OUAYOGODE-AKOUBET Aminata	Assistante

**IX. PHARMACOLOGIE, PHARMACIE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE, ET
PHYSIOLOGIE HUMAINE**

Professeurs	KABLAN Brou Jérôme	Maître de Conférences Agrégé Chef de Département
	ABROGOUA Danho Pascal	Maître de Conférences Agrégé
	KOUAKOU SIRANSY N'doua G.	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	IRIE N'GUESSAN Amenan G.	Maître Assistante
	AMICHIA Attoumou M	Assistant
	DJADJI Ayoman Thierry Lenoir	Assistant

EFFO Kouakou Etienne	Assistant
KAMENAN Boua Alexis	Assistant
KOUAKOU Sylvain Landry	Assistant

X. PHYSIQUE, BIOPHYSIQUE, MATHEMATIQUES, STATISTIQUES ET INFORMATIQUE

Professeur	ATINDEHOU Eugène	Professeur Titulaire Chef de Département par intérim
Docteur	POLNEAU VALLEE Sandrine	Maître-Assistante

XI. SANTE PUBLIQUE, HYDROLOGIE ET TOXICOLOGIE

Professeur	KOUADIO Kouakou Luc	Professeur Titulaire Chef de département
	DANO Djédjé Sébastien	Professeur Titulaire
	OGA Agbaya Stéphane	Maître de Conférences Agrégé
Docteurs	CLAON Jean Stéphane	Maître Assistant
	MANDA Pierre	Maître Assistant
	SANGARE TIGORI B.	Maître Assistante
	SACKOU KOUAKOU J.	Maître Assistante
	DIAKITE Aissata	Assistante
	HOUNSA-ALLA Annita Emeline	Assistante
	YAO ATTIA Akissi Régine	Assistante

DEDICACE

Je dédie cette thèse...

A DIEU, le Père tout puissant,

*Merci Seigneur pour ta grâce durant toutes ses longues
années d'études, gloire et honneur à toi pour l'éternité.*

« L'Eternel est mon berger : je ne manquerai de rien ».

Psaumes 23 :1.

A mon père TETI LUCIEN

C'est pour toi un jour particulier car l'arbre que tu as planté depuis tant d'années va enfin porter ses fruits. Je te remercie papa pour l'aide que tu n'as cessée de m'apporter et pour les valeurs de courage et de persévérance que tu nous as inculquées.

Ce travail est le tien.

Dieu te bénisse.

A ma mère DAKO MARIE

Tu n'as jamais cessé de croire en moi. Merci d'avoir placé ta confiance en moi. Puisse Dieu t'accorder tout ce que la vie a de meilleur. Ce travail est le fruit des années de sacrifices et de privations. Ce travail est le fruit de ta semence.

Ne l'oublie jamais, maman je t'aime !

Amour profond.

*A mes frères et sœurs : Didier, Baudelaire , Sylvie, Lydie,
Delphine.*

*Je vous aime très fort. Merci pour vos prières et vos
encouragements. Que Dieu vous bénisse.*

A la famille GNALÉGA MEME JEREMIE,

Merci pour les conseils, le soutien et les encouragements.

Que Dieu vous bénisse.

A la famille GNAGRA JEAN CLAUDE

*Merci pour le soutien et l'affection que vous m'aviez apporté
durant toutes ces années d'études. Que Dieu vous comble de ses
riches bénédictions.*

A Monsieur le Ministre Pr Dano DJEDJE Sebastien

*Merci beaucoup monsieur le ministre pour votre soutien indéfectible
durant toutes ces années d'études de pharmacie. Que Dieu vous bénisse.*

A la société des missions méthodistes (SMM) du jubilé Cocody

*Que notre SEIGNEUR JESUS CHRIST nous accorde sa grâce
dans tout ce que nous entreprenons en son honneur.*

À mes amis de la 30^{ème} promotion et particulièrement Marcel Jolissaint Ogré.

Je vous souhaite paix, bonheur, santé et succès dans votre vie.

À tous mes amis de la promotion terminale

Bonheur et succès à vous.

À tous mes amis et connaissances

Que Dieu nous vienne en aide et nous accorde sa paix et sa grâce.

REMERCIEMENTS

A Dr sackou julie

Merci chère Maître pour tout le soutien et l'encadrement que vous m'aviez apporté dans la réussite de ma thèse de fin d'études pharmaceutiques. Que Dieu vous bénisse vous et votre famille.

A Monsieur le Directeur du district sanitaire de Tiassalé, à Monsieur le Directeur du district sanitaire d'Anyama, à Monsieur le Directeur de l'Hôpital Général de Taabo, à tout le personnel de la direction du district sanitaire d'Anyama, à tout le personnel de santé des établissements de santé visités, à tous ceux qui ont participé à mon travail de recherche, au centre de recherche suisse de Taabo.

Merci pour votre accueil, votre disponibilité et votre participation à ce travail. Recevez ici toute ma gratitude.

A NOS MAITRES ET JUGES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY DE THESE

Monsieur le Professeur KOUADIO LUC

- Professeur titulaire d'hydrologie et de santé publique à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques,
- Chef du laboratoire d'analyses médicales et du service de contrôle des eaux de l'Institut National d'Hygiène Publique,
- Responsable du D.E.U d'Homéopathie à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques,
- Ancien Vice-doyen chargé de la pédagogie à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques,
- Responsable de la maîtrise de la santé publique à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques.

Cher Maître,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites de présider le jury de notre thèse et ce, malgré vos nombreuses préoccupations. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos qualités d'enseignant tout au long de notre cursus universitaire.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre infinie gratitude et surtout notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Professeur AMARI SERGE ANTOINE

- Professeur agrégé de législation pharmaceutique à l'UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques d'Abidjan
- Ancien Interne des Hôpitaux d'Abidjan
- Docteur en Droit Pharmaceutique de l'Université de Strasbourg (Thèse Unique, spécialité Droit Pharmaceutique)
- Titulaire du Master de Droit Communautaire et Réglementation Pharmaceutique (Université de Strasbourg)
- Titulaire de la Licence de Droit Privé à l'Université de Cocody
- Titulaire de la Maîtrise professionnalisée de santé publique à l'Université de Cocody
- Titulaire du Diplôme d'Etudes d'Etat Supérieures Spécialisées de contrôle de qualité des Médicaments, des aliments et des produits cosmétiques à l'Université de Cocody
- Sous-directeur de la Pharmacie et des laboratoires à la Direction de la Pharmacie et du Médicament.
- Secrétaire général du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens de Côte d'Ivoire.

Cher Maître,

Par votre rigueur, votre compétence, votre esprit critique, vous avez su nous guider dans la réalisation de cette œuvre.

Votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait ont suscité en nous une très grande admiration.

Recevez cher maître le témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

Que Dieu vous bénisse

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Professeur KOUAKOU SIRANSY

- Professeur agrégé de pharmacologie
- Titulaire d'une thèse de doctorat unique en pharmacologie de l'Université Félix Houphouët Boigny
- Titulaire d'un DES en pharmaco-thérapeutique
- Titulaire d'un DEA en physiologie animale
- Membre de la société française de la pharmacologie et de la thérapeutique
- Pharmacien hospitalier au CHU de Cocody

Cher Maître,

Nous sommes toujours marqués par votre très grande modestie.

Nous n'avons pas trouvé meilleure occasion pour vous exprimer notre grand respect et notre admiration profonde, en vous demandant de juger notre travail.

Veillez trouver ici le témoignage de nos sentiments les plus dévoués.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur AMIN N'CHO CHRISTOPHE

- Professeur agrégé en chimie analytique, bromatologie à l'université Félix Houphouët Boigny
- Chef de service adjoint du laboratoire d'hygiène publique de l'institut national d'hygiène publique
- Docteur en pharmacie diplômé de l'université de Cocody
- Docteur ès sciences pharmaceutiques et biologiques de l'université de Montpellier 1
- Titulaire du DESS contrôle qualité des médicaments, aliments et produits cosmétiques, du DEA en conception, réalisation, valorisation du médicament issu de la pharmacopée africaine option chimie analytique et bromatologie, du CES de biochimie clinique, du CES d'hématologie-biologie, du CES d'immunologie générale et médicale, maîtrise professionnalisée option santé publique de l'université Félix Houphouët Boigny
- Membre de la SOACHIM

Cher maître,

Votre amabilité et votre rigueur dans le travail, nous ont toujours impressionnés.

Merci de l'honneur que vous nous faites de juger ce travail.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude

LISTE DES ABREVIATIONS

ASC	: Agent de Santé Communautaire.
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire.
CA	: Conseil d'Administration.
CRUQPC	: Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.
CVS	: Conseil de vie Sociale.
CSR	: Centre de Santé Rural.
CSU	: Centre de Santé Urbain.
CSUS	: Centre de Santé Urbain Spécialisé.
CHS	: Centre Hospitalier Spécialisé.
CHR	: Centre Hospitalier Régional.
CNTS	: Centre National de Transfusion Sanguine.
COGES	: Comité de Gestion.
CSRS	: Centre Suisse de Recherche Scientifique en Côte d'Ivoire.
DR	: Dispensaire Rural.
DU	: Dispensaire Urbain.
DIPE	: Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation.
EPS	: Etablissement Public de Santé.
EPN	: Etablissement Public National.
ESPC	: Etablissement Sanitaire de Premier Contact.
ESP	: Etablissement Sanitaire Privé.
FSU	: Formation Sanitaire Urbaine.
HG	: Hôpital Général.
HPB	: Hôpital Psychiatrique de Bingerville.
ICA	: Institut de Cardiologie d'Abidjan.

IRF	: Institut Raoul Follereau.
INHP	: Institut National d'Hygiène Publique.
INSP	: Institut National de la Santé Publique.
LNSP	: Laboratoire National de la Santé Publique.
MEG	: Médicaments Essentiels Génériques.
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé.
PSPHR	: Programme de Santé Population et Hydraulique Rurale.
PMA	: Paquet Minimum d'Activités.
RU	: Représentant des Usagers.
SIDA	: Syndrome de l'Immuno Déficience Acquis.
SSQ	: Service de Santé de Québec.
SAMU	: Service d'Aide Médical d'Urgence.
SPB	: Sciences Pharmaceutiques et Biologiques.
UNICEF	: Fond des Nations Unies pour l'Enfance.
UFR	: Unité de Formation et de Recherche.

LISTE DES FIGURES

Figure 1:	Localisation géographique de la sous-préfecture de Taabo... ..	42
Figure 2:	Fonction du personnel de santé du COGES rural.....	54
Figure 3:	Répartition selon la périodicité des réunions du COGES par localités.....	55
Figure 4:	Répartition des comités villageois selon la connaissance du rôle du COGES.....	59
Figure 5:	Répartition des comités villageois selon la connaissance de de l'existence du COGES.....	59
Figure 6:	Répartition selon la connaissance des membres du COGES par les villageois.....	60
Figure 7:	Répartition des villageois selon qu'ils font des suggestions au COGES.....	61
Figure 8:	Connaissance des villageois des autres moyens de participation au bon fonctionnement du COGES	61
Figure 9:	Répartition du personnel de santé n'appartenant pas au COGES Selon le sexe.....	66
Figure 10:	Connaissance de l'existence du COGES de l'Hôpital Général... ..	68
Figure 11:	Connaissance des membres du COGES par le personnel de santé	68
Figure 12:	Connaissance de l'utilité du COGES au sein d'un Hôpital.....	69
Figure 13:	Connaissance des autres moyens de participation hors mis le COGES.....	69

Figure 14:	Répartition des usagers urbains selon le sexe.....	72
Figure 15:	Connaissance des usagers urbains de l'existence du COGES de l'Hôpital.....	73
Figure 16:	Connaissance des membres du COGES par les usagers urbains	73
Figure 17:	Choix des recommandations au bon fonctionnement des COGES.....	75

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :	Textes législatifs Ivoiriens relatifs à l'organisation et au fonctionnement des structures sanitaires publics.....	47
Tableau II :	Répartition des localités rurales visitées.....	49
Tableau III:	Données démographiques des représentants des usagers ruraux.....	51
Tableau IV:	Répartition du mode de désignation des représentants des usagers ruraux.....	51
Tableau V :	Répartition selon la durée du mandat des représentants des usagers ruraux.....	51
Tableau VI:	Répartition selon l'accès aux informations sur la gestion financière des membres du COGES rural.....	52
Tableau VII:	Répartition selon le mode utilisé pour informer la communauté villageoise.....	52
Tableau VIII:	Répartition selon la participation des usagers aux activités de COGES rural.....	52
Tableau IX :	Répartition selon que les usagers font des remarques et suggestions au COGES rural.....	53
Tableau X:	Répartition des sources de revenus du COGES rural.....	53
Tableau XI:	Données sociodémographiques du personnel de santé rural .	54
Tableau XII:	Connaissance sur la rémunération des membres du COGES..	55
Tableau XIII:	Répartition de réunions et procès verbaux tenu en 2013 dans les COGES ruraux.....	56

Tableau XIV:	Répartition selon la connaissance de l'existence des statuts et règlements intérieurs des COGES ruraux.....	56
Tableau XV:	Répartition selon que le quorum est toujours atteint lors des réunions des COGES ruraux.....	56
Tableau XVI:	Répartition selon que les plaintes et suggestions des usagers ruraux sont relayées par les représentants des usagers lors des réunions du COGES.....	57
Tableau XVII:	Répartition selon que les représentants des usagers veillent à l'entretien des locaux et environs du Centre de Santé Rural	57
Tableau XVIII:	Données sociodémographiques des comités villageoises...	58
Tableau XIX:	Répartition selon le mode d'information des actions des COGES ruraux.....	60
Tableau XX:	Répartition des villageois selon le mode de participation évoqué pour un bon fonctionnement du COGES	62
Tableau XXI:	Comparaison des réponses aux items dans la population des usagers ruraux.....	62
Tableau XXII:	Données sociodémographiques du personnel de santé de l'Hôpital Générale de Taabo appartenant au COGES.....	64
Tableau XXIII:	Fonction du personnel de santé appartenant au COGES de l'Hôpital Générale de Taabo.....	64
Tableau XXIV:	Répartition de l'âge du personnel de santé n'appartenant pas au COGES de l'Hôpital Générale de Taabo.....	66
Tableau XXV:	Fonction du personnel de santé n'appartenant pas au COGES de l'Hôpital.....	67

Tableau XXVI: Données sociodémographiques des représentants des usagers urbains.....	70
Tableau XXVII: Répartition des usagers urbains selon l'âge	72
Tableau XXVIII: Connaissance des usagers urbains des décisions et informations provenant du COGES.....	74
Tableau XXIX: Connaissance des usagers urbains du rôle du COGES de l'Hôpital.....	74
Tableau XXX: Connaissance des usagers urbains sur le COGES comme dispositif de participation au fonctionnement de l'Hôpital	74
Tableau XXXI: Connaissance des usagers urbains sur les autres moyens de participation.....	75
Tableau XXXII: Comparaison des réponses aux items dans la population des usagers urbains.....	76

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
<i>Première partie : REVUE DE LA LITTERATURE.....</i>	<i>4</i>
I- DEMOCRATIE SANITAIRE.....	6
II- PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE	18
III- ETABLISSEMENTS PUBLICS SANITAIRES EN COTE D'IVOIRE.....	29
<i>Deuxième partie : ETUDE EXPERIMENTALE.....</i>	<i>39</i>
I - MATERIEL	40
II-METHODES.....	44
RESULTATS ET COMMENTAIRES.....	46
DISCUSSION.....	77
RECOMMANDATIONS.....	82
CONCLUSION.....	84
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	87
ANNEXES.....	93

INTRODUCTION

Près de la moitié de la population mondiale n'a pas accès aux soins de santé de base. Cette exclusion touche principalement les personnes vivant en milieu rural ou travaillant dans le secteur informel urbain qui sont, pourtant, les plus exposées aux risques de maladie [7].

Les établissements publics de santé sont une réponse de l'Etat au défi posé par la couverture des besoins de la population en matière de santé publique. La spécialisation induite par la technique de l'établissement public vient relever la primauté du service public. L'Etat y a vu un outil adapté pour assurer le service public de la santé en garantissant, autant que faire se peut, le respect des principes du service public [44].

Les usagers sont les malades, leurs familles, leurs proches, leur entourage, et les utilisateurs potentiels ou avérés du système de santé.

Les professionnels de santé, dans leur exercice professionnel, ne sont pas des usagers mais des prestataires d'un service (qu'il soit public ou privé).

Un établissement de santé est conçu pour les usagers, il doit donc penser son fonctionnement en intégrant ceux-ci. La prise en compte des attentes des usagers, la recherche d'une plus grande qualité de vie des patients, par delà, la lutte contre la maladie, l'autodétermination d'un patient toujours plus exigeant et mieux informé, s'imposent aux établissements de santé.

Les exigences de la vie démocratique et les évolutions de la société confèrent une place centrale à l'utilisateur dont il faut définir les modalités concrètes de sa participation au fonctionnement des établissements de santé en tant qu'individu ou collectivité dans les instances de décisions et l'associer pleinement aux choix des orientations stratégiques des établissements de santé[25].

Partant du constat que la population n'était pas associée à la gestion des centres de santé, avec pour conséquence une faible fréquentation des centres de santé par la communauté, la conférence internationale d'Alma-Ata en 1978, mit un accent particulier sur la mise en œuvre de la participation communautaire

fin que les usagers soient associés à la gestion des centres de santé et deviennent des acteurs clés dans le fonctionnement des établissements de santé. [33]

En Côte d'Ivoire, la redynamisation du système sanitaire ivoirien réside dans la mise en place d'un PMA au niveau des districts sanitaires, lequel PMA privilégie l'approche participative de la communauté.

Cette volonté s'est matérialisée par la mise en place de Comité de Gestion (COGES) dans les formations sanitaires sous l'égide du Ministère de la Santé dès 1994, concrétisant ainsi la mise en œuvre du concept de « santé pour tous ».

L'objectif général est d'évaluer la participation des usagers au fonctionnement des EPS de la sous- préfecture de TAABO.

Pour atteindre cet objectif général nous nous sommes fixés les objectifs spécifiques suivants :

- identifier les différents dispositifs réglementant la participation des usagers au fonctionnement des EPS en Côte d'Ivoire.
- évaluer la connaissance par les usagers et du personnel de santé des dispositifs de participation existants dans les EPS de la sous- préfecture de TAABO.
- décrire la mise en œuvre de la participation des usagers au fonctionnement des EPS de la sous- préfecture de TAABO.

Notre travail ainsi défini comprend deux grandes parties :

- la première concerne la revue de la littérature sur les structures sanitaires et la participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé publics.
- la seconde sera consacrée à notre étude expérimentale, avec la méthodologie, les résultats et commentaires ainsi que la discussion.

A la fin de notre travail nous aurons des recommandations et une conclusion.

Première partie :
REVUE DE LA LITTERATURE

CHAPITRE I- DEMOCRATIE SANITAIRE

Dès l'aube de l'humanité, les hommes ont invoqué les esprits et prié les dieux pour se protéger des mauvais sorts et de la maladie. Cette appréhension de la médecine comme intervention des dieux a eu sans aucun doute une influence essentielle sur les fondements de la relation singulière du médecin et du patient. Dans cette rencontre singulière d'une confiance et d'une conscience, le droit a cependant acquis une place de plus en plus importante. Plusieurs facteurs ont participé à cette évolution. Néanmoins, et de manière paradoxale, c'est essentiellement l'expansion du progrès scientifique qui a contribué à faire perdre au médecin une part de son mystère et de son prestige. Dès lors que les avancées de la médecine ont permis de trouver un certain nombre de causes et de remèdes à de nombreuses maladies, l'autorité dont jouissait le médecin dans la pratique de son art s'est trouvée affaiblie sinon du moins sensiblement modifiée. Ce glissement progressif de la pratique de l'art médical vers la reconnaissance de la science médicale s'est accompagné de l'irruption du risque dans le colloque singulier du médecin et de son patient. La particularité du risque que le médecin peut faire courir à son patient et le développement corrélatif des exigences sécuritaires expliquent ainsi l'émergence du droit dans la relation médicale mais aussi la transformation opérée par le droit de la relation médicale[41].

En effet, dès que le droit a innervé la relation médicale, il en a alors sensiblement modifié l'équilibre. Ainsi, en devenant acteur actif de sa santé, le patient revendique aussi des droits individuels et collectifs. La relation médecin-malade s'est alors sensiblement trouvée modifiée par cette immixtion du droit dans ce qui autrefois n'était qu'un colloque singulier. La constante réaffirmation des droits individuels et collectifs des usagers et une approche délibérative et participative de l'intervention publique tendent à fournir aux usagers divers vecteurs d'expression.

La notion de **démocratie sanitaire** implique une approche du patient actif dans les protocoles de soins, et un nouveau rôle de l'utilisateur dans la gestion des établissements de soins et la régulation du système de santé. Cette participation se veut d'ailleurs un vecteur de renforcement de la qualité des soins [32,43].

La qualité des soins, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se définit de la manière suivante: « délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assure le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour la plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ». La qualité dans le domaine de la santé s'apprécie de façon pluridimensionnelle à partir de cinq (05) notions: l'éthique, la sécurité, la pertinence, l'accessibilité et l'efficacité [29].

La réunion des ministres africains de la Santé à Bamako en 1987, sous l'égide du Fond des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), allait dans ce sens. Il s'agissait de répondre à la dégradation des services de santé des pays en développement, de restaurer la confiance des usagers, de relancer la politique des soins de santé primaires. « **L'initiative de Bamako** » représentait un ensemble cohérent de mesures de réforme du secteur de la santé, articulé en huit principes :

- l'engagement des États à développer ce secteur, et en particulier à assurer des services disponibles à tous ;
- la mise en œuvre d'une politique de médicaments essentiels ;
- la décentralisation des procédures décisionnelles vers les Districts ;
- la gestion décentralisée et communautaire des structures de base ;
- la participation des communautés (des usagers) au paiement des soins, donc à l'approvisionnement en médicaments et au salaire du personnel ;
- le soutien financier public aux soins de santé primaires ;
- les mesures spécifiques d'accès aux soins pour les plus pauvres ;

- et la fixation d'objectifs intermédiaires et de critères d'évaluation.

Certains résultats sont encourageants, notamment la couverture vaccinale et les soins prénatals. Des services de santé de base se sont développés et ont vu leur fréquentation s'accroître ; des centrales d'achat et de distribution des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) ont vu le jour ; du fait d'une meilleure gestion du prix du médicament, les dépenses de santé des familles ont pu diminuer, dans quelques pays, en dépit du paiement des consultations. Pourtant, tous les espoirs ne sont pas satisfaits. Les plus grandes insatisfactions concernent l'organisation communautaire et l'attitude des personnels de santé.

En effet, La gestion des services de base par des structures communautaires se heurte à l'absence de statut juridique et au manque d'habitude du fonctionnement démocratique : les pouvoirs centraux et locaux n'y sont pas toujours favorables. La gestion financière s'accompagne d'abus de biens sociaux ou d'autres malversations ; la lourdeur des contrôles administratifs est considérable [33].

La démocratisation renvoie au fait que des processus décisionnels du système socio- sanitaire puissent se laisser traverser et influencer par les points de vue et les intérêts des usagers, des citoyens et des organismes communautaires. La démocratisation se mesure par l'exercice d'un certain pouvoir de la part des citoyens et des organismes communautaires quant à l'orientation (planification et transformation) et à l'organisation (gestion et prestation) des services socio- sanitaires [18]. « L'érosion du pouvoir médical » est alors entamée : « le prestige social des médecins a été écorné [...] les formes de démocratisation de l'accès au savoir médical rendent les patients plus exigeants vis-à-vis des médecins » (Hassenteufel, 1999) [30].

La démocratie sanitaire implique l'entrée de la citoyenneté dans le domaine de la santé, l'affirmation de principes essentiels. Elle représente aussi une volonté d'amélioration de la qualité du système de santé en permettant aux

bénéficiaires des soins de s'exprimer directement dans l'élaboration des politiques de santé et dans les réformes du système de santé.

Associer les notions de « démocratie » et de « santé » dans le champ de la santé signifie l'entrée d'un nouveau mode de rapports sociaux dans la sphère sanitaire. Au *livre VIII de la république*, Platon n'a pas caché le mépris que lui inspirait la démocratie à laquelle il reproche [de Dispenser] une sorte d'égalité aussi bien à ce qui est inégal qu'à ce qui est égal, quant il ne voit, au contraire, que de l'inégalité. Et la plus flagrante des inégalités dans ce contexte, est celle de la compétence : gouverner est un savoir. Platon récuse la démocratie parce qu'il la voit comme le régime où la masse, incompétente, peut se laisser entraîner par des sophistes et des démagogues. Il faut plutôt faire confiance au philosophe-roi, à celui qui possède à la fois sagesse et pouvoir. Cette vision a longtemps prévalu dans le domaine médical, rendant vaine l'idée même de démocratie sanitaire [10].

La démocratie sanitaire doit permettre aux individus de devenir des acteurs de leur santé et du système de soins, ce nouveau statut sous-entend de nouveaux droits.

La notion de démocratie sanitaire est indissociable de celle des droits du malade. Selon Martinent [47], la démocratie sanitaire repose sur trois logiques :

- la première est l'intégration du respect de la personne humaine. Elle affirme un principe de non-discrimination, de respect de la vie privée, de secret médical, du droit de recevoir des soins les plus appropriés et de la prise en charge de la douleur qui structure légalement une pensée positive des droits fondamentaux ;
- la deuxième intéresse un rééquilibrage des relations entre le professionnel de santé et l'individu malade en instituant ce dernier en « véritable acteur de santé ». Elle introduit notamment les problématiques de l'information des personnes faisant usage du système de santé et l'expression de leur volonté ;

- la troisième met en place les bases de l'expression et de la participation des « usagers ». La participation des individus au fonctionnement des institutions est un des mécanismes qui doit contribuer à son amélioration.

Il est bien reconnu aux individus des droits inaliénables : droit de non discrimination, du respect de la vie privée et du respect de la dignité humaine. Il leur est également reconnu des droits spécifiques de personne malade : accès direct au dossier médical, recherche du consentement en toutes circonstances, droit à bénéficier des traitements contre la douleur, égalité d'accès aux soins, développement des procédures d'indemnisation des victimes de l'aléa médical, reconnaissance officielle des associations d'usagers dans le système hospitalier. Ce sont autant de dispositions nouvelles qui devraient favoriser une relation « médecin-patient » moins asymétrique en permettant à ce dernier de participer davantage aux décisions qui le concernent. Si la démocratie sanitaire offre des droits aux personnes et réaffirme des principes existants, il importe de savoir s'ils sont respectés dans la pratique.

Les figures de l'utilisateur de l'Hôpital public ont été construites par l'histoire hospitalière (Schweyer, 2000) [57]. Elles sont au nombre de six (06).

1- Le premier cas de figure : droit « d'usage » était fondé sur la charité.

Historiquement, l'Hôpital a assumé deux tâches concernant les pauvres :

- une fonction d'accueil des exclus et de distribution de biens, de nourriture,
- et une fonction de renfermement quasi pénale, concernant les personnages jugés « socialement dangereux ».

L'Hôpital a gardé ce rôle d'assistance et est resté le lieu de la prise en charge sanitaire des populations précaires.

L'ensemble de la population est appelé à devenir usager de l'Hôpital public et plus généralement à faire valoir un droit d'accès aux soins. Ainsi, l'assisté et l'assuré social s'inscrivent dans un projet politique de protection sociale et d'intégration par des mesures compensatoires : l'Etat affirme le droit des individus à obtenir des services de l'Etat. Cependant, les bénéficiaires ne

participent pas aux processus décisionnels dans le champ sanitaire, ni d'ailleurs dans le reste de l'administration. La relation de service est appréhendée par les théories classiques de l'action administrative, comme un lieu d'exercice d'une domination unilatérale. Selon Chevallier [13] le modèle d'administration des services publics s'est construit en méconnaissance de l'utilisateur, préoccupé à la production d'usages et à la définition de droits d'usages qui ont subordonné l'utilisateur. Le service public répond à un besoin de totalisation et d'universalisation. En infléchissant l'exercice de la puissance publique vers une forme d'administration tutélaire et protectrice, le service public n'a en rien promu l'utilisateur au rang de partenaire, l'utilisateur reste fondamentalement un assujéti à des administrations "bienveillantes". Les compétences techniques revendiquées par l'administration ont justifié une nouvelle forme de confiscation du pouvoir. Le bénéficiaire est un "objet" passif, malléable et docile, pris en charge, "géré" par l'administration, cible de son action, destinataire de ses normes. Cette représentation conduit à un modèle de relation à base d'éloignement et de contrainte. Ce modèle est caractérisé par la mise à distance de l'administré. Le contact est établi sur la base d'une séparation rigoureuse des rôles de chacun. Le pouvoir de décision est mis hors d'atteinte, par le triple jeu de l'anonymat, de la centralisation et du formalisme. Cette relation fondamentale de domination/sujétion ressort des formes mêmes par lesquelles l'administration agit. Elle a la faculté d'édicter des obligations, de conférer des droits, de forger des interdits, de sa propre initiative ; et les administrés sont tenus, de droit, de se plier à ses prescriptions, sans espérer pouvoir s'y dérober ou s'y soustraire.

2- Le deuxième cas de figure : usager, acteur de la rénovation de l'action publique.

C'est au nom d'une meilleure prestation que les méthodes du secteur privé ont été introduites dans le secteur public. Le thème de la modernisation du service public s'est fortement appuyé sur une volonté de mieux connaître et mieux

servir l'utilisateur [38] : étendre ses droits et améliorer ses relations avec les services publics. L'adoption d'outils de contrôle transposés du monde marchand par les pouvoirs publics ainsi que la régulation/évaluation du service rendu à l'utilisateur effacent progressivement la frontière entre l'utilisateur et le client d'où le cas suivant.

3- Le troisième cas de figure : le client acteur de la qualité des services.

La notion de « client » est introduite dans la rénovation de la gestion des services publics. La promotion du client traduit une conception nouvelle de la relation administrative et une vision d'une administration préposée au service du public et soucieuse de répondre aux aspirations des individus. Le développement de la notion de client correspond à une politique de l'offre. Le choix langagier du terme « client » appelle à plus de considération pour l'utilisateur de la part des agents publics et à une meilleure prise en compte de la demande sociale. La satisfaction des usagers semble devenir la justification majeure de l'action des organisations.

Au-delà de la dimension touchant à la qualité du service et à la satisfaction du client, la santé n'est pas un service comme un autre. Ainsi, Fixariet Tonneau [24] montrent que la santé n'est pas un marché comme un autre, en ce qu'il présente des caractéristiques très particulières qui influencent directement la définition du rôle et de la place de l'individu.

La santé est un marché de prescripteurs où « le consommateur est considéré incompetent sur ses besoins et les produits qui peuvent les satisfaire », en raison d'une asymétrie d'information et ce, bien que l'individu ait le choix de son médecin. De plus, la santé est une demande peu régulée par les prix. C'est aussi une offre peu financée par la demande. C'est enfin des prix d'unité d'œuvre « administré » et non des prix de marché de « produits ». Dans ce sens, Moquet-Anger [48] montre que le terme client est inapproprié pour qualifier juridiquement les malades hospitalisés. Selon elle, si l'on retient que le client est celui qui, faisant confiance à un professionnel, recourt régulièrement à ses

services, cette définition peut s'appliquer à la médecine libérale dans la mesure où la relation est fondée sur la confiance du malade à l'égard du médecin qui, librement choisi par son « patient », exerce son métier selon les prescriptions de la science et de sa conscience. Le libre choix du médecin et la liberté thérapeutique de celui-ci sont des principes déontologiques mais aussi des principes législatifs fondamentaux. Or, la liberté de choix de l'établissement et du médecin n'est pas toujours de mise. Le recours à un établissement de santé est conditionné par la pathologie du malade et l'adaptation de l'offre de soins à cette pathologie, ou par le choix réalisé par un praticien qui oriente le malade.

De plus, selon l'auteur (Moquet-Anger), la notion devient problématique puisqu'elle s'inscrit dans une relation commerciale. En effet, le mode de rémunération des prestations hospitalières exclut le paiement direct et interdit toute négociation commerciale. Par ailleurs, le principe d'égalité interdit, d'une part, l'existence de choix en considération des moyens et des revenus des potentiels clients, d'autre part, interdit une échelle de prix, de services, de prestations selon les moyens des débiteurs.

Bien que le statut des malades ne recoupe pas totalement celui du client, cette figure nous informe d'une première extension des capacités participatives des usagers. Le statut positif des clients transcrit de nouvelles obligations et contraintes pour le service public. La promotion de la figure de client renforce, du moins en théorie, la position de l'individu dans le système de santé. L'individu est progressivement reconnu comme acteur institutionnel ayant un rôle spécifique à tenir dans l'évaluation de la qualité des soins.

La nature des prestations dont il bénéficie s'ouvre à son jugement. Il va s'agir de supprimer les connotations négatives de dépendance et passivité attachées au vocable de « patient » et de « malade ».

Le client est considéré comme plus exigeant à l'égard des services rendus.

Même si la figure du client ne dégage pas l'individu de l'emprise organisationnelle, le client se caractérise comme un acteur rationnel, un sujet actif, à la différence de « l'administré » passif. Au-delà de la figure du client, il y a une revalorisation de la condition de « citoyen » au sein du système de santé.

4- Le citoyen : la promotion d'un modèle participationniste.

Etre citoyen, c'est participer au processus décisionnel soit directement, soit par l'intermédiaire de représentants. L'action publique n'est plus un construit qui, une fois stabilisée, vient rencontrer ses bénéficiaires et ayants droit. Avec la démocratie sanitaire, l'action publique est à construire collectivement : il n'est plus question d'un usager, défini par un usage produit en dehors de lui. C'est ainsi que les modalités d'intervention du citoyen vont prendre forme.

C'est en tant que citoyen et acteur du système de santé que l'individu est amené à exprimer ses attentes irréductibles à celles définies par l'administration et ses services. Le RU est amené à jouer un rôle tant dans la médiation entre usagers individuels et institutions, dans l'accompagnement de la reconnaissance des droits de la personne malade, dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des malades par le biais de participation à un grand nombre de commissions de travail au sein de l'établissement de santé.

5-Le sujet de droit et la transformation du contrat médical : la participation aux décisions concernant sa propre santé.

Quatre (04) droits principaux se dégagent: le consentement, l'information, l'autodétermination et le refus de soins.

Le consentement est, un simple préalable à l'acte médical. Il devient un droit subjectif, un droit de la personne, un élément qui atteste de sa liberté de contracter ou de ne pas contracter, sans être jamais définitivement engagé

puisqu'il peut « à tout moment » retirer son consentement ; il y a donc autonomie de la volonté de l'individu [51]. La notion de consentement réordonne le sens de la relation médicale de sorte que la justification de la compétence du médecin ne peut plus s'imposer contre la volonté d'un individu. Le contrat médical cesse d'être appréhendé à partir des obligations du médecin pour être pensé à partir des droits des personnes malades.

La demande de consentement aux soins et donc l'acceptation d'un éventuel refus, se fonde sur le principe du respect de l'autonomie de la personne.

L'information : est le droit du patient d'être informé avant toute décision du médecin.

L'autodétermination : rendre l'individu acteur de sa santé suppose souvent un équilibre très difficile à faire entre la nécessité de ne pas instrumentaliser le malade et la recherche de l'autodétermination. Si la figure de l'individu libre de ses choix est un idéal vers lequel tendre, qui implique de le consulter et de l'informer chaque fois que cela sera nécessaire, il faut cependant se garder d'une vision radicale qui ferait perdre à la relation médicale sa spécificité en faisant un contrat comme un autre.

Le refus de soins : la question se pose avec d'autant plus d'acuité lorsque se pose la question du refus de soins. Le droit à l'information doit permettre au malade de donner « un consentement libre et éclairé » [31] à l'acte médical, et donc d'exprimer son droit à l'autodétermination, ce qui implique que ce consentement puisse être refusé ou retiré à tout moment. Le refus du traitement s'inscrit dans le droit reconnu à l'individu de ne pas se plier aux injonctions médicales et de déroger à l'observance que le modèle paternaliste envisage comme une obéissance légitime à la parole du médecin.

Pour S. Fainzang [20] qui souligne que si le refus de traitement fait pendant au « consentement éclairé », on ne saurait réduire le débat à la seule question de la liberté individuelle. Celle-ci entre bien en ligne de compte dans le débat, dans la mesure où c'est reconnaître la légitimité de ses options et de ses

valeurs qui sont à prendre en compte : les choix des individus ne sont pas réductibles à la rationalité médicale. De fait, la reconnaissance du droit de la personne à refuser un traitement entre en conflit avec la réussite de la prise en charge médicale, telle que conforme au jugement et aux décisions du médecin.

Ainsi, le médecin est partagé entre la nécessité de se conformer au consentement éclairé et l'obligation légale d'assistance à personne en danger. Ici, droit des malades et devoir des médecins peuvent être antagonistes. Le médecin doit tout mettre en œuvre pour convaincre la personne d'accepter les soins indispensables sans trancher la question de savoir quelle volonté doit finalement prévaloir : celle du malade refusant les soins ou celle du médecin.

Pour Racht-Darfeuille [56], une vision moins alarmiste de cette situation incline à penser que si la personne est entendue, c'est parce qu'elle doit être reconnue dans sa complexité et dans son identité ; mais la compétence, l'expérience et la responsabilité du médecin ne peuvent davantage être ignorées.

Le principe de reconnaissance mutuelle vient pondérer les thèses utilitaristes qui s'appuient sur la prééminence de la souveraineté individuelle. Ce principe garantit que le droit de l'individu à l'autodétermination s'exercera dans les limites raisonnables, sans que le médecin soit pour autant dépourvu de tout pouvoir décisionnel. Le malade « objet de soins » devient l'interlocuteur « sujet » d'un rapport humain. Il ne se substitue pas à l'expertise médicale.

Le malade doit désormais être considéré comme une personne détentrice de droits fondamentaux mais aussi comme un acteur de sa santé qui doit être reconnu dans sa dignité d'être, qui prend les décisions le concernant. Il ne s'agit pas de gommer absolument l'inégalité consubstantielle de la relation médicale mais d'en tempérer les effets par le droit à l'information et la reconnaissance et la valorisation de l'autonomie des individus.

6- Les « non-usagers » ou le non-recours aux systèmes de soins.

Le non-recours, renvoie à la situation de personnes qui ne perçoivent pas tout ou partie des prestations ou de droits qu'elles peuvent faire valoir ; ou toutes les situations de besoins effectifs de soins non suivis de demandes ou d'accès. La question du « non accès » ou « non recours de certains aux services et aux droits en matière de santé » est d'importance dans le débat sur la place du patient dans la modernisation du système de santé. Cela nous engage à ne pas considérer l'existence de l' « usager » comme un état de fait [59] mais comme une relation de droit à inscrire dans les pratiques [17].

La promotion de la figure de l'utilisateur du système de santé s'est appuyée sur un double mouvement. Un mouvement de modernisation du système de santé visant l'amélioration des services publics et la promotion de la participation des citoyens et un second mouvement d'extension des droits des malades, conduisant à la modification du contrat médical qui habilite l'individu en tant qu'acteur autonome et décisionnaire. La vulnérabilité reconnue et acceptée par le malade et la confiance dans le médecin, conduisent la personne à s'en remettre à ce dernier, dans certaines situations. La confiance dans le médecin est ici un choix et non un devoir. La dimension relationnelle et les compétences techniques du médecin participent pleinement à construire cette confiance. L'autorité est bien reconnue au médecin mais la confiance peut lui être retirée. La personne délègue au médecin la capacité à décider pour elle.

Le médecin intègre l'état de vulnérabilité passager de la personne sans pour autant inscrire la personne dans une position de dépendance qui prive l'individu de ses facultés de jugement. La consultation est un autre format de participation. Le médecin garde la maîtrise des choix en prenant en compte l'avis de la personne. Le point de vue de la personne peut-être recherché sur des éléments non-médicaux tels que la forme galénique du traitement par exemple.

Le désir d'information de la personne malade ne s'accompagne pas forcément d'un désir de décider. L'individu exprime son point de vue, pose des questions, s'informe mais s'en remet à l'expertise du praticien. La concertation favorise une élaboration conjointe en amont des processus décisionnels, notamment par exemple, par la recherche de compromis avec les personnes quant aux conditions d'acceptabilité de la prise des traitements ou d'examens à réaliser.

Il s'agit d'un côté de reconnaître aux individus la possibilité d'agir librement, et en particulier de choisir les risques qu'ils veulent courir, de l'autre, il produit des règles qui vont limiter cette liberté en imposant les exigences qui s'imposent médicalement. Promouvoir l'autonomie de l'individu et valoriser sa capacité de raisonnement n'abandonnent pas toute velléité de contrôle de la médecine. On délègue à l'individu le soin d'analyser et de décider comment les repères qu'on lui livre peuvent être engagés dans les différents mondes à l'intérieur desquels il agit. Les capacités de jugement, de critique et même de contrôle sont reconnues à l'individu.

La demande des individus de modifier la prescription est jugée recevable voire même nécessaire par le médecin, du fait des gênes potentielles qu'occasionnent certains traitements. Lorsque survient un conflit de points de vue, les préférences de chacun sont négociées, il n'y a pas de rupture dans l'engagement des parties y compris en cas de désaccord. Il va s'agir, au fil du temps, de réévaluer les options thérapeutiques, afin de trouver un consensus entre les besoins cliniques et la qualité de vie de la personne. Le médecin appuie son jugement sur des règles mais celles-ci sont ici des repères qui doivent prendre en compte le point de vue de la personne. Le partage de l'information et la revalorisation des capacités de participation de l'individu, la reconnaissance de la personne dans sa capacité d'être pensant, agissant et réflexif sont des paramètres qui sont intégrés dans la prise de décision médicale.

CHAPITRE II- PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS

La relation entre patient et système de santé a évolué. Le temps du paternalisme médical est terminé. Cette évolution se traduit essentiellement par l'intégration des patients dans la gestion individuelle et collective du système de santé. Il est important que la participation des usagers dans les établissements de santé soit ressentie par l'ensemble des professionnels comme un levier pour améliorer la qualité du système de santé. Pour Daniel Defert [16] il faut faire de la personne malade un réformateur social, c'est-à-dire capable d'interroger et de faire évoluer non seulement les pratiques médicales, mais plus largement les mentalités et les rapports sociaux.

Si l'on définit la qualité, et plus particulièrement la qualité de service, comme une chose variable (dans la mesure où elle ne peut pas être préconçue), comme un processus, une construction permanente..., l'utilisateur auquel la prestation est destinée doit y jouer un rôle dynamique, c'est-à-dire être un acteur à part entière et participer à cette construction... Cette participation dynamique paraît essentielle, non seulement parce qu'elle est un facteur d'efficacité, mais aussi parce qu'elle favorise la citoyenneté et la démocratie directe [1].

Selon Jean-Pierre Deschamps [34] une modification profonde des relations entre le personnel de santé et les usagers, l'implication de ceux-ci dans la détermination des besoins de santé, leur participation à la mise en œuvre de réponses appropriées peuvent rendre possible la santé plus communautaire.

Pourquoi la participation ? Énoncée comme un droit, la participation ne devrait pas avoir à être sans cesse justifiée. Elle est un élément fondamental de la reconnaissance des individus à participer à la construction de la société dans laquelle ils vivent [42].

Cette place de l'utilisateur est selon J. Kaspar [37], capitale : « Sur le long terme, il n'y a pas de sécurité, de propriété, de santé, d'éducation, de respect de l'environnement sans implication active des usagers/clients/citoyens. Il n'y a pas d'amélioration significative sans écoute de leurs attentes et aussi de leurs critiques. Il n'y a pas de conception de services adaptés aux besoins sans association des utilisateurs».

II-1. Historique de la participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé à travers le monde.

Le Québec, depuis les années 1970, et la France, vingt ans plus tard, se sont efforcés de faire en sorte que la parole profane des usagers soit mieux considérée dans le système de santé, et plus particulièrement dans les établissements de santé [46].

Au Québec on doit remonter au milieu du XIXe siècle pour assister aux premières manifestations d'actions collectives dans le champ socio-sanitaire. Près d'une centaine d'années plus tard, Jacques Tremblay, un jeune médecin du quartier populaire de Saint-Sauveur à Québec va s'engager dans la promotion de la médecine coopérative. Sera ainsi formée en Mai 1944 la Coopérative de santé de Québec. Deux ans plus tard, en juin 1946, cette entreprise étend son action à l'échelle du Québec et devient les *Services de Santé du Québec (SSQ)*. Cette coopérative offrait ses services dans un contexte où le financement et la prestation des services de santé relevaient en partie de l'initiative privée. Dans le cours de la Révolution tranquille, la volonté de l'État d'offrir une couverture universelle d'assurance-santé va se traduire pour cette organisation par une transformation de ses activités. Sous le nom de SSQ, elle va désormais se concentrer dans des programmes d'assurance-groupe animées par une nouvelle génération de médecins en quête d'une plus grande justice sociale, quelques

cliniques populaires seront fondées en milieu urbain dans les années 1960. Ces organisations veulent changer les rapports entre les professionnels de la santé et les citoyens, elles font la promotion de rapports plus égalitaires. On cherche à diminuer la distance entre le savoir médical et les patients [35].

C'est dans les années 1970 que la Commission Castonguay-Nepveu (Gouvernement du Québec, 1970) a établi les grandes lignes du système public de santé qui énonçait l'importance de la participation du public. Dans les années 1980, la Commission Rochon (Gouvernement du Québec, 1987) a fait le constat que le réseau de la santé était l'otage de groupes de pressions et qu'une plus grande place devrait être laissée au public afin que celui-ci puisse exprimer ses besoins et devenir partie prenante dans le processus de prise de décisions [46].

En **France** les crises successives qu'a traversées le système de santé, depuis une trentaine d'années, se sont, entre autres, traduites par une prise de conscience des malades. Les scandales sanitaires « du sang contaminé », « de la vache folle » ainsi que l'apparition de cas d'infections nosocomiales, preuves de la faiblesse étatique, ont donné une impulsion à la reconnaissance de l'utilisateur responsable (citoyen) entamée dans le cadre de la modernisation du service public. En tant que catégorie particulière d'utilisateurs du service public, les utilisateurs du système de santé ont vu évoluer leur conception d'objet de soins (patient, malade) à acteur de la santé (utilisateur, citoyen, consommateur de soins) [49]. Grâce aux ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la représentation des utilisateurs au sein du système de santé français a pris force de loi [46].

En **Afrique au sud du Sahara**, au lendemain des indépendances, c'est la conception de «la santé pour tous» qui était la règle, et la gratuité des soins le système dominant. La prestation gratuite des soins était vécue comme une conquête fondamentale de la libération des peuples de la domination coloniale. C'est par la déclaration d'Alma Ata, en 1978 et par le lancement de l'Initiative de

Bamako que la notion de participation communautaire a été introduite dans le système de santé de ces pays [60].

Au **Mali par exemple**, dès le début des années 1970, les sociétés et entreprises d'Etat qui constituaient le pilier de l'économie du pays ont été confrontées à d'énormes difficultés économiques liées entre autres à la mauvaise gestion. Au cours de ces années, les problèmes financiers de l'Etat malien ont fait qu'il ne pouvait plus assurer correctement le fonctionnement des formations sanitaires publiques.

Le désengagement de l'Etat, face à la crise économique généralisée qu'il continuait de traverser, s'est soldé par une sous-fréquentation des formations sanitaires publiques, qui plonge les populations déjà frappées par la faiblesse de leur revenu en particulier pour les groupes vulnérables (femmes et enfants), à se détourner des formations sanitaires publiques qui ne répondaient plus à leurs attentes ; c'est ainsi que les populations du quartier péri-urbain de Banconi dans le district de Bamako se sont organisées pour faire face à leurs problèmes de santé. Une mobilisation sociale particulièrement forte s'en est suivie à partir de 1986 aboutissant à la naissance en juillet 1988, de la première association de santé communautaire de Banconi dénommé **ASACOBA** qui veut dire en Bamanan « *An Sago Bala* », en français « **nous sommes maîtres du jeu** ».

L'aboutissement de cette dynamique communautaire dans le quartier de Banconi, s'est traduit par une bonne fréquentation de la nouvelle formation sanitaire ainsi créée, ouvrant ainsi la possibilité d'extension à d'autres populations du district de Bamako, puis progressivement à l'ensemble du pays.

Fort de la réussite de cette expérience, le gouvernement malien adopta en décembre 1990, la déclaration de politique sectorielle de santé, faisant de cette initiative, la stratégie nationale de développement de la santé.

Un vaste programme de développement de l'initiative est lancé avec la création par le gouvernement malien du Programme de Santé Population et Hydraulique Rurale (**PSPHR**) qui avait pour mission d'étendre la couverture

sanitaire par le développement des centres de santé communautaire. Ainsi, déjà en mai 2001 on comptait près de 567 associations de santé communautaires à travers le pays, 927 en 2006, et près de 954 en fin 2008 [2].

Qu'entend-on par « participation » ? On distingue classiquement quatre niveaux de participation, du plus faible au plus élevé [21,26] :

- **la communication** : les personnes sont informées et s'expriment essentiellement pour mieux comprendre l'information et en débattre, mais sans objectif de recueillir leur adhésion.
- **la consultation** : il s'agit d'une phase d'information à double sens (propositions et discussions sont susceptibles de faire modifier le projet).
- **la concertation** : c'est le fait d'associer les participants dans la recherche de solutions communes ou de connaissances nouvelles.
- **la codécision ou Co-construction** : elle vise le partage de la décision entre les intervenants. Elle implique la négociation pour parvenir à un accord, à une résolution commune. Il s'agit d'un réel partage du pouvoir.

La participation n'a de sens que si l'utilisateur est quotidiennement concerné, associé, impliqué dans la vie quotidienne de l'établissement de santé. La participation résulte d'une volonté et d'un positionnement de la part de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Il s'agit d'enraciner les formes de participation dans une culture institutionnelle donnant toute sa place à la participation. Cette phase préalable permet de construire des pratiques participatives globales, de mettre à plat les enjeux différents selon les types d'acteurs (usagers, professionnels de terrain, directeur, administrateur...) et de construire ensemble un cadre respectueux des places de chacun.

II-2. Modalités de participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé

Au **Canada**, la participation du public dans le secteur de la santé a revêtu plusieurs formes depuis l'instauration d'un système de santé universel et administré par une régie publique. Les citoyens utilisateurs agissent constamment à titre de « **consultants** » en planification des services et des programmes en offrant leurs avis concernant les besoins en services et leurs problèmes. Les citoyens intéressés agissent en tant que **répartiteurs des ressources** par l'intermédiaire de leurs fonctions de membres de comités chargés d'établir les priorités et, en bout de ligne, en tant que gestionnaires du système de santé dans leur rôle de **membres des conseils d'établissements hospitaliers**, des centres de santé et des régies de la santé. Les citoyens participent aussi en tant que « protecteurs de l'intérêt public » par l'intermédiaire de leur participation à titre de **membres des organes de réglementation**. On demande de plus en plus à la population de partager ses opinions sur l'orientation future du système de santé, que ce soit par le biais d'enquêtes d'opinion publique ou sous la forme de dialogues publics plus approfondis [36].

En **France**, les grandes crises sanitaires des années quatre-vingt ainsi que le développement du consumérisme médical ont contribué à l'émergence de la reconnaissance des droits du patient à la fois en tant qu'utilisateur du système de santé et en tant que citoyen. Les associations ont réclamé d'être associées aux décisions afin que les besoins des usagers soient mieux pris en compte [61]. Par exemple, pour l'élaboration de son projet d'établissement 2003-2007, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes a fait appel à un groupe d'usagers, chargés de formuler des recommandations [55]. La réforme hospitalière instaurée par Alain Juppé en 1996 et les ordonnances qui ont suivi, ont introduit l'obligation de représenter les intérêts des usagers de la santé au sein des Conseils d'Administration (CA) des établissements de soins [6,12].

Ainsi plusieurs modalités de participation des usagers dans les établissements de santé peuvent être énumérées [23] :

- « **jurys citoyens** » : groupes de personnes sollicités pour donner leur avis sur des questions stratégiques concernant l'établissement.

- **participation des RU aux Conseils d'Administration de tous les établissements de santé.** Les RU assistent aux réunions des Conseils d'Administration des établissements de santé.

- **participation des RU aux réunions des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).** Ces commissions deviennent de véritables forces de proposition. Désormais, les professionnels ne sont plus les seuls à décider de l'organisation de l'offre de soins et des parcours de soins : les attentes des usagers sont prises en compte dans l'élaboration du projet d'établissement.

- **Conseils de la Vie Sociale (CVS) :** ce sont des instances d'échange et d'expression destinées à garantir les droits des usagers et leur participation au fonctionnement de leur structure d'accueil.

- **les associations de patients.** Les patients se réunissent en association pour faire entendre leur voix.

- « **Maison des usagers** », ou « **Maison des patients** », ou « **Espaces des usagers** » : ce sont des lieux d'accueil et d'information aux usagers (sur les droits, soins, aides, activités culturelles...). Ces espaces permettent aussi de recueillir et de faire remonter auprès de l'établissement le point de vue des malades et de leurs familles. Ces espaces favorisent la mise en relation entre les usagers, leurs représentants et les associations de patients.

Au **Brésil**, ce sont les municipalités qui définissent et organisent les soins primaires. Les usagers et représentants sont associés aux **Conseils Municipaux de Santé** [42].

II-3. Les difficultés liées à la participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé

- **Au niveau de la population en générale**

Au-delà de la volonté de s'impliquer, tout le monde n'a pas forcément une opinion valide dans le secteur socio-sanitaire [15].

- **Au niveau des représentants des usagers**

Le premier type de problèmes est celui de *l'information et de la compétence des représentants* :

La désignation des RU tient d'abord à la reconnaissance de leur apport potentiel dans un milieu hautement technique et professionnel [46,55].

En tant que profane, le RU est structurellement mal équipé pour faire entendre une parole différente et construire une position autonome de celles qui prévalent dans les instances de décisions. Il a donc un besoin particulier d'être soutenu et formé, de participer à des débats avec ses pairs, et d'être nourri de propositions [27, 40].

Le deuxième type de problèmes est celui du choix des priorités :

Des arbitrages devront être faits dans les instances de décision devant les nombreuses préoccupations des RU [22].

Le troisième type de problèmes est celui de la timidité que certains RU peuvent manifester [58]. Du fait de la timidité que certains représentants peuvent manifester, certaines préoccupations des usagers peuvent ne pas être abordées.

- **Au niveau des usagers :**

Le problème est celui de la formation d'opinion [22] dans le domaine de la santé. Il est important de savoir *comment les usagers peuvent-ils formuler des priorités, faire des choix, se former une opinion relative au système de soins.*

II-4. Les acquis de la participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé.

Au **Mali** : L'extension de la couverture sanitaire du pays s'est nettement améliorée avec l'avènement de la santé communautaire. D'après l'enquête nationale de couverture menée en 1998, il a été observé que la couverture vaccinale était deux fois plus élevée dans les Centres de santé à gestion communautaires que dans les autres centres. Il en était de même pour les consultations prénatales et les accouchements assistés. Une grande partie des préoccupations prioritaires des populations en matière de soins de santé a été comblée grâce à la participation communautaire. La santé communautaire a modifié les rapports traditionnels entre les autorités sanitaires et les communautés, passant d'une relation d'autorité à une relation de collaboration et de fonctionnalité avec les communautés [2].

En **France**, depuis 1996, les usagers se sont vus reconnaître une place à part entière au sein des EPS par leur présence au CA [4, 19].

Au cours des dernières années, la participation des usagers aux instances des champs médico-social et sanitaire s'est vue affirmée et étendue avec la loi du 2 janvier 2002 et celle du 4 mars 2002 [3, 54].

Les usagers sont désormais au « cœur du processus d'amélioration de la qualité de la prise en charge à l'Hôpital » [5].

Au **Canada** la participation des usagers a contribué au fonctionnement efficace du système de santé, au renforcement de l'engagement des citoyens envers des programmes de santé. Elle a favorisé l'expression des valeurs démocratiques de tolérance et de solidarité dans la société canadienne [36].

II-5. Les moyens et les outils de participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé

Afin d'outiller la participation des usagers, les pouvoirs publics en France ont mis en place certaines mesures : le financement de la formation des RU, la mise en place d'une ligne téléphonique « Santé Info Droits » à destination, entre autres, des RU. En effet, les besoins des RU portent autant sur une meilleure connaissance du système de santé que sur une compréhension des enjeux et de leur marge de manœuvre [8,9].

Les RU ont besoin de disposer d'un certain nombre d'informations afin d'éviter qu'ils ne formulent des attentes vis-à-vis desquelles les professionnels ont déjà prévu des réponses sans pouvoir disposer d'éléments nécessaires pour les discuter, ce qui risque en effet de discréditer leur parole aux yeux des professionnels [10]. On peut donc retenir comme moyens de participation des usagers dans les établissements de santé : l'**information** (savoir rechercher, recueillir et sélectionner l'information), la **formation** (connaître la législation, avoir un minimum de connaissances médicales, comprendre les problèmes à débattre, connaître ses limites) et la **maîtrise du système de santé** (connaître son fonctionnement).

II-6. L'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique se définit comme une Co-construction des savoirs et une reconnaissance des compétences de chacun des acteurs. Selon l'OMS, l'objectif de l'éducation thérapeutique du patient est de « permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'autogestion et soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins,

les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie» [53].

L'éducation thérapeutique se construit autour du patient en prenant en compte ses compétences mais aussi en s'appuyant sur toutes ses ressources pour améliorer sa vie au quotidien avec la maladie. C'est ainsi que si l'aspect économique et social de la personne malade est à prendre en considération, son entourage familial et ses proches sont parfois des atouts pour un meilleur vécu au quotidien.

L'éducation thérapeutique du patient peut renforcer la gestion du risque clinique en s'appuyant sur les compétences de compréhension et d'analyse, ainsi que sur les compétences d'auto-soin et d'adaptation à la maladie du patient et de son entourage [45].

Dans son rapport de 2006 sur la prévention des maladies chroniques [52], l'OMS suggérait le développement de politiques volontaristes permettant de prendre en compte l'importance croissante des maladies chroniques. L'éducation thérapeutique du patient constitue un vecteur permettant d'apporter une réponse plus réactive et plus adaptée aux besoins de la population, chaque malade étant acteur de son suivi thérapeutique.

Au total, l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le concept de démocratie sanitaire c'est-à-dire la possibilité pour les individus (en tant que malades) et les groupes (au travers des associations des usagers) de participer aux décisions relatives à la santé publique que ces décisions soient individuelles ou collectives [11]. Elle constitue en elle-même une autre forme de participation des usagers dans les établissements de santé.

CHAPITRE III- ETABLISSEMENTS PUBLICS SANITAIRES EN COTE D'IVOIRE

Conformément aux recommandations faites par l'OMS aux gouvernements, la Côte d'Ivoire a optée en 1994 pour le système de santé de district. Ce système vise à assurer aux populations des services de santé plus efficaces avec leur pleine participation. Le système de santé de district repose sur les principes suivants : la hiérarchisation du système (pyramide sanitaire) ; l'existence d'un système de référence et contre référence et la participation communautaire.

III-1. La pyramide sanitaire

L'organisation en vigueur, du système de santé ivoirien en pyramide est régie par l'arrêté N°028/MSP/CAB du 08 février 2002 portant détermination de la pyramide sanitaire et répartition des établissements et services publics sanitaires, abrogeant les textes de loi antérieurs. Ce texte s'inspire des différents décrets qui ont été pris au fil des temps, portant organisation du Ministère de la Santé en Côte d'Ivoire. Ainsi, le système de santé ivoirien est organisé comme suit :

III-1-1. Secteur public

Le système sanitaire de la Côte d'Ivoire est de type pyramidal avec deux versants : le versant administratif et le versant offre de soins. Chaque versant comprend trois niveaux et des composantes correspondant à chaque niveau.

a-Le versant administratif

Le niveau central constitué du cabinet Ministériel, des services rattachés au cabinet, de deux directions générales, des directions centrales et des Etablissements Publics Nationaux (EPN). Le niveau intermédiaire correspond aux directions régionales, chargées de coordonner les activités du niveau opérationnel administratif et des services de santé implantés dans leur ressort territorial.

Le niveau périphérique représenté par les districts sanitaires constituent le niveau opérationnel du système. A chaque district sont rattachés des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (**ESPC**) et un Hôpital de référence (Hôpital Général) (**HG**) pour la mise en œuvre des soins de santé primaires.

b- Le versant offre de soins

Niveau primaire : porte d'entrée dans le système, il est constitué des Etablissements Sanitaires de Premier Contact (**ESPC**) que sont les Dispensaires Ruraux et Urbains (**DR, DU**), les Centres de Santé Ruraux et Urbains (**CSR, CSU**), les Formations Sanitaires Urbaines (**FSU**) et les Centres de Santé Urbains Spécialisés (**CSUS**). Ce niveau a l'HG comme première référence.

Niveau secondaire : est constitué des établissements sanitaires de première référence (Hôpitaux Généraux). Le Centre Hospitalier Spécialisé (**CHS**) et/ou le Centre Hospitalier Régional (**CHR**) qui normalement constituent la deuxième référence, intervient en première référence pour les Districts Sanitaires implantés en chef lieu de région et ne disposant pas d'HG.

Niveau tertiaire : comprend les établissements sanitaires de recours pour la troisième référence. Ce niveau comprend les Centres Hospitaliers Universitaires (**CHU**), les Centres Hospitaliers Spécialisés (**CHS**) : l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (**ICA**), l'Institut Raoul Follereau (**IRF**) et l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (**HPB**). Les Instituts et Centres Nationaux de la santé : l'Institut National d'Hygiène Publique (**INHP**), l'Institut National de la Santé Publique (**INSP**), le Centre National de Transfusion Sanguine (**CNTS**), le Laboratoire National de la Santé Publique (**LNSP**) et le Service d'Aide Médical d'Urgence (**SAMU**).

III-1-2. Secteur privé

Le secteur privé organisé par le Décret N° 96-877 du 25 octobre 1996, portant classification, définition et organisation des Etablissements Sanitaires privés, obéit aux mêmes critères de découpage et de classification selon la pyramide sanitaire nationale. Ainsi, les Etablissements Sanitaires Privés (**ESP**) sont classés d'après leur nature et niveau d'intervention. En d'autres termes, la catégorisation des établissements sanitaires privés respecte la logique du niveau de plateau technique et de prestations offertes selon le Paquet Minimum d'Activités (**PMA**). On distingue :

Niveau primaire : Les Etablissements Paramédicaux, les Etablissements Socio-Sanitaires, les Etablissements de Médecine Alternative des établissements pharmaceutiques (dépôts).

Niveau secondaire: Les Etablissements Médicaux : les Centres médicaux, les Cabinets médicaux, les Cabinets dentaires, les Centres médicaux spécialisés (centres d'imagerie médicale), les cliniques médicales et des laboratoires.

Niveau tertiaire: Les Etablissements Médicaux de niveau universitaire : les polycliniques, les Cabinets d'Expertises Médicales et des Centres d'imagerie Médicales.

III-2. Système de référence et contre référence

Cet aspect qui vise l'efficacité du système de santé c'est-à-dire un meilleur rapport qualité/coût suppose : la complémentarité et le non chevauchement des paquets d'activités de soins aux différents niveaux de la pyramide et la possibilité pour le niveau supérieur de servir de recours pour les activités non couvertes par le niveau inférieur et assurer ainsi la continuité des soins.

III-3. La participation communautaire

Elle concerne le recouvrement des coûts des actes de santé par la participation financière des populations à leurs propres frais de santé et la gestion des structures sanitaires par la création des **Comités de Gestion (COGES)**. A ce niveau il faut distinguer les COGES ruraux des COGES urbains.

III-3-1. Les COGES en milieu urbain

Ils ont été institués par les articles 10 et 11 du décret n°96-302 du 01/06/1996 fixant les modalités de recouvrement de la redevance perçue auprès des usagers des établissements sanitaires publics. Cette disposition a été modifiée par les articles 5,6 et 7 du Décret n°98-379 du 30/06/1998 portant organisation et fonctionnement des établissements sanitaires publics urbains n'ayant le statut d'EPN.

a- composition

Le Comité de Gestion est composé comme suite :

- le préfet ou son représentant, président;
- deux représentants désignés par le conseil municipal en son sein;
- le Directeur régional de la santé publique ou son représentant;
- le trésorier départemental ou son représentant;
- deux représentants du personnel, l'un issu du corps médical, l'autre du reste du personnel;
- deux représentantes des femmes;
- deux représentants des jeunes;
- deux représentants des chefs de quartier. Les membres du Comité de Gestion sont nommés par arrêté du préfet. Le Directeur départemental de la santé ou son représentant assure le secrétariat. Le Directeur de l'établissement sanitaire et le médecin-chef assistent aux réunions du Comité de Gestion, avec voix consultative.

Le Comité de Gestion se réunit en séance ordinaire sur convocation de son président, au moins quatre fois par an et autant que de besoin en séance extraordinaire. Les procès- verbaux des réunions sont établis dans les huit (08) jours suivant la réunion et sont adressés au ministre chargé de la santé par voie hiérarchique.

b- attributions

Le Comité de Gestion est chargé:

- d'approuver le plan d'action annuel de l'établissement et son plan directeur;
- d'approuver le règlement intérieur de l'établissement;
- d'émettre un avis sur le bon fonctionnement de l'établissement;
- d'émettre un avis sur le projet de budget de l'établissement financé par le budget de l'Etat et d'en suivre trimestriellement l'exécution;
- d'approuver le projet de budget de l'établissement financé par les ressources propres et d'en suivre trimestriellement l'exécution, en procédant, le cas échéant à des modifications en cours d'année;
- d'examiner et d'approuver le rapport annuel d'activités de l'établissement établi par le Directeur, avant sa transmission au ministre chargé de la santé publique.

III-3-2. Les COGES en milieu rural

Ils sont régis par deux textes réglementaires que sont :

- le décret n°93-218 du 03/02/1993 fixant les règles de gestion des FSU.
- l'arrêté n°442/MSPAS du 16/11/1995 relatif aux modalités de l'application du décret n°93-218 du 03/02/1993.

a- composition

- dix à vingt représentants des communautés villageoises bénéficiaires des prestations de la Formation;
- l'infirmier, la sage-femme ou le travailleur social, membres de droit.

Les membres du Comité de Gestion sont désignés pour une durée de trois (03) ans, renouvelable. Le Comité de Gestion désigne en son sein son président et le responsable de la gestion financière. La gestion administrative et technique de la formation est assurée par l'infirmier, la sage-femme ou le travailleur social.

b- attributions

Le Comité de Gestion est chargé de :

- prendre les décisions relatives au fonctionnement de la formation et d'en contrôler la bonne exécution.
- décider du montant de la participation financière des villageois. Ce montant ne peut excéder celui prévu par la tarification nationale.
- décider des dépenses de fonctionnement qui seront supportées par le produit des participations.
- élaborer et adopter le budget annuel équilibré en recettes et en dépenses de la formation sanitaire rurale.
- le responsable de la gestion financière tient un relevé journalier des recettes et des dépenses ainsi qu'un récapitulatif mensuel que les membres du Comité de Gestion peuvent consulter à tout moment sur leur simple demande.

Pour les COGES ruraux il y a nécessité d'instaurer des statuts et règlement intérieur.

III-3-3. Niveau tertiaire de la pyramide sanitaire

Décret n°2001-650 du 19 octobre 2001 portant attributions, organisation et fonctionnement des CHU de Cocody, de Treichville, de Yopougon et de Bouaké et abrogeant les décrets n°98-380, 98-381, 98-382, et 98-383 du 30 juin 1998.

Les CHU disposent, pour leur fonctionnement des organes suivants:

- le Conseil de Gestion.

- la Direction.

- les Services :

* * Services médicaux et médico- techniques,

* * le Service de l'information médicale

- les Commissions :

* * la Commission médicale d'établissement,

* * la Commission technique d'établissement,

* * les Comités.

III-3-3-1-Le Conseil de Gestion

a- composition

- le ministre chargé de la Santé publique ou son représentant: président ;
- le ministre chargé de l'Enseignement supérieur ou son représentant ;
- le chargé de la Défense ou son représentant ;
- le ministre chargé de l'Economie et des Finances ou son représentant ;
- le ministre chargé de la Fonction publique ou son représentant ;
- le ministre chargé de la Lutte contre le SIDA ou son représentant ;
- le ministre chargé des Affaires Sociales ou son représentant ;
- le maire de la commune de siège du CHU ou son représentant ;
- le Directeur de la Mutuelle Générale des Fonctionnaire ou son représentant ;
- un représentant des Compagnies d'Assurances Privées ;
- un représentant de l'Assurance Maladie Universelle.

Le Directeur du CHU assiste aux réunions du Conseil de Gestion, avec voix consultative, et en assure le Secrétariat.

Le président du Conseil de Gestion peut inviter aux réunions, avec voix consultative, toute autre personne dont il estime nécessaire d'entendre les avis.

b-attributions

Le Conseil de Gestion contrôle la politique générale de l'établissement. Il suit la préparation et l'exécution du budget et examine le compte financier produit en fin d'exercice.

Il délibère notamment sur:

- le projet d'établissement, y compris le projet médical ;
- les projets d'investissements relatifs aux travaux et équipements ;
- les tarifs de prestations ;
- les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;
- le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement ;
- les créations, suppressions, transformations de services ;
- le tableau des emplois ;
- les conventions et accords d'association, les actions de coopération ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ;
- les emprunts, dons et legs ;
- le règlement intérieur ;
- les actions judiciaires et les transactions ;
- les hommages publics.

Le Conseil de Gestion se réunit en session ordinaire au moins une fois par trimestre. Il délibère sur le rapport d'activités du Directeur et des organes financiers de l'établissement, sur les objectifs et prévisions d'activités et sur les adaptations qui paraissent nécessaires. Il peut se réunir en session extraordinaire autant de fois que de besoin.

III-3-3-2. La Direction

La direction du CHU comporte:

- le Directeur du CHU,
- le Directeur médical et scientifique,
- le Directeur de l'administration et des finances.

Deux services sont rattachés à la Direction du CHU:

⌘le Service Autonome du Contrôle et de l'Evaluation,

⌘le Service de Communication et des Relations Publiques.

a- Le Service Autonome du Contrôle et de l'Evaluation est chargé:

- du suivi des activités de l'établissement,
- de la confection du tableau de bord de l'établissement,
- de la mise en œuvre des moyens humains, matériels et financiers,
- de l'analyse financière, des postes de travail et de la productivité,
- de l'évaluation des procédures d'achat, des techniques de gestion,
- de l'évaluation de l'organisation des méthodes de travail, de la productivité,
- de l'établissement et de la formulation de propositions d'amélioration,
- du contrôle de l'inventaire et du suivi des immobilisations,
- du suivi et du contrôle de l'application de la réglementation hospitalière,
- de recueillir les plaintes des patients et de leurs familles.

b- Le Service de Communication et des Relations Publiques est chargé de :

- assurer la communication interne et externe de l'établissement,
- apprécier la satisfaction des bénéficiaires des soins de santé,
- assurer la politique de marketing de l'établissement.

La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé est belle et bien une réalité à travers le monde avec des différents modèles de participation. Ces différents modèles de participation ont tous en commun la

prise en compte de la parole de l'utilisateur, son implication dans la gestion et l'animation de sa structure de santé et l'amélioration de la qualité des soins de santé. Pour ce qui concerne la participation des usagers au fonctionnement des EPS en Côte d'Ivoire, nous allons nous intéresser seulement au cas de la sous-préfecture de TAABO.

La suite de notre travail consistera donc à analyser les textes législatifs concernant la participation des usagers au fonctionnement des EPS en Côte d'Ivoire ; évaluer la connaissance des usagers et du personnel de santé sur les dispositifs de participation existants dans les établissements de santé et enfin décrire la mise en œuvre de cette participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé de la sous-préfecture de TAABO.

Deuxième partie :
ETUDE EXPERIMENTALE

MATERIEL ET METHODES

I - MATERIEL

I-1. Présentation du cadre de l'étude

I-1.1. Situation géographique

Taabo fut érigé en Sous-préfecture par décret N°861021 du 24 septembre 1986. Elle est située au Nord-Ouest du département de Tiassalé à 160 km d'Abidjan et à 85 km environ de la capitale politique **YAMOOUSSOUKRO**. Elle est limitée au Nord par les départements de Toumodi et Oumé. A l'ouest par le département de Divo. La sous-préfecture de Tiassalé constituant la limite Sud et Est [14].

I-1.2. Situation socio-demographique

La mise en service de la nouvelle Sous-préfecture de Taabo s'est effectuée le 12 septembre 1987 avec 14 villages et 14 000 âmes. Les "souamlins" étant la population autochtone et de loin la plus importante. La population allogène étant l'émanation d'un exode national et sous régional [14].

I-1.3. Activités économiques

La région de Taabo produit du café, du cacao et des produits vivriers. On peut également noter une importante activité de pêche.

Grâce au barrage hydroélectrique installé sur le fleuve Bandama, Taabo perçoit des droits de patente élevés (45 Millions de francs cfa / an) qui font de cette région, une commune en développement [14].

I-1.4. Structures sanitaires publiques fonctionnelles

La sous-préfecture de Taabo dispose des structures sanitaires suivantes : **l'Hôpital Général de TAABO, les Centres de Santé Ruraux AHEREMOU II, AHONDO, AMANI MENOU, KOTIESSOU, LELEBLE, SOKROGBO et TOKOHIRI**. Les établissements de santé de la sous-

préfecture de Taabo font partir de la région sanitaire des lagunes 1 plus précisément du **District Sanitaire de TIASSALE**.

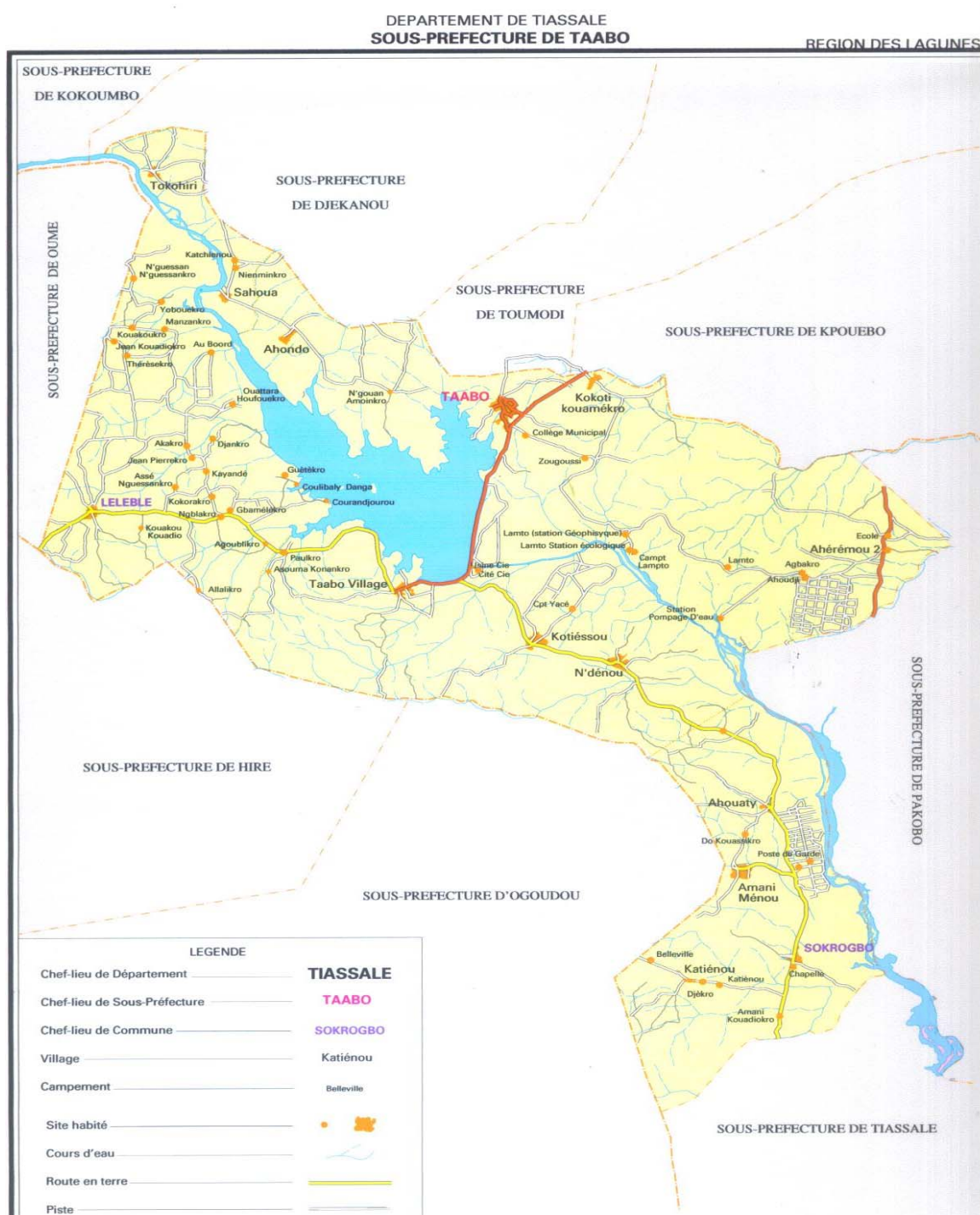


Figure 1: Localisation géographique de la sous-préfecture de Taabo

I-2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive, réalisée de juin à juillet 2014.

I-3. Population d'étude

Les textes réglementaires,

Les usagers (urbains et ruraux),

Le personnel de santé :

- Au niveau rural (infirmier et/ ou sage-femme)
- Au niveau urbain (tout le personnel de santé)

Les représentants des usagers

- Au niveau rural (président et trésorier)
- Au niveau urbain (représentants de la mairie, de la jeunesse et des femmes)

• Critères d'inclusion

Etaient inclus dans l'étude tous ceux qui ont donné leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude. Sont donc retenus, tous les usagers résidant depuis au moins 06 mois dans la localité et venant consulter à l'HG ou dans un CSR, le personnel de santé, les RU.

• Critères de non inclusion

Toute personne en dehors de l'HG ou d'un CSR.

I-4. Outils de collecte des données

▶ Un guide d'entretien établi à l'endroit du personnel de santé et des représentants des usagers des FSR.

▶ Un guide d'entretien destiné aux membres du COGES de l'HG de Taabo (personnel de santé et représentants des usagers).

▶ Un questionnaire à l'endroit du reste du personnel de santé de l'HG de Taabo ne faisant pas partie du COGES et des usagers (urbains et ruraux).

▶ Une grille de lecture des textes réglementaires.

II-METHODES

II-1.Méthodologie de la recherche

La méthode qualitative a été choisie pour l'analyse des textes législatifs (décrets, lois, arrêtés) réglementant la participation des usagers au fonctionnement des EPS en Côte d'Ivoire. Celle-ci nous a permis de ressortir ce que disent les textes législatifs sur les rôles, droits des usagers, les thématiques sur lesquelles ils sont autorisés à se prononcer (santé, financier...); les formes de participation des usagers au fonctionnement des EPS.

Les méthodes quantitative et qualitative ont été choisies pour recueillir des informations auprès des usagers, les RU, et le personnel de santé en vue de connaître le nombre de RU participant dans les instances de décision des établissements de santé, connaître le nombre de réunions tenues au cours de l'année 2013 et leurs procès verbaux, apprécier l'apport des usagers, des RU dans la politique de l'établissement de santé, et d'évaluer la connaissance des usagers et du personnel de santé sur les dispositifs de participation existants dans les EPS de la sous- préfecture de TAABO.

II-2.Procédure de recueil des données

Pour les textes législatifs nous nous sommes rendus au centre de documentation juridique sis aux deux plateaux pour rechercher les lois, décrets et arrêtés publiés au journal officiel de la république de Côte d'Ivoire. Nous avons élaboré une grille de lecture des textes législatifs (Voire annexes). Les items d'analyse étaient :

- la nature des textes législatifs
- la date de publication
- le lieu de publication

- le contenu des textes (le niveau de la pyramide sanitaire, formes de participation des usagers, les thématiques sur lesquelles les usagers sont autorisés à se prononcer)
- les insuffisances des textes.

Une **pré-enquête** a été réalisée dans le **mois de Mai 2014** dans le **District Sanitaire d'ANYAMA**. Ainsi, nous avons mené une enquête au sein de **l'HG d'ANYAMA** pour le compte de COGES urbain et une enquête au niveau du **CSR d'ATTIEKOI** pour le compte de COGES rural.

II-3. Considérations éthiques

Nous avons reçu de la part du District Sanitaire de TIASSALE, une autorisation d'enquêter dans les différents EPS de la sous- préfecture de Taabo ayant un COGES en leur sein. Nous avons expliqué le travail à chaque participant de façon claire afin d'obtenir son consentement libre et éclairé. Le caractère personnel des données que le participant a consenti à fournir est resté anonyme.

II-4. Méthode d'analyse des données

Les données ont été recueillies sur les différentes fiches d'enquête puis analysés à l'aide du logiciel EPI info 6.04. Nous avons ensuite procédé à une analyse descriptive avec calcul des moyennes et des fréquences. Les logiciels Excel et Word ont servi l'un pour les représentations graphiques et l'autre pour la saisie de textes.

RESULTATS ET COMMENTAIRES

I-ANALYSE DES TEXTES LEGISLATIFS

Tableau I : Textes législatifs Ivoiriens relatifs à l'organisation et au fonctionnement des structures sanitaires publiques

NATURE DU TEXTE	REFERENCE	CHAMP D'APPLICATION- CONTENU
Arrêté	n°028/MSP/CAB du 08/02/2002	La pyramide sanitaire en côte d'ivoire se présente comme ci-dessous : Niveau primaire : DR ; DU ; CSR ; CSU ; FSU et CSUS Niveau secondaire : HG ; CHR. Niveau tertiaire : CHU ; CHS ; INHP ; INSP ; CNTS ; LNSP ; SAMU.
Décret	Articles 10 et 11 du décret n°96-302 du 01/06/1996	Institution des COGES urbains
Décret	Articles 5,6 et 7 du décret n°98-379 du 30/06/1998	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation et fonctionnement des établissements sanitaires urbains n'ayant le statut d'EPN. - Le COGES est la seule forme de participation des usagers au niveau primaire et secondaire de la pyramide sanitaire. - Ils sont autorisés à se prononcer sur le règlement intérieur, le plan financier et les rapports d'activités de l'établissement.
Décret	n°93-218 du 03/02/1993.	Institution des règles de gestion des FSR.
Arrêté	n°442/MSPAS du 16/11/1995	Relatif aux modalités d'application du décret n°93-218 du 03/02/1993.
		<ul style="list-style-type: none"> - Les villageois participent à la vie de leur Formation Sanitaire par le biais du COGES. - Ils élaborent eux- même les statuts et règlement intérieur.

Décret	n°2001-650 du 19/10/2001	<ul style="list-style-type: none">- Attributions, organisation et fonctionnement des CHU de Cocody, de Treichville, de Yopougon et de Bouakéet abrogeant les décrets n°98-380, 98-381, 98-382, et 98-383 du 30/06/1998.- Les usagers participent à la vie de l'établissement par le biais de ces structures suivantes :<ul style="list-style-type: none">* le Conseil de Gestion ;* le Service Autonome du Contrôle et de l'Evaluation ;* le Service de Communication et des Relations Publiques.- Les usagers se prononcent sur :<ul style="list-style-type: none">* le règlement Intérieur,* les frais de prestations de soins,* la qualité des soins,* Les usagers peuvent poser des plaintes.
---------------	-------------------------------------	--

Les différents dispositifs réglementant la participation des usagers dans les établissements de santé sont :

- Pour le **niveau primaire et secondaire** de la pyramide sanitaire:
 - Le COGES (rural et urbain).
- Pour le **niveau tertiaire** de la pyramide sanitaire nous avons :
 - Le Conseil de Gestion ;
 - Le Service Autonome du Contrôle et de l'Evaluation ;
 - Le Service de Communication et des Relations Publiques.

Les insuffisances relevées sont :

- Le dispositif de gestion des plaintes et réclamations des patients et leurs proches n'est pas mentionné dans les textes pour les EPS du niveau primaire et secondaire de la pyramide sanitaire,
- Les textes ne mentionnent pas l'évaluation de la satisfaction des usagers sur la qualité des soins.

RESULTATS COGES RURAL

II-ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS AUPRES DES CENTRES DE SANTE RURAUX DE LA SOUS-PREFECTURE DE TAABO

II-1 Localités visistées

Les FSR de la sous- préfecture de Taabo ayant un COGES en leur sein sont représentés dans ce tableau.

Tableau II : Répartition selon les localités visitées

LOCALITES	TYPE DE FORMATION RURALE	
	DISPENSAIRE	MATERNITE
AHEREMOU II	1	1
AHONDO	1	0
AMANI MENOU	1	0
KOTIESSOU	1	1
LELEBLE	1	0
SOKROGBO	1	0
TOKOHIRI	1	0
Total	7	2

Toutes les localités visitées (100%) possèdent un dispensaire, mais seulement les localités d'Ahéremou II et de Kotiessou possèdent en plus d'un dispensaire une maternité.

II-2. Composition du COGES rural

La configuration du bureau des COGES des structures sanitaires rurales de la sous- préfecture de Taabo se présente comme suit :

- Un président
- Un vice- président
- Le secrétariat assuré par l'infirmier d'Etat et/ou la sage-femme.
- Un trésorier
- Un commissaire aux comptes
- Un ou deux représentants de chaque communauté villageoise
- Des agents de santé communautaire

II-3. Représentants des usagers

Tableau III: Données démographiques

	Effectif	Pourcentage(%)
Sexe (sex-ratio=4)		
Masculin	12	85,7
Féminin	2	14,3
Age (âgemoyen=44,60 ans, Ecart- type=8,22)		
[35-40[ans	4	28,6
[40-45[ans	3	21,4
>45 ans	7	50,0

La majorité des RU interrogée a plus de 45 ans.

Tableau IV: Répartition du mode de désignation des représentants des usagers

	Effectif	Pourcentage(%)
Vote	14	14
Total	14	100

Les RU sont désignés sous un mode de vote dans 100% des cas.

Tableau V: Répartition selon la durée du mandat des représentants des usagers

	Effectif	Pourcentage(%)
02 ans renouvelables	0	0
03 ans renouvelables	14	14
Total	14	100

La durée du mandat des RU est de 03 ans renouvelables.

Tableau VI: Répartition selon l'accès aux informations sur la gestion financière des membres responsables du COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	14	14
Non	0	0
Total	14	100

Les membres du COGES ont accès sur leur simple demande au relevé journalier des recettes et des dépenses.

Tableau VII : répartition selon le mode utilisé pour informer la communauté villageoise par rapport aux décisions du COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Griot du village	0	0
Réunion avec la communauté villageoise	14	100
Radio locale	0	0
Total	14	100

La réunion avec la communauté villageoise est le mode le plus utilisé par les RU pour faire passer les informations émanant du COGES.

Tableau VIII : Répartition selon la participation des usagers aux activités de COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	14	14
Non	0	0
Total	14	100

Les usagers participent aux activités de santé organisées par le COGES.

Tableau IX : Répartition selon que les usagers font des remarques et suggestions pour le bon fonctionnement du COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	14	100
Non	0	0
Total	14	100

La plupart des RU affirment qu'il existe toujours des remarques et suggestions de la part des usagers pour le bon fonctionnement de leur Centre de Santé.

Tableau X: répartition des sources de revenus du COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Actes de santé (consultations, petites chirurgies ect.)	14	100
Vente de documents	0	0
Dons	0	0
Total	14	100

Les actes de santé (consultations, petites chirurgies etc) constituent les seules sources de revenus des COGES.

II-4. Personnel de santé au niveau rural

Tableau XI: Données sociodémographiques

	Effectif	Pourcentage(%)
Sexe (sex-ratio=1)		
Masculin	6	75
Féminin	2	25
Age (âgemoyen=40 ans, Ecart- type=6,98)		
30-40 ans	3	37,5
40 ans et plus	5	62,5

La majorité du personnel de santé est de sexe masculin et a plus de 40 ans.

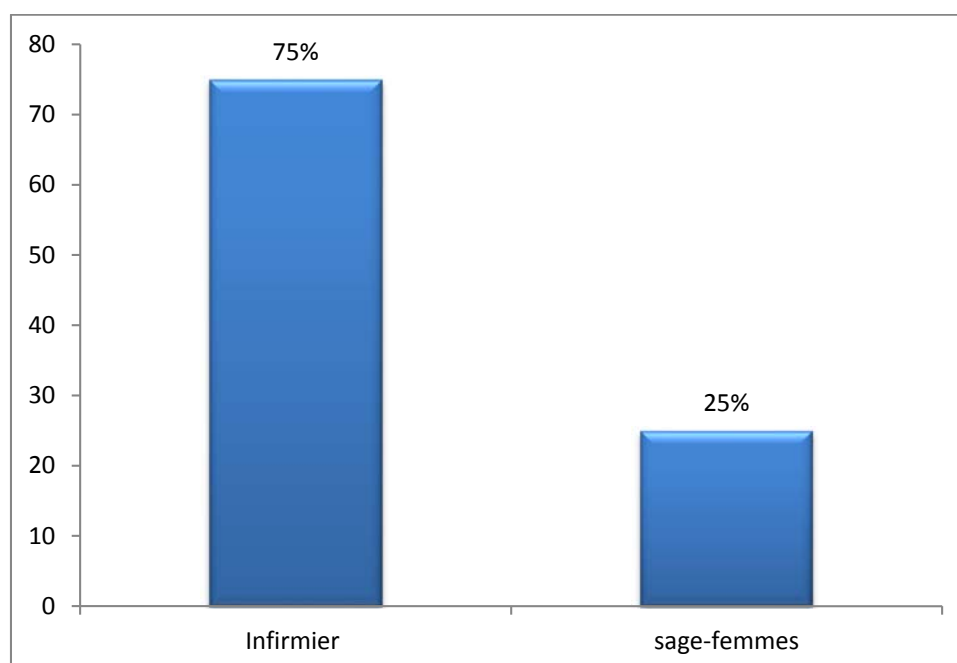


Figure 2: Fonction du personnel de santé du COGES rural

Les infirmiers constituent la grande majorité du personnel de santé rural.

Tableau XII: Rémunération des membres du COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	0	0
Non	8	100
Total	8	100

Les membres du COGES ne sont pas rémunérés. Ils font du bénévolat.

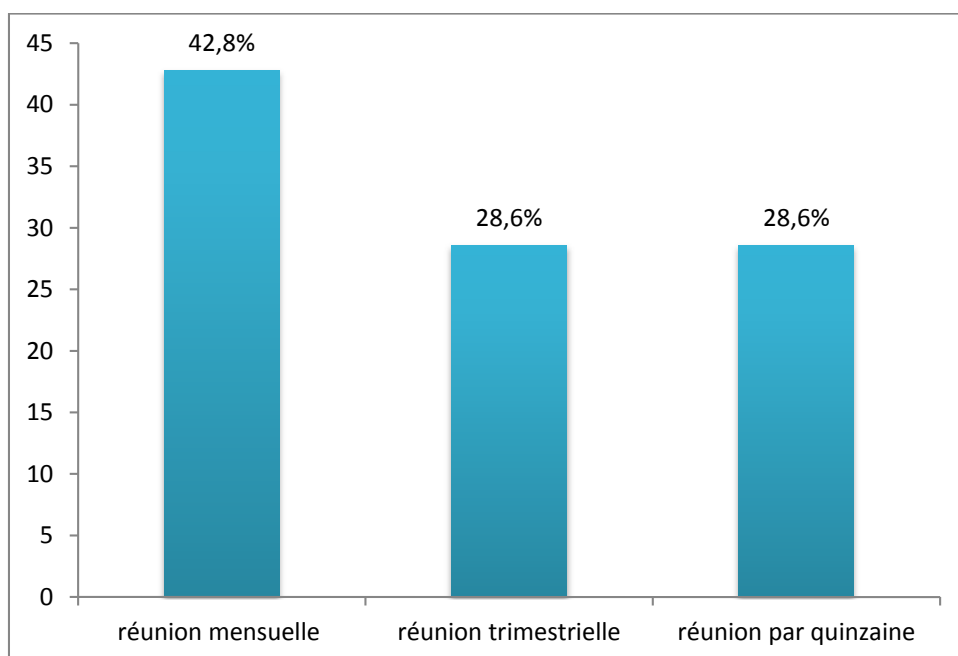


Figure 3: Répartition selon la périodicité des réunions du COGES par localités

Dans 42,8% des localités, les réunions se tiennent mensuellement.

Tableau XIII: Répartition de réunions et procès verbaux tenu dans en 2013

Nombre de localités	Nombre de réunions	Nombre de PV
1	3	3
1	4	4
1	6	6
1	8	8
3	7	7

Le nombre de réunions varie en fonction de chaque localité. Les réunions sont toujours accompagnées de procès verbaux.

Tableau XIV: Répartition selon la connaissance de l'existence des statuts et règlements intérieurs du COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	8	100
Non	0	0
Total	8	100

Tous les COGES possèdent en leur sein des statuts et règlements intérieurs pour leur bon fonctionnement.

Tableau XV: Répartition selon que le quorum est toujours atteint lors des réunions du COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	8	100
Non	0	0
Total	8	100

Le quorum est toujours atteint dans les réunions des COGES.

Tableau XVI: Répartition selon que les plaintes et suggestions des usagers sont relayées par les représentants des usagers lors des réunions du COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	8	100
Non	0	0
Total	8	100

Les RU relayent les remarques et suggestions des usagers lors des réunions.

Tableau XVII: Répartition selon que les représentants des usagers veillent à l'entretien des locaux et environs du Centre de Santé

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	8	100
Non	0	0
Total	8	100

Les RU veillent à l'entretien des locaux et environs de la FSR.

II-5. Les villageois

Tableau XVIII: Données sociodémographiques

	Effectif(n=200)	Pourcentage(%)
Sexe (sex-ratio=1,98)		
Masculin	133	66,5
Féminin	67	33,5
Age (âgemoyen=36,26 ans, Ecart- type=10,3) (Min=18 ans Maxi=65 ans)		
[18-25[ans	19	9,5
[25-32[ans	58	29,0
[32-39[ans	55	27,5
[39-46[ans	28	14,0
[46-53[ans	22	11,0
≥53 ans	18	9,0

Notre population d'étude est composée en majorité par les hommes avec 66,50% de l'échantillon. Les tranches d'âge comprises entre [25-32] ans et [32-39] ans sont les plus rencontrées.

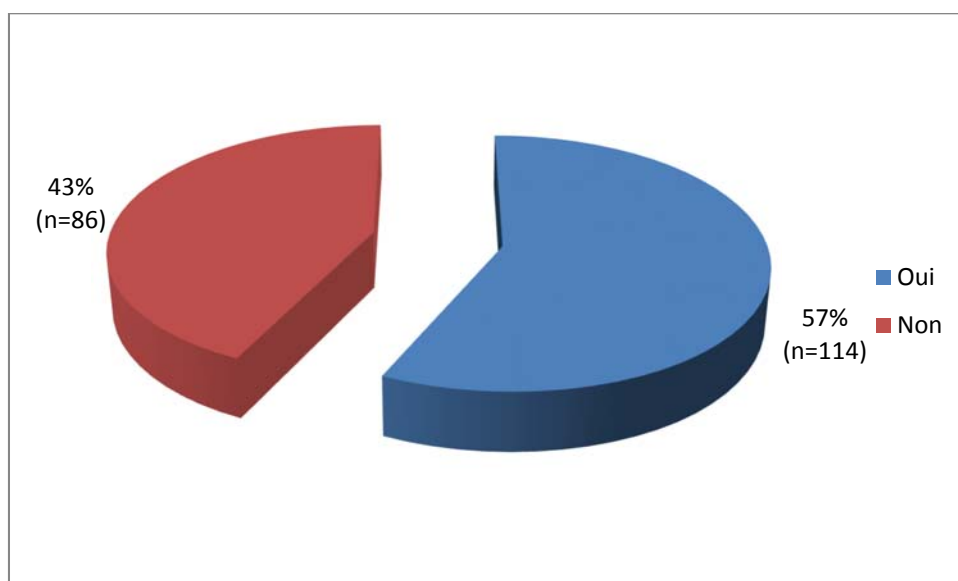


Figure 4: Répartition des villageois selon la connaissance du rôle du COGES

La majeure partie de la population (soit 57% de l'échantillon) a une bonne connaissance du rôle du COGES.

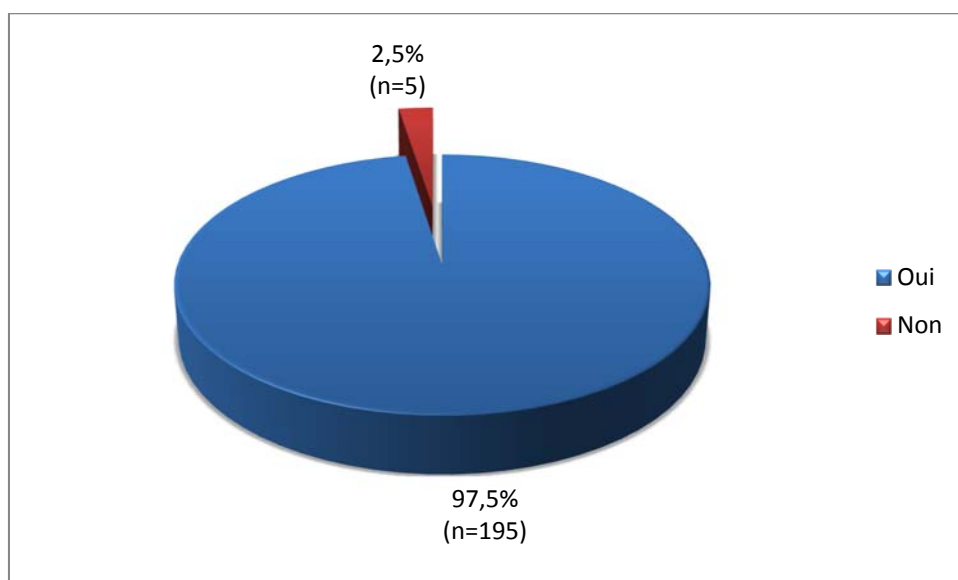


Figure 5: Répartition des comités villageois selon la connaissance de l'existence du COGES

L'existence du COGES est connue presque de tous (soit 97,5% de l'échantillon savent que le COGES existe).

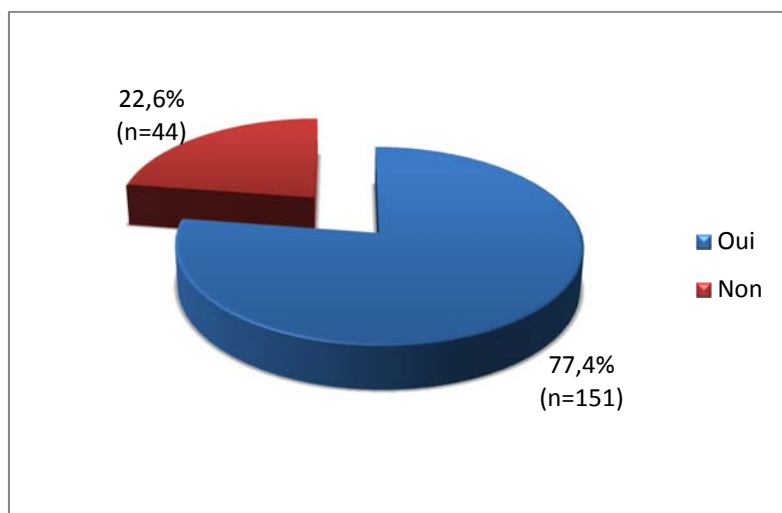


Figure 6: Répartition selon la connaissance des membres du COGES par les villageois

Les membres du COGES sont connus par la grande majorité de la population (soit 77,4% de l'échantillon).

Tableau XIX: Répartition selon le mode d'information des actions du COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Radio local	0	0
Griot	0	0
Réunion avec la communauté villageoise	195	100

La population est informée des actions et décisions du COGES au cours des réunions de la communauté villageoise avec le bureau du COGES.

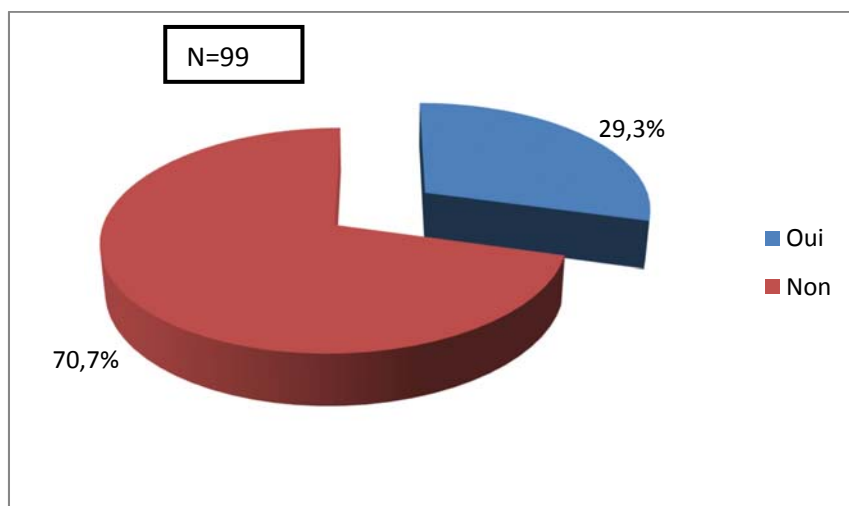


Figure 7: Répartition des villageois selon qu'ils font des suggestions au COGES

29,3% des villageois ont déjà une fois faire des suggestions au COGES pour le bon fonctionnement de la FSR.

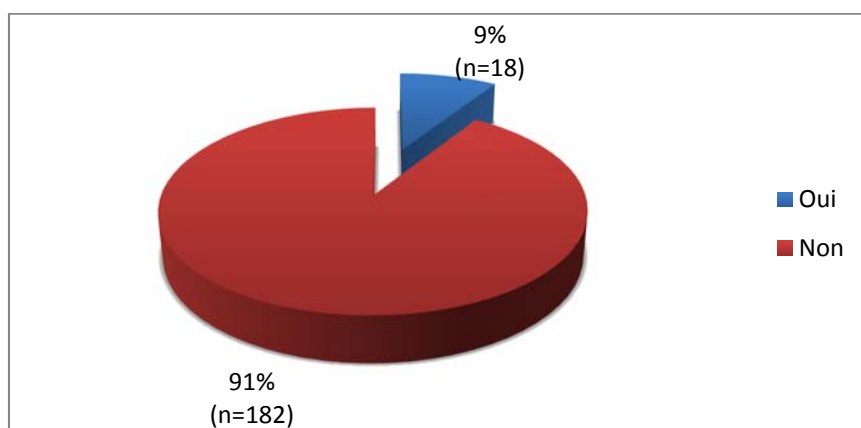


Figure 8: Connaissance des villageois des autres moyens de participation pour le bon fonctionnement du COGES

Seulement 18 soit 09% des villageois proposent d'autres dispositifs de participation des usagers au bon fonctionnement de leur FSR.

Tableau XX: Répartition des villageois selon le mode de participation évoqué pour une bonne participation des usagers dans les COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Renouvellement permanent des membres du COGES	2	11,1
Collaboration avec la médecine traditionnelle	7	38,9
Tisser des partenariats avec des ONG	9	50
Total	18	100

Le partenariat avec des ONG est le mode de participation le plus évoqué ensuite vient celui de la collaboration avec la médecine traditionnelle.

Tableau XXI: Repartition par sexe de la population sur leur connaissance du COGES

ITEMS DE L'ENQUETE		Sexe		signification <i>p</i>
		HOMMES	FEMMES	
Connaissance de l'utilité du COGES.	Oui	78 (68.42%)	36 (31.58%)	0,60 (NS)
	Non	55 (63.95%)	31 (36.05%)	
Connaissance de l'existence du COGES.	Oui	128 (65.64%)	67 (34.36%)	0,12* (NS)
	Non	05 (100%)	00 (00%)	
Connaissance des membres du COGES.	Oui	102 (67.55%)	49 (32.45%)	0,39(NS)
	Non	26 (59.10%)	18 (40.90%)	
Avoir fait des suggestions au COGES.	Oui	29 (100%)	00 (00%)	0,00010* (S)
	Non	41 (58.57%)	29 (41.43%)	
Connaissance des autres moyens de participation.	Oui	11 (78.57%)	03 (21.43%)	0,29* (NS)
	Non	67 (67%)	33 (33%)	

*S : significatif NS : non significatif * : Test exact de Fisher*

La différence était significative pour l'item avoir fait des suggestions au COGES. Les hommes faisaient plus de suggestions au COGES ($p < 0,05$)

RESULTATS COGES URBAIN

III-ANALYSE DES RESULTATS OBTENUS AU PRES DU COGES URBAIN

Le COGES de l'HG de Taabo est composé comme suit :

- Le sous-préfet ou son représentant qui assure la présidence ;
- Le Directeur du District Sanitaire de Tiassalé ou son représentant qui assure le secrétariat ;
- Le Directeur de l'HG de Taabo ;
- Le médecin-chef ;
- Un représentant du corps médical ;
- Un représentant du corps paramédical ;
- Deux élus locaux (représentants de la mairie) ;
- Le trésorier départemental ;
- Deux représentants de la jeunesse communale ;
- Deux représentantes des femmes.

III-1-Personnel de santé appartenant au COGES

Tableau XXII: Données sociodémographiques

	Effectif	Pourcentage(%)
Sexe		
Masculin	4	100
Féminin	0	0
Age (âgemoyen=40,26 ans, Ecart- type=6,98)		
40-50 ans	3	75
50 ans et plus	1	25

Le personnel de santé appartenant au COGES est de sexe masculin et l'âge moyen est de $40,26 \pm 6,98$ ans.

Tableau XXIII: Fonction du personnel de santé

	Effectif	Pourcentage(%)
Directeur général de l'Hôpital	1	25
Médecin- chef	1	25
Représentant du corps médical	1	25
Représentant du corps paramédical	1	25
Total	4	100

Le Directeur et le Médecin-chef sont des membres à voix consultative.

Informations recueillies auprès du personnel de santé appartenant au COGES :

Le personnel de santé juge les RU assez impliqués, ils accordent un grand intérêt aux réunions du COGES. Les RU posent les préoccupations de la population lors des réunions de COGES.

Toutes leurs préoccupations sont prises en compte dans l'élaboration du budget prévisionnel annuel de l'Hôpital.

Les critiques de la population sont souvent d'ordre organisationnel. Par exemple, ils souhaiteraient qu'il y ait des tableaux pour indiquer les chambres où se trouveraient les malades, afin de faciliter la tâche aux personnes qui visitent les malades.

Pour l'année 2013, Le COGES s'est réuni une seule fois pour le bilan d'activités et l'approbation du budget prévisionnel annuel de l'année 2014.

L'approbation du budget se fait par acclamation de l'assemblée. La réunion est sanctionnée par un procès-verbal établi dans un délai de 08 jours suivant la réunion.

Pour une bonne participation de la population à la vie de l'Hôpital, celle-ci est invitée par l'administration de l'Hôpital à poser ses préoccupations en s'adressant directement au médecin-chef ou au Directeur de l'Hôpital (via son secrétariat).

En cas de litige, le problème se règle au niveau de l'administration à l'amiable avec le concerné.

III-2. Personnel de santé n'appartenant pas au COGES urbain (n=29)

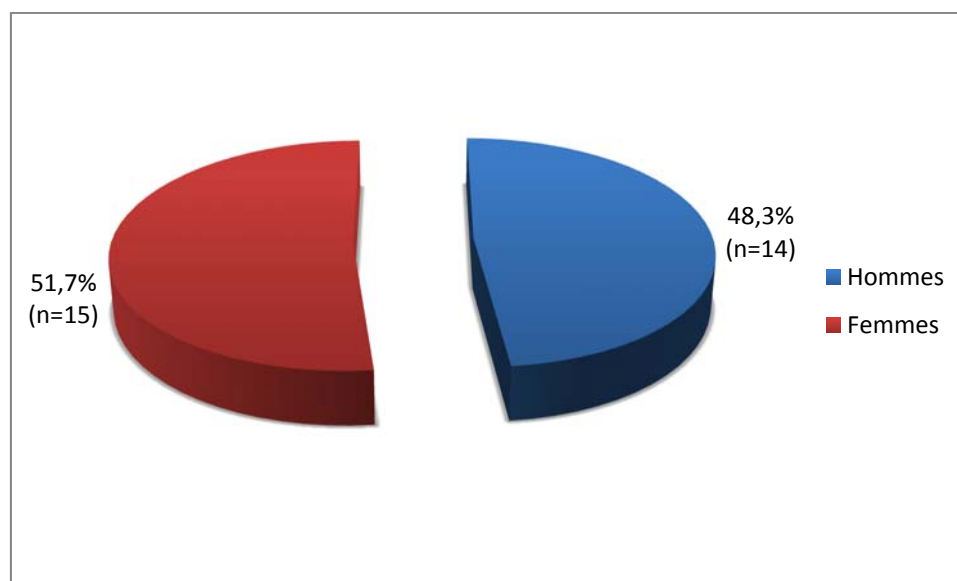


Figure 9: Répartition selon le sexe

Au total, nous avons interrogés **29 agents** de santé dont **14 hommes** et **15 femmes**, soit un sex-ratio de 0,93.

Tableau XXIV: Répartition de l'âge du personnel de santé

TRANCHE D'AGE (ans)	Effectif	Pourcentage(%)
[22-29[	5	17,2
[29-36[	10	34,5
[36-43[	6	20,7
[43-50[	5	17,2
≥50	3	10,3
Total	29	100

L'âge moyen était de 35,6 ans avec un écart-type de 10,51.

Tableau XXV: Fonction du personnel de santé n'appartenant pas au COGES de l'Hôpital

	Effectif	Pourcentage(%)
Agents d'hygiène	9	31,0
Infirmiers d'Etat	7	24,1
Sages- femmes	3	10,3
Aides-soignants (es)	3	10,3
Médecin-chirurgien	1	3,4
PGP	1	3,4
Caissière en pharmacie	1	3,4
Conseillère dépistage VIH/SIDA	1	3,4
technicien supérieur de santé	1	3,4
surveillant général	1	3,4
Econome de l'HG	1	3,4
Total	29	100,0

Les agents d'hygiène et les infirmiers d'Etat constituent la majorité de notre échantillon.

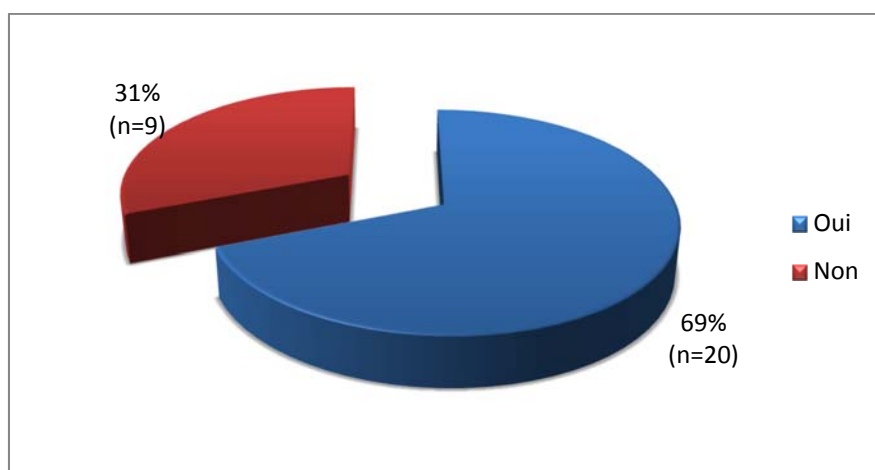


Figure 10: Connaissance du personnel de santé de l'existence du COGES de l'Hôpital Général

Le COGES est connu par la majorité du personnel de santé (soit 69% de l'échantillon).

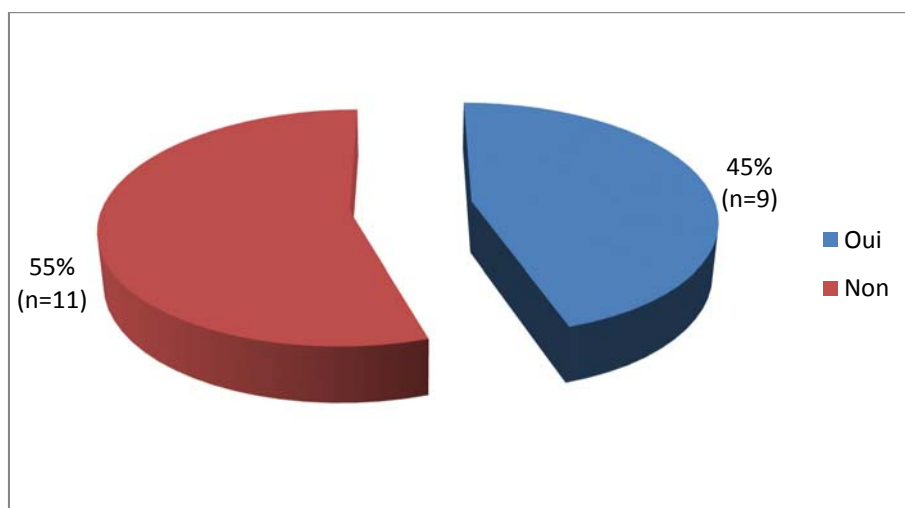


Figure 11: Connaissance des membres du COGES

Parmi le personnel de santé qui connait l'existence du COGES, Plus de la moitié (soit 55%) ne connait pas les membres du COGES.

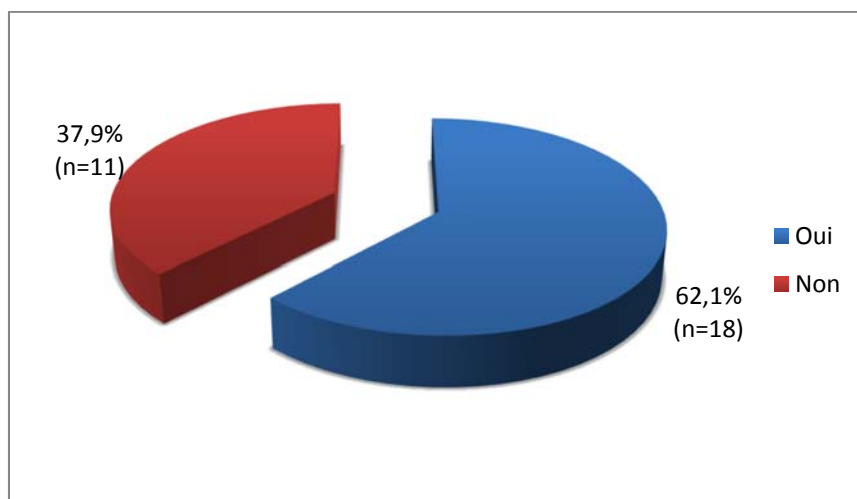


Figure 12: Connaissance du personnel de santé de l'utilité du COGES au sein d'un Hôpital

La majorité du personnel de santé (soit 62,1%) a une bonne connaissance de l'utilité du COGES de l'Hôpital.

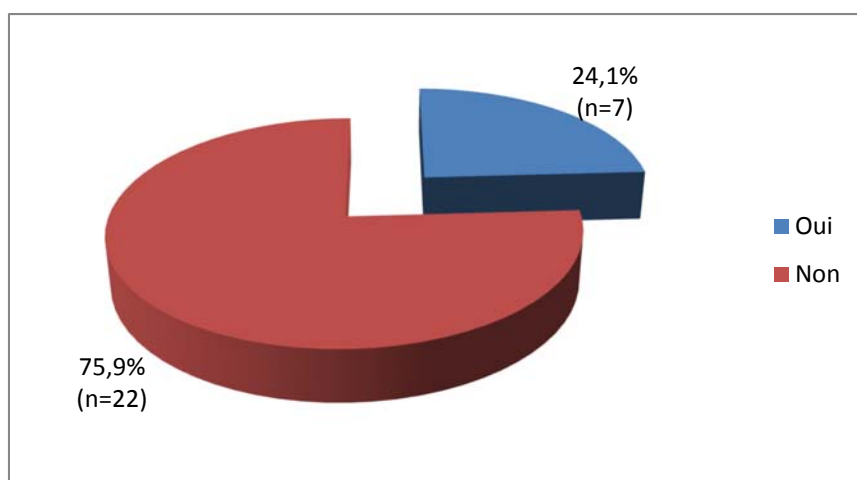


Figure 13: Connaissance du personnel de santé sur les autres moyens de participation des usagers hors mis le COGES.

24,1% du personnel de santé connaissent d'autres moyens de participation des usagers au bon fonctionnement de l'Hôpital hors mis le COGES.

La boîte à suggestions est la seule à être préconisée comme autre moyen de participation.

III-3. Représentants des usagers

Les RU sont :

- 02- élus locaux de la commune de Taabo
- 02- représentantes des femmes
- 02- représentants des jeunes

Tableau XXVI: Données sociodémographiques

	Effectif	Pourcentage(%)
Sexe		
Masculin	4	66,6
Féminin	2	33,4
Age (âgemoyen=40,1 ans, Ecart- type=6,1)		
40-50 ans	4	66,6
50 ans et plus	2	33,4

La majorité des représentants des usagers a plus de 40 ans.

Informations recueillies auprès des représentants des usagers:

Avant la réunion du COGES, Les RU ont en leur possession un document du bilan d'activités de l'Hôpital qui sera présenté et le budget prévisionnel annuel.

Tous les points de l'ordre du jour sont connus d'avance et chacun examine avec soin le rapport d'activités afin d'apporter ses critiques et suggestions.

Les plaintes de la population sont aussi exposées au cours de la réunion. Les représentants des jeunes et des femmes proviennent de l'association de la jeunesse et des femmes de la commune.

Pour la réunion du COGES, l'on fait crier un griot pour informer toute la population de la tenue de la réunion du bureau du COGES de l'Hôpital.

La réunion est ouverte à tout le monde. Pour les villages environnants, chaque village désigne un représentant afin que, celui-ci puisse relayer les informations découlant de la réunion auprès de ses pairs.

A l'Hôpital, les patients et leurs proches peuvent directement voir le médecin-chef ou le secrétariat du Directeur de l'Hôpital pour tout problème rencontré. Cette option est la seule alternative mise en place par l'Hôpital.

III-4. Les usagers urbains

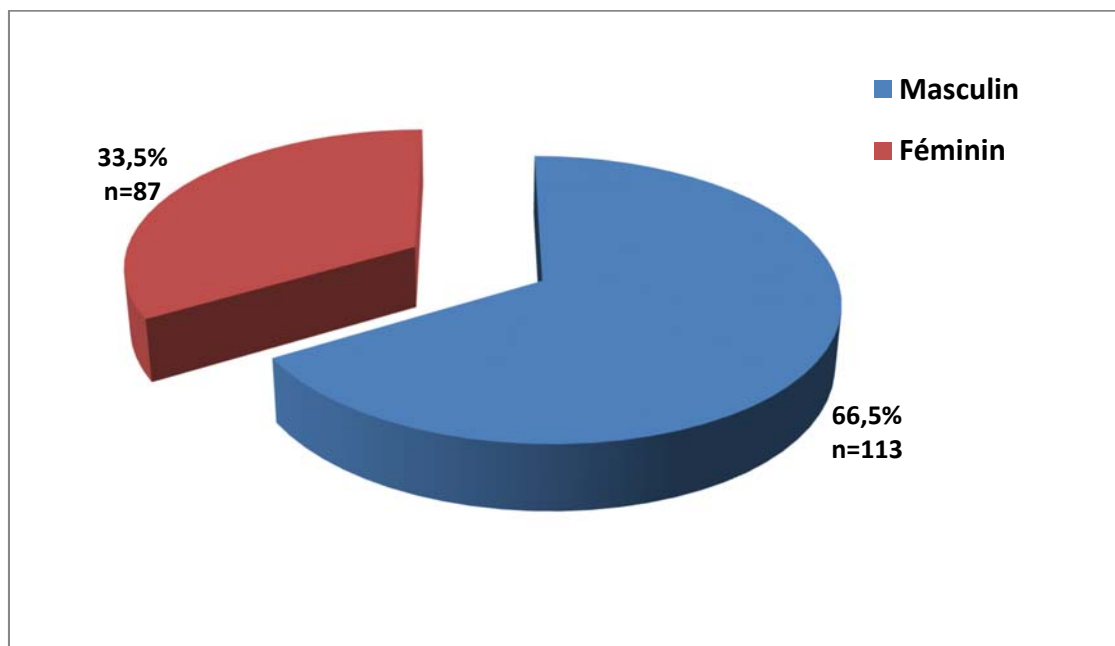


Figure 14 : Répartition des usagers urbains selon le sexe

Notre population d'étude est représentée par 113 hommes et 87 femmes soit un sex-ratio de 1,52.

Tableau XXVII: Répartition selon l'âge

TRANCHE D'AGE (ans)	Effectif	Pourcentage(%)
[18-25[	14	7,0
[25-32[	41	20,5
[32-39[	72	36,0
[39-46[	50	25,0
[46-53[	12	6,0
≥53	11	5,5
Total	200	100

L'âge moyen était de 36,38 ans avec écart type de 8,33, avec des extrêmes allant de 18 à 60 ans.

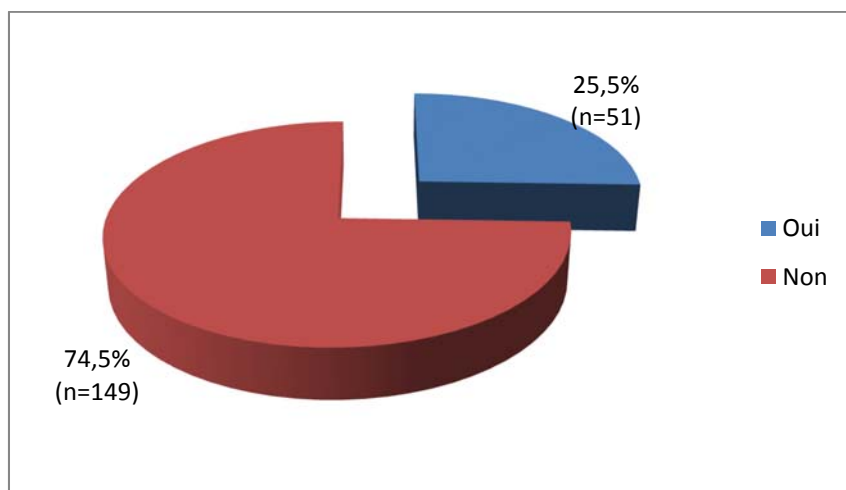


Figure 15: Connaissance des usagers de l'existence du COGES

25,5% des usagers savent l'existence du COGES de l'Hôpital.

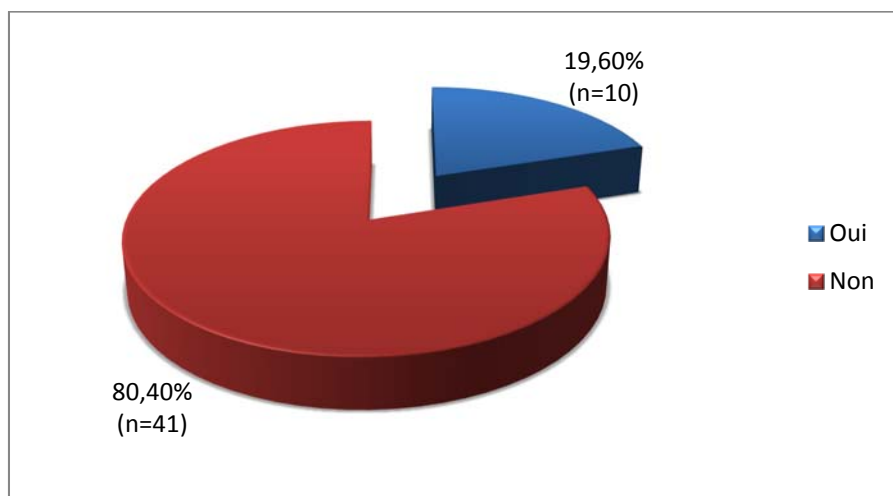


Figure 16: Connaissance des membres du COGES

Seulement 19,60% des usagers connaissent les membres du COGES.

Tableau XXVIII: Connaissance des décisions et informations provenant du COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	4	7,84
Non	47	92,16
Total	51	100

Seulement 7,84% des usagers urbains ont connaissance des informations provenant du COGES.

Tableau XXIX: Connaissance du rôle du COGES

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	39	19,5
Non	161	80,5
Total	200	100

19,5% des usagers connaissent l'utilité du COGES.

Tableau XXX: Connaissance du COGES comme dispositif de participation au fonctionnement de l'Hôpital

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	11	5,5
Non	189	94,5
Total	200	100

5,5% des usagers savent qu'ils peuvent participer au bon fonctionnement de l'Hôpital à travers le COGES via les membres du bureau.

Tableau XXXI: Connaissance des autres moyens de participation au fonctionnement des établissements de santé

	Effectif	Pourcentage(%)
Oui	5	2,5
Non	195	97,5
Total	100	100

2,5% des usagers ont proposés d'autres moyens de participation des uagers.

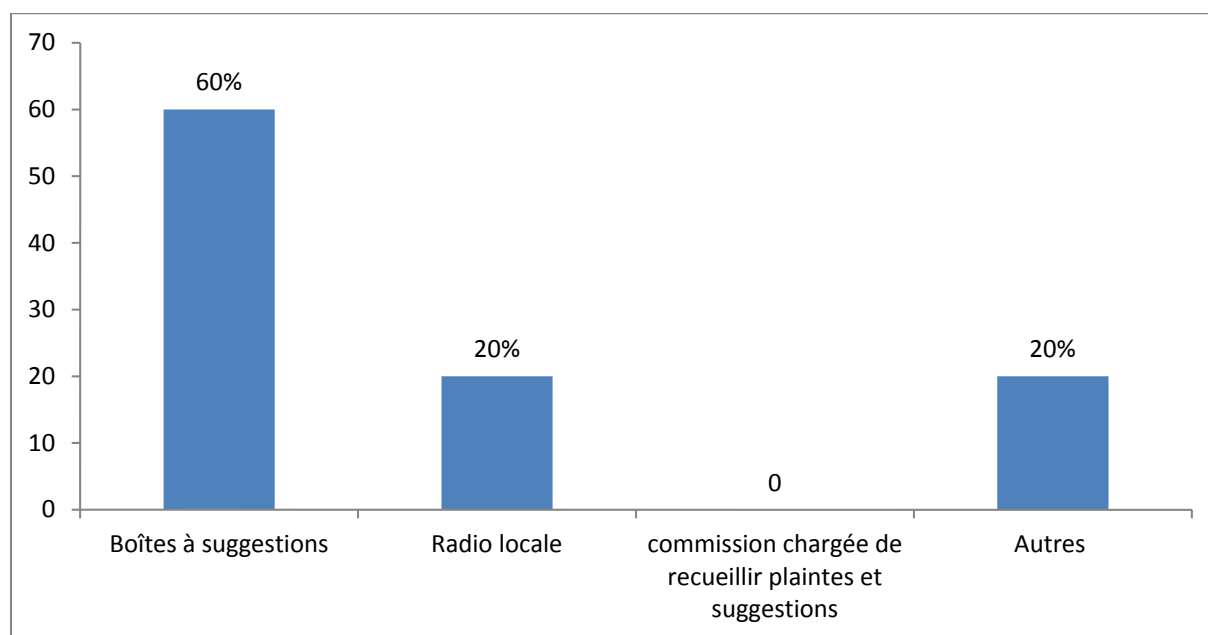


Figure 17: Choix des recommandations au bon fonctionnement des COGES

Les boîtes à suggestions constituent 60% des propositions.

Tableau XXXII: Répartition par sexe de la population sur leur connaissance du COGES.

ITEMS DE L'ENQUETE		Sexe		signification <i>p</i>
		HOMMES	FEMMES	
Connaissance de l'existence du COGES de l'Hôpital.	Oui	31(62%)	19 (38%)	0,45(NS)
	Non	82 (54.67%)	68 (45.33%)	
Connaissance des membres du COGES.	Oui	07(70%)	03 (30%)	0,42*(NS)
	Non	24 (60%)	16 (40%)	
Connaissance de l'utilité du COGES.	Oui	28 (68.29%)	13 (31.71%)	0,12(NS)
	Non	85 (53.46%)	74(46.54%)	
Connaissance du COGES comme dispositif de participation des usagers.	Oui	08 (66.67%)	04 (33.33%)	0,58 *(NS)
	Non	20 (68.97%)	09 (31.03%)	
Connaissance des autres moyens de participation.	Oui	03 (100%)	00 (00%)	0,25*(NS)
	Non	05 (55.56%)	04 (44.44%)	

*NS : non significative * : Test exact de Fisher*

L'analyse du tableau nous montre qu'il n'existe pas une différence significative dans les réponses aux différents items dans les deux populations ($p > 0,05$).

DISCUSSION

I- CONTENU DES TEXTES LEGISLATIFS IVOIRIENS SUR LA PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE.

Les textes ivoiriens déterminent le COGES comme dispositif permettant aux usagers de participer au bon fonctionnement des EPS ; cependant, beaucoup d'insuffisances sont relevées, notamment au niveau primaire et secondaire des établissements urbains de la pyramide sanitaire. En effet, Les textes restent muets sur certains points :

- Le dispositif de gestion des plaintes et réclamations des patients et leurs proches,
- L'évaluation de la satisfaction des usagers sur la qualité des soins.

Il faudrait remédier à ces insuffisances, afin d'apporter un plus dans l'amélioration des performances du système Sanitaire Ivoirien.

En France par exemple, La loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a mis en place, dans les établissements de santé publics et privés, La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) [50].

La création de cette Commission est en fait l'aboutissement de toute une démarche initiée à la fin des années 1980 époque à laquelle s'est développé le sentiment qu'il était important de prévenir les litiges au sein des établissements et de prendre en compte la parole des usagers.

La CRUQPC permet de renforcer le sentiment pour l'utilisateur que sa plainte, ses observations, voire ses éventuelles propositions sont prises en compte par l'établissement. La CRUQPC est un lieu d'impulsion des bonnes pratiques et favorise l'émergence de toutes initiatives visant à améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge et de l'accueil des patients et proches.

Dans les textes législatifs ivoiriens, il est prévu que le COGES se réunisse au moins quatre (04) fois par an en séance ordinaire sur convocation de son président et autant que de besoin en séance extraordinaire, mais dans la pratique,

le COGES ne se réunit qu'une seule fois dans l'année pour approuver le bilan d'activités et soutenir le budget prévisionnel annuel. Cette réunion ne suffit pas à elle seule étudier toutes les préoccupations et suggestions des usagers ; et même si elle suffisait à elle seule de régler toutes les préoccupations, il est important de répondre aux plaintes et remarques des usagers au quotidien.

L'idéal serait donc qu'un cadre de gestion des plaintes des patients et leurs proches et d'évaluation de la satisfaction des usagers soit mis en place par les textes de lois, même si cela se fait déjà de façon informel dans les établissements de santé, afin de donner légitimité et force à de tels espaces.

La formation des RU n'est mentionnée dans aucun texte législatif Ivoirien, or il est important que le RU soit formé afin d'avoir plus de crédit aux yeux des professionnels de santé [12].

Les membres du COGES doivent donc être formés à la notion d'administration d'une structure sanitaire dans un esprit constructif. Pour Véronique Ghadi et Sylvia Lacombe [28], Il s'agit de donner aux RU les moyens de prendre part aux débats en bénéficiant d'une connaissance suffisante de l'environnement global et de thématiques spécifiques et surtout, de participer très activement à l'amélioration du système de santé. Il n'est pas exclu que le professionnel de santé ne puisse pas apprendre aussi de l'utilisateur. Ceci peut se voir avec le cas de l'éducation thérapeutique. Il s'agit là d'une rencontre entre des savoirs techniques et des savoirs expérientiels. Les malades sont porteurs de la connaissance collective de la maladie construite à partir de la somme d'expériences individuelles. Le professionnel peut et doit continuer d'apprendre du profane. L'enjeu de la formation des représentants des usagers est de <<faire vivre la démocratie sanitaire>>.

En France, le décret n°2005-300 du 31 Mars 2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique, dans son article L.1114-1 donne droit aux RU de se former [28].

Face à une parole << organisée >> des professionnels, la parole << ordinaire >> du profane se disloque. Il est donc nécessaire d'outiller cette parole, de lui permettre une montée en généralité, une mise en mots qui la rende << audible >> sur le terrain professionnel. Par la formation, le RU étaye ses postures et ses savoirs qui lui permettront de tenir la juste place à la juste distance [28].

Il faudra donc renforcer les textes de lois ivoiriens afin de donner aux usagers, une plus grande implication dans l'animation et le fonctionnement des établissements de santé.

II- EVALUATION DE LA PARTICIPATION DES USAGERS AU FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE DE LA SOUS PREFECTURE DE TAABO.

La volonté de s'impliquer au bon fonctionnement de son Centre de Santé peut être souvent manifeste mais se faire une opinion valide à tout ce qui attrait au domaine du secteur sanitaire est parfois difficile [15] ; ceci justifie les faibles proportions obtenues au niveau rural (29,3% de suggestions et 09% de connaissance des autres dispositifs de participation).

Le vote comme mode de désignation des membres du COGES au niveau rural (président, trésorier, commissaire aux comptes) est un bel exemple de participation des usagers et cela sous-entend une transparence dans la gestion du Centre de Santé. ASSUKULU [62] trouve aussi ce même mode de vote pour tout membre appartenant au COGES.

Les réunions de COGES ne sont pas tenues régulièrement comme il le faut. KOUAKOU N'da [38] à Agnibilékro relève la tenue des réunions dans 80,80% des cas. Considérant les réunions comme cadre idéal de prise de décision pour la bonne marche des COGES, la non tenue des réunions pourrait être un frein au bon fonctionnement du COGES.

Au niveau urbain, les faibles proportions obtenues avec les usagers, nous montrent clairement que le COGES de l'Hôpital est méconnu de la population. Une campagne d'information et de sensibilisation sur le COGES doit être faite à l'endroit de la population afin que ce dispositif soit connu pour une véritable participation de la population.

Le COGES a-t-il, à lui seul réussi à atteindre les objectifs de la participation communautaire ?

La création d'un autre type de dispositif de participation des usagers ne serait-elle pas envisageable ?

De telles questions méritent d'être répondues.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, nous faisons les recommandations suivantes pour une véritable implication des usagers au bon fonctionnement des Structures Sanitaires de la sous- préfecture de Taabo.

- **A L'ETAT IVOIRIEN :**

- ▶ Former les membres du COGES à l'animation et à la gestion d'une Structure Sanitaire;
- ▶ Donner un statut aux membres du COGES ;
- ▶ Prévoir un intéressement financier pour les membres du COGES.
- ▶ Réduire la durée du mandat des membres des COGES ruraux à deux (02) ans renouvelables afin d'éviter le laxisme.

- **AU DISTRICT SANITAIRE**

- ▶ Sensibiliser la population sur l'importance et l'utilité des COGES;
- ▶ Expliquer le fonctionnement des COGES des Centres de Santé à la population;
- ▶ Superviser régulièrement les membres de COGES de sorte à créer les conditions d'une grande motivation dans leur travail;
- ▶ Faire connaître aux membres de COGES les textes qui régissent les COGES.

- **AUX MEMBRES DES COGES**

- ▶ Se rendre véritablement disponible pour les activités du COGES;
- ▶ Avoir de bonnes relations avec le personnel de santé;
- ▶ Inviter la communauté villageoise à une large implication aux problèmes des Centres de Santé Ruraux.
- ▶ Etre d'avantage au contact avec la population pour se faire connaître et recueillir leurs suggestions et remarques pour le bon fonctionnement des Centres de Santé.

CONCLUSION

Au terme de notre étude sur La participation des usagers au fonctionnement de l'HG de Taabo et des CSR qui y sont rattachés, avec comme objectif général : évaluer la participation des usagers au fonctionnement des EPS de la sous- préfecture de Taabo, nous avons obtenus des résultats non superposables. Pour mener à bien notre thème de recherche, nous avons procedés à une étude transversale à visée descriptive. Des guides et des questionnaires ont été établis pour le recueil des données.

Au niveau de l'HG de Taabo, sur les 200 usagers constituant notre échantillon, seulement 25,5% des usagers savent l'existence du COGES de l'Hôpital et 19,5% pour l'utilité du COGES. 5,5% des usagers urbains de notre échantillon savent qu'ils peuvent participer au bon fonctionnement de l'Hôpital à travers le COGES via les membres du bureau.

Quant au niveau des CSR, sur les 200 usagers de notre échantillon, 97,5% savent qu'un COGES existe dans leur Centre de Santé.

La majeure partie des usagers ruraux (soit 57% de l'échantillon) a une bonne connaissance de l'utilité du COGES. Le pourcentage des usagers ruraux de notre échantillon ayant déjà une fois faire des suggestions au COGES pour le bon fonctionnement de la FSR est de 29,3%.

Ces différents résultats nous révèlent que la faible utilisation du COGES par la population comme moyen pour apporter leurs avis et suggestions pour le bon fonctionnement de leurs Centres de santé semble etre due en partie liée soit à un taux élevé d'analphabétisme au sein de la population, soit à un non interressement de la vie de leur Centre de Santé ou soit à considérer l'Hôpital comme un lieu hautement professionnel et technique.

Les autorités compétentes doivent donc apporter des reformes au sein des COGES et le vulgariser au près de la population car les mutations de la médecine et les transformations de la société appellent à un véritable partenariat entre tous les acteurs de la santé.

La fonction de RU pourrait faire l'objet de campagnes de communication de la part des pouvoirs publics pour mieux faire connaître ce rôle à la population.

La formation des professionnels de santé en démocratie sanitaire peut être une priorité en formation continue.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Agathocléous, Andréas. De la prise en compte de l'utilisateur à la performance globale. *BBF Paris T.* 43 n°1, 1997, 24-29p.
- 2- AG Iknane A et al. La santé communautaire au Mali: Acquis, enjeux et perspectives après deux décennies de mise en œuvre. *MALI SANTE PUBLIQUE*, 2011, TOME 1, n° 001, 39-48p.
- 3- Alain Letourmy. La santé rendue aux usagers ? *SANTÉ, SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ* n°2, 2009, 5-9p.
- 4- Alain Letourmy, Michel Naïditch. L'émergence de la démocratie sanitaire en France. *SANTÉ, SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ* N° 2, 2009, 15-22p.
- 5- Albertini L. « Association et participation des usagers », *Actualité et dossier en santé publique* n°68, septembre 2009, 15p.
- 6- Ardaud cécile et al. Hôpital et santé publique : réalité ou utopie ? *EHESP-Module interprofessionnel de santé publique-2007*, groupe n°30, 29p.
- 7-BIT, USAID, GTZ, ANMC. Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique : Plateforme d'Abidjan, 1998.
- 8- Bréchat et al. La participation des usagers aux politiques publiques régionales de santé. *adsp* n°44 septembre 2003, 61-66p.
- 9- Bréchat et al. Les usagers dans la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire, *Santé publique*, 2005, vol.17, n°1, 57-73p.
- 10- Brivette Isabelle et al. Démocratie sanitaire : place et rôle des usagers. *EHESP- Module interprofessionnel de santé publique- 2008*, groupe n°29, 33p.
- 11- Bury j. Education thérapeutique et démocratie sanitaire : du quotidien au politique, *Revue francophone de psycho-oncologie*, 2003, Paris, vol.2 n°4 ; 113-9p
- 12- Cécile Lothon-Demerliac et al. Un guide pour les représentants des usagers du système de santé. *Société française de santé publique*, août 2004, 129p.
- 13- Chevallier, J. Regards sur l'administré, in Chauvière, M., et Godbout, J.T., (sous la dir.), *Les usagers entre marché et citoyenneté*, L'Harmattan, Paris, 1992, 25-40p.
- 14-Commune de Taabo: Climat, végétation, hydrographie. (Consulté le 15 Août. 2014). <<http://www.rezoivoire.net/cotedivoire/communedetaabo.php>>
- 15- Damien Contandriopoulos. La participation publique : définitions, défis et usages. *SANTÉ, SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ*, n°2, 2009, 27-32p.

- 16-** Daniel Defert. « Du deuil à la lutte », Eric Favereau, Nos années Sida 25 ans de guerres intimes, La Découverte, 2005,65-76p.
- 17-** Demailly L. Usagers et mésusagers en santé mentale, in Cresson G., Schweyer F.-X., Les usagers du système de soins, éd. ENSP, Paris, 1999.
- 18-** Denis Bourque. « Participation et démocratisation dans un modèle de concertation et de partenariat territorial » Nouvelles pratiques sociales, vol.17, n°1,2004, 83-97p.
- 19-** Etienne Caniard. La Place des usagers dans le système de santé : rapport et proposition du groupe de travail, paris, La documentation française,2000, 61p.
- 20-** Fainzang, S. L'autonomie du malade : le droit de désobéir, Les cahiers du CCNE, n°44,2005.
- 21-** Falise M. La démocratie participative, Promesses et ambiguïtés, éditions de l'Aube 2003.
- 22-** Ferrand A. La place de l'utilisateur dans le système de soins. ARHRA, Forum : Les représentants des usagers partenaires des établissements de santé, Lyon 2001,7p.
- 23-** FHF Avril 2012. La « démocratie hospitalière » en marche. Grand angle.
- 24-** Fixari, D., Tonneau, D. La modernisation par recours aux mécanismes type marché, des effets à découvrir par une évaluation-apprentissage, le cas des nouveaux outils de gestion hospitalière, Revue Politiques et Management Public, vol.11, n°2, 1993,93-115p.
- 25-** Florent Chambaz. La participation des usagers à la définition de la politique d'un établissement de santé : le jury-citoyen au C.H.U de Nantes. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique,RENNES, Décembre 2002.
- 26-** Fourniau, J.-M. Transparence des décisions et participation des citoyens. *Techniques, Territoires et Sociétés*, 25 janvier 1996, n°31,9-47p.
- 27-** Ghadi V. Evolution et légitimité de la représentation des usagers dans le système de santé français. Actualité et dossier en santé publique 2009/09 ; vol.68, 18-20p.
- 28-** Ghadi V, Lacombe S. La place de la formation dans la représentation effective de l'utilisateur à l'hôpital. In : Tarbouriech D P et al. La démocratie sanitaire à l'hôpital : entre utopie et réalité ? Points de vue et rôles des auteurs du système de santé. Editions LAMARRE, France, fonction cadre de santé, 2013,19-38p.
- 29-** Groupe de travail. Qualité des soins et relation avec les usagers. Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, Projet Régional de Santé. Version du 07/10/2010.
- 30-** Gwénaëlle Maudet. « La "démocratie sanitaire" : penser et construire l'utilisateur » Lien social et Politiques, n° 48, 2002,95-102p.
- 31-** HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, La santé en France 2002, La documentation Française.

- 32-** Jean-michel Bruel et Annie Morin. *Rendre l'utilisateur acteur de la sécurité des soins : témoignage du CHU de Montpellier. Journée des associations- CHU de Nancy, 14 Mai 2013, 53p.*
- 33-** Jean-Pierre Deschamps. *Les enjeux de santé publique dans les pays en voie de développement. médecine/santé 2000 n°11, vol.16, novembre 2000, 1211-1217p.*
- 34-** Jean-pierre Deschamps. *Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé. Revue Environnement et santé publique, tome XXXIV n°11, février 1984.*
- 35-** Jean-pierre Girard et Isabelle Garon. *Les coopératives dans le domaine socio- sanitaire au Québec : état de la situation, chaire de coopération Guy-Bernier(UQAM), n°001-111, 43p.*
- 36-** Julia Abelson, Ph.D et John Eyles, Ph.D. *Participation du public et rôle des citoyens dans la gouvernance du système de santé canadien. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Etude n°7, juillet 2002, 32p.*
- 37-** Kaspar Jean. « La participation des usagers/clients/citoyens : une contribution essentielle pour la modernisation des services publics », in Kaspar Jean et al, *La participation des usagers/clients/citoyens au service publics*, Paris, La documentation française, Guide pratique, 2003, 9-11p.
- 38-** Kouakou N'da M. (2007), *promotion de la participation communautaire par le personnel infirmier et sage-femme du District Sanitaire d'Agnibilékro: la perception des populations bénéficiaires, 70p.*
- 39-** Lafore, R., *Droits d'usage, droit des usagers : une problématique à dépasser*, in *Les usagers entre marché et citoyenneté*, sous la dir. de Chauvière et Gotbout, Logiques sociales, L'Harmattan, 1992, 257-274p.
- 40-** Lascombes Pierre. *L'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction utile ?* In: *Politiques et management public*, vol.25 n°2, 2007,129-144p.
- 41-** Laude Anne. « Les médecins et les malades face au droit », *Revue française d'administration publique*, 2005/1 n°113, 113-120p.
- 42-** Laurent-Beq Anne et Pommier Jeanine. « Citoyens et démocratie sanitaire », *Santé Publique*, 2003/3 Vol. 15,309-312p.
- 43-** Lise Monneraud. *La démocratie sanitaire au milieu du gué ? Formes problématiques de prise de parole des usagers dans le système de santé français. Recherches en communication*, n° 32, 2009,87-102p.
- 44-** Madialé Birima NIANG. *Les finances des établissements publics de santé Mém. Online*, 2009, p38
- 45-** Marcolongo R et al. *Gérer le risque clinique avec le patient. Une contribution possible de l'éducation thérapeutique du patient*, *Gestions Hospitalières*, juin/juillet 2008 ; 417-22.

- 46-** Marie-Pascale Pomey et Véronique Ghadi. La participation des usagers au fonctionnement des établissements de santé : une dynamique encore à construire. *SANTÉ, SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ* N° 2, 2009, 53-61p.
- 47-** Martinent, E. La démocratie sanitaire, le service public de la santé et l'utilisateur, *Cahiers Hospitaliers*, n°183, octobre 2002,32-34p.
- 48-** Moquet-Anger. Le malade à l'hôpital public : client, usager et/ou citoyen ? *Revue générale de droit médical*, n°12, 2004,43-51p.
- 49-** Murielle-Natacha Mbouna. Analyser la participation des usagers à la gouvernance du système de santé : une perspective de la théorie des parties prenantes. France : Université Jean Moulin Lyon 3, 28 juin 2010, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion.
- 50-** Nicolas Brun. La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) : une commission qui mérite d'être connue. In : Tarbouriech D P et al. *La démocratie sanitaire à l'hôpital : entre utopie et réalité ? Points de vue et rôles des auteurs du système de santé*. Editions LAMARRE, France, fonction cadre de santé, 2013,99-107p.
- 51-** Noëlle Lenoir, Bertrand Mathieu. *Les normes internationales de la bioéthique*, PUF, 1998.
- 52-** OMS. *Prévention des maladies chroniques : Un investissement vital*. Copenhague, OMS, 2006 ; 200p.
- 53-** OMS, Bureau régional pour l'Europe, *Education thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques*, Copenhague, OMS, 1998,88p
- 54-** Participation des usagers dans les établissements de santé. Quelle évolution depuis 10 ans ? Colloque, Vendredi 9 mars 2012, Auditorium de la cité des sciences et de l'industrie, paris.
- 55-** Pochat H. « Une expérience de démocratie sanitaire : la participation des usagers à l'élaboration d'un projet d'établissement », *Revue Générale de Droit Médical* 2004/03, n° 12,53-60p.
- 56-** Racht-Darfeuille, V. La démocratie sanitaire... ou quand la forme l'emporte sur le fond, *Revue générale de droit médical*, n°12,2004.
- 57-** Schweyer, F.-X. Genèse et dimensions des usagers de l'hôpital public, in les usagers du système de soins, Ed. ENSP, Rennes, 2000, 37-54p.
- 58-** Sophie Buffet. Création d'un comité de représentants des usagers d'une maison de santé pluridisciplinaire: La parole aux usagers. France : université de FRANCHE COMTE, U.F.R des Sciences médicales et pharmaceutiques de BESANCON ; 25 janvier 2013. Thèse n° 13-004.

59- Steffen M. La santé : les bénéficiaires en dehors des réformes. In Warin Philippe (dir.), Quelle modernisation des services publics ? Les usagers au cœur des réformes. Paris, La Découverte, 1997,201-220p.

60- Tizio Stéphane, Flori Yves-Antoine. L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ?. In: Tiers-Monde. 1997, tome 38 n°152,837-858p.

61- Vincent Gérard. « Les réformes hospitalières », *Revue française d'administration publique*, 2005/1 n°113,49-63p.

62- www.google.ci: processus de la participation communautaire aux activités de soins de santé primaires dans le district du Sud Kivu en RDC. (Consulté le 28 Août 2014).

ANNEXES

GRILLE DE LECTURE DES TEXTES LEGISLATIFS IVOIRIENS

1 Quelle est la nature de ce texte législatif ?

Décret Arrêté Loi

2 Quelle est la date de publication de ce texte législatif ?

.....

3 Où a-t-il été publié ce texte législatif ?

Journal officiel de la République de Cote d'Ivoire

Autre

4 Quel est le type d'établissement de santé concerné ?

Urbain rural

5 Quel est le niveau de la pyramide sanitaire concerné ?

Primaire secondaire

6 Quelles sont les modalités de participation des usagers dans les établissements de santé relevées dans ce texte législatif ?

Comite de gestion (COGES)

Conseil de gestion

Autres

7 Quelles sont les thématiques sur lesquelles les usagers sont-ils autorisés à se prononcer ?

- Règlement intérieur
- Budget de l'établissement
- Qualité des soins
- Tarifs des prestations de soins
- Satisfaction sur les prestations de soins
- Autres

8 Quelles sont les modes de désignation des représentants des usagers siégeant dans les instances de décision de l'établissement ?

- Ayant droit
- Vote
- Autres

9 Quelles sont les insuffisances relevées dans les textes législatifs concernant la participation des usagers dans les établissements de santé ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES REPRESENTANTS DES USAGERS MEMBRES DU COGES RURAL

N° d'ordre : Date de l'entretien :/...../.....

Localité :

Type de formation sanitaire : CSR DR

1- Quelle est votre fonction au sein du COGES ?

.....

2- Comment sont désignés les représentants des usagers ?

- ▶ Vote.....
- ▶ Au cours d'une assemblée du village.....
- ▶ Par le chef du village.....
- ▶ Autre (à préciser).....

3- Quelle est la durée du mandat des représentants des usagers ?

- ▶ 02 ans renouvelables.....
- ▶ 03 ans renouvelables.....
- ▶ Autre (à préciser).....

4- Avez- vous accès, sur simple demande, au relevé journalier des recettes et des dépenses ainsi qu'au récapitulatif mensuel tenu par le responsable de la gestion financière ?

Oui Non

5- Comment informez-vous la communauté villageoise de tout ce que vous décidez ?

- ▶ Griot du village.....
- ▶ Réunion avec la communauté villageoise.....
- ▶ Radio locale.....

6- Les usagers participent- ils aux activités de santé organisés par le COGES ?

Oui Non

7- Les usagers font-ils des remarques et suggestions pour le bon fonctionnement du Centre de Santé du village ?

Oui Non

8- D'où proviennent les sources de revenus du COGES ?

- ▶ Actes de santé (consultations, petites chirurgies etc.).....
- ▶ Vente de documents (carnet mère-enfant, carnet de santé).....
- ▶ Dons.....
- ▶ Autre (à préciser).....

Age

Sexe M F

Merci de votre participation.

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE PERSONNEL DE SANTE AU NIVEAU RURAL

A lire avant de remplir le questionnaire.

Cette enquête a pour objectif d'évaluer la participation des représentants des comités villageois dans le fonctionnement des établissements de santé.

Nous vous remercions du temps que vous consacrez à cette enquête.

N° d'ordre :

Date de l'enquête :/...../.....

Type de formation sanitaire : CSR DR

1- Quelle est votre fonction dans cet établissement ?

- ▶ Infirmier ou infirmière.....
- ▶ Sage-femme.....
- ▶ Aide soignante.....

2- Qui sont les membres du COGES du Centre de Santé ? (nom et fonction)

.....
.....
.....
.....
.....

3- Les membres du COGES sont-ils rémunérés ?

Oui Non

3-a Si Oui, à hauteur de combien et comment ?

.....
.....

4- Quelle est la périodicité des réunions du COGES ?

- ▶ Réunion mensuelle.....
- ▶ Réunion trimestrielle.....
- ▶ Autre (à préciser).....

5- Combien de réunions avez- vous tenu dans l'année 2013 ?

.....

6- Etablissez- vous un procès verbal après chaque réunion du COGES ?

Oui Non

7- Combien de procès verbaux ont été rédigés dans l'année 2013 ?
.....

8- Avez- vous des statuts et règlements intérieurs au niveau du COGES ?

Oui

Non

9- Les membres du bureau sont-ils toujours au complet lors des réunions du COGES ?

Oui

Non

9-a Si Non, quelles sont les causes de cette démotivation ?

▶ Négligence des membres.....

▶ Absence de motivation financière.....

▶ Indisponibilité des membres.....

10- Les plaintes et suggestions des usagers sont-elles relayées par les représentants des usagers lors des réunions du COGES ?

Oui

Non

11- Les représentants des usagers, veillent-ils à l'entretien des locaux et des environs du Centre de Santé ?

Oui

Non

12- Connaissez- vous d'autres moyens de participation des usagers pour le bon fonctionnement du Centre de Santé ?

Oui

Non

13-a Si Oui, lesquels ? Citez-les

.....
.....
.....
.....

13- Comment se règle t-il un litige entre personnel de santé et usager ?

.....
.....

Age

Sexe M F

Merci de votre participation

QUESTIONNAIRE POUR LES USAGERS RURAUX.

N°d'ordre :.....

Date de l'entretien :..... /...../.....

Localité :.....

1- Connaissez-vous le rôle d'un COGES au sein d'un Centre de Santé ?

Oui

Non

2- Avez-vous connaissance de l'existence du COGES du Centre de Santé de ce village ?

Oui

Non

Si Non, passez à la question n°3.

2-a Si Oui, Connaissez- vous les membres de ce COGES ?

Oui

Non

2-b Si Oui, comment les membres du COGES vous informent de tout ce qu'ils décident et organisent ?

▶ Radio locale.....

▶ Griot.....

▶ Réunion avec la communauté villageoise

2-c Si Oui, avez- vous déjà une fois faire des suggestions au COGES, pour le bon fonctionnement du Centre de Santé de ce village ?

Oui

Non

3- Connaissez- vous d'autres moyens pour participer au bon fonctionnement du Centre de Santé de ce village ?

Oui

Non

3-a Si Oui, lesquels ? Citez-les.

▶ Renouvellement permanent des membres du COGES.....

▶ Boîtes à suggestions.....

▶ Collaboration avec la médecine traditionnelle.....

▶ Tisser des partenariats avec des ONG.....

Age.....

Sexe M F

Merci de votre participation

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE PERSONNEL DE SANTE APPARTENANT AU COGES URBAIN

A lire avant de remplir le questionnaire.

Cette enquête a pour objectif d'évaluer la participation des représentants des usagers dans le fonctionnement des établissements de santé urbains.

Nous vous remercions du temps que vous consacrez à cette enquête.

N° d'ordre : Date de l'enquête :/...../.....

Type d'établissement de santé :

DU CSU FSU CSUS HG

1- Quelle est votre fonction dans cet établissement de santé ?

- ▶ Directeur du district sanitaire.....
- ▶ Directeur/Directrice de l'établissement de santé.....
- ▶ Médecin.....
- ▶ Pharmacien.....
- ▶ Sage femme.....
- ▶ Infirmier(ère).....
- ▶ Surveillant général
- ▶ Econome.....

2- Les représentants des usagers relayent-ils les préoccupations des usagers lors des réunions du COGES ?

Oui Non

3- Lors des réunions du COGES, les représentants des usagers donnent-ils leur avis sur tous les aspects de l'ordre du jour?

Oui Non

3-a- Si Non, Sur quels points sont-ils autorisés à se prononcer ?

.....
.....
.....
.....

4- Comment jugez-vous le degré d'implication des représentants des usagers au sein du COGES ?

- ▶ Très impliqués.....
- ▶ Assez impliqués.....
- ▶ Peu impliqués.....
- ▶ Pas du tout impliqués.....

5- Connaissez-vous d'autres moyens hors mis le COGES de faire participer les usagers à la vie de l'établissement de santé ?

Oui Non

5-a- Si Oui, quels sont ces moyens ? Citer les.

.....
.....

6- Comment un cas de litige, entre un personnel de santé et un usager est-il résolu dans cet établissement de santé ?

.....
.....
.....

7- Combien de réunions le COGES a-t-il tenu en 2013 ?

- ▶Réunions ordinaires
- ▶Réunions extraordinaires

8- Dans quel délai les procès verbaux des réunions sont établis ?

- ▶ 08 jours suivant la réunion.....
- ▶ Autre (à préciser).....

Age.....

Sexe M F

Merci de votre participation

QUESTIONNAIRE POUR LE PERSONNEL DE SANTE N'APPARTENANT PAS AU COGES URBAIN.

A lire avant de remplir le questionnaire.

Cette enquête a pour objectif d'évaluer la connaissance du personnel de santé des dispositifs de participation des usagers existants dans les établissements de santé.

N° d'ordre :

Date de l'enquête :/...../.....

Type d'établissement de santé :

DU CSU FSU CSUS HG CHR

1- Quelle est votre fonction dans cet établissement de santé ?

- ▶ Cadre administratif.....
- ▶ Médecin.....
- ▶ Pharmacien.....
- ▶ Infirmier(ère).....
- ▶ Sage femme.....
- ▶ technicien supérieur santé.. ..
- ▶ Aide soignante.....
- ▶ Assistant(e) social.....
- ▶ Autre.....

2- Avez-vous connaissance de l'existence d'un COGES fonctionnel dans cet établissement de santé ?

Oui

Non

3- Connaissez – vous ceux qui sont membres du COGES ?

Oui

Non

4- Connaissez- vous l'utilité d'un COGES au sein d'un établissement de santé ?

Oui

Non

5- Hors mis le COGES, connaissez-vous d'autres moyens de faire participer la communauté à la vie de cet établissement de santé ?

Oui

Non

5-a- Si Oui, quels sont ces moyens ? Citer les

.....

Age

Sexe M

F

Merci de votre participation.

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES REPRESENTANTS DES USAGERS MEMBRES DU COGES URBAIN

N° d'ordre : Date de l'entretien :/...../.....

Localité :

Type d'établissement de santé :

DU CSU FSU CSUS HG

1- Qui sont ceux qui composent le COGES ? (fonction).

.....
.....
.....

2- Qui êtes- vous au sein du COGES ?

.....

3- Quel est le mode de désignation des représentants des jeunes et des femmes ?

- ▶ Nomination
▶ Vote.....
▶ Autre (à préciser).....

4- Les documents de travail sur les sujets qui seront abordés lors de la réunion du COGES, vous sont- ils envoyés préalablement à la réunion ?

Oui Non

5- En tant que représentant des usagers, avez-vous connaissance des plaintes et réclamations des patients et de leurs proches auprès de l'établissement de santé dans lequel vous êtes représentant ?

Oui Non

6- Comment restituez-vous les décisions prises lors des réunions du COGES au près des usagers (les patients et leurs proches) ?

- ▶ Rencontre avec la population.....
▶ Radio locale.....
▶ Autre (à préciser).....

7- En tant que représentant des usagers, hors mis le COGES existe-t-il d'autres moyens de faire participer la communauté au bon fonctionnement de cet établissement de santé ?

Oui

Non

7-a- Si Oui, quels sont ces moyens ? Citez-les.

- ▶ Association des patients.....
- ▶ Commission chargée de recueillir plaintes et suggestions des usagers.
- ▶ Boîte à suggestions
- ▶ Autres (à préciser).....

Age

Sexe M F

Merci de votre participation

QUESTIONNAIRE POUR LES USAGERS URBAINS

N° d'ordre : Date de l'entretien :/...../.....

Localité :

Type d'établissement de santé:.....

1- Savez-vous qu'il existe un COGES dans cet établissement de santé?

Oui

Non

Si Non, passez à la question n° 2

1-a connaissez – vous les membres du COGES ?

Oui

Non

1-b Avez- vous connaissance des décisions et informations provenant du COGES ?

Oui

Non

Si Oui, par quel moyen ?

▶ Radio locale.....

▶ Tableau d'information du Centre de Santé.....

▶ Rencontre avec les représentants des usagers

2- Connaissez- vous le rôle d'un COGES au sein d'un établissement de santé ?

Oui

Non

3- Saviez-vous qu'à travers le COGES, les usagers (les patients et leurs proches) peuvent participer au bon fonctionnement de cet établissement de santé ?

Oui

Non

4- Hors mis le COGES, connaissez-vous d'autres dispositifs de participation des usagers pour le bon fonctionnement des établissements de santé ?

Oui

Non

Si Oui, lesquels ? Citer- les.

▶ Boîtes à suggestions.....

▶ Radio locale.....

▶ Commission chargée de recueillir plaintes et suggestions des usagers.....

▶ Autre (à préciser).....

Age

Sexe M

F

Merci de votre participation.

RESUME

Les usagers sont les malades, leurs familles, leurs proches, leur entourage, et les utilisateurs potentiels ou avérés du système de santé. Les professionnels de santé, dans leur exercice professionnel, ne sont pas des usagers mais des prestataires d'un service (qu'il soit public ou privé). Les exigences de la vie démocratique et les évolutions de la société confèrent une place centrale à l'utilisateur dont il faut définir les modalités concrètes de sa participation au fonctionnement des établissements de santé en tant qu'individu ou collectivité dans les instances de décisions et l'associer pleinement aux choix des orientations stratégiques des établissements de santé. Une étude transversale à visée descriptive a été réalisée de juin à juillet 2014 à l'Hôpital Général (HG) de Taabo et des Centres de Santé Ruraux (CSR) qui y sont rattachés comportant un Comité de Gestion (COGES) en leur sein.

Les textes réglementaires ivoiriens sur la participation des usagers au fonctionnement des Etablissements Publics de Santé, les usagers (200 usagers urbains et 200 usagers ruraux), le personnel de santé, les représentants des usagers ont été utilisés dans le cadre de cette étude.

Les résultats suivants ont été obtenus : Au niveau de l'HG de Taabo, 25,5% des usagers savent l'existence du COGES de l'Hôpital et 19,5% pour l'utilité du COGES. 5,5% des usagers urbains savent qu'ils peuvent participer au bon fonctionnement de l'Hôpital à travers le COGES via les membres du bureau. Au niveau des CSR, 97,5% des usagers savent qu'un COGES existe dans leur Centre de Santé. 57% des usagers ruraux ont une bonne connaissance de l'utilité du COGES. 29,3% des usagers ruraux ont déjà une fois fait des suggestions au COGES pour le bon fonctionnement de leur FSR. La place du COGES comme dispositif de participation au bon fonctionnement de l'HG de Taabo et des CSR qui y sont rattachés par la population n'est donc pas satisfaisante tant au niveau de l'HG et des CSR.

Il est donc un devoir pour les autorités compétentes d'apporter des réformes au sein des COGES et les vulgariser au près de la population car les mutations de la médecine et les transformations de la société appellent à un véritable partenariat entre tous les acteurs de la santé.

Mots clés : COGES ; Hôpital Général de Taabo, usagers