

Accès aux soins de santé chez les personnes en situation de handicap en Côte d'Ivoire : analyse de la situation et perspectives

Isabelle Akpassou ABOUTOU*

Résumé

Les problèmes d'accès aux soins affectent particulièrement les personnes en situation de handicap puisqu'elles constituent une population vulnérable qui fait face à plus de précarité (OMS, 2011, p. 8). Cet article propose une analyse des déterminants sociaux de l'inaccessibilité des soins de santé chez les personnes en situation de handicap à Abidjan sous l'approche de la dialectique. La démarche méthodologique à la fois qualitative et quantitative recueille les données de 175 handicapés, 10 agents de santé ; (2 à l'accueil, 2 brancardiers, 2 infirmiers, 2 sages-femmes et 2 médecins) et 10 membres responsables des organisations professionnelles des handicapés. L'issue de cette étude révèle que les difficultés se perçoivent en termes d'inaccessibilité physique, de cherté des soins, du manque de confidentialité, de complexité dans l'orientation des soins et d'une persistance de préjugés.

Mots clés

Côte d'Ivoire, Accès aux soins, personne en situation de handicap, perspectives.

Abstract

Problems of access to healthcare people with disabilities since they constitute a vulnerable population that faces more precariousness. This article analyzes the social determinants of the inaccessibility of health care among people with disabilities in Abidjan using a dialectic approach. The methodological approach, both qualitative and quantitative, collects data from 175 disabled people, 10 health workers (2 home, 2 stretcher bearers, 2 nurses, 2 midwives and 2 doctors) and 10 responsible members of professional organizations for the disabled. The outcome of this study reveals that the difficulties are perceived in

*Sociologue, Enseignante Chercheure à l'Université Pelefero Gon Coulibaly de Korhogo, akpassouisabelle@yahoo.fr / akpassouisabelle@gmail.com

terms of physical inaccessibility, cost of care, lack of confidentiality, complexity in the orientation of care, persistence of prejudices.

Keywords

Health care access, Person with a disability, Outlook, Ivory Coast.

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2011, p. 7), « la part des personnes handicapées est croissante. C'est une part donc non négligeable de la population mondiale. Environ 15% des habitants de la planète vivraient avec une forme de handicap ». L'Organisation Mondiale de la Santé estime actuellement le nombre de personnes en situation de handicap dans le monde à environ un milliard, dont 80% dans les pays en développement. Cette proportion représente 15% de la population mondiale. Environ une personne sur cinq vivant dans des conditions d'extrême pauvreté serait handicapée. « Le handicap peut être donc considéré à la fois comme une cause et comme une conséquence de la pauvreté » (OMS, 2011, p. 8). Lorsqu'une personne vivant dans la pauvreté est touchée par le handicap, elle est confrontée à encore davantage d'obstacles pour accéder aux autres services notamment ceux de la santé. « Cela exacerbe à son tour l'exclusion sociale et économique, restreint les opportunités pour sortir de la pauvreté » (OMS, 2011, p. 8-9). L'enquête World Health Survey (WHS) révèle qu'il y a significativement plus de personnes demandeuses de soins de santé ne recevant pas les soins nécessaires parmi les personnes en situation de handicap (PSH) que parmi les personnes non-handicapées (OMS, 2005, p. 25).

Le nombre de PSH va continuer à augmenter du fait du vieillissement de la population et de la progression des maladies chroniques partout dans le monde (W. Watson, 2002, p. 509-527). Les caractéristiques du handicap dans un pays donné dépendent des tendances de la morbidité et des facteurs environnementaux. « Ce sont par exemple les accidents de la route, les chutes, la violence, les situations d'urgence humanitaire comme les catastrophes naturelles, les conflits, une mauvaise hygiène alimentaire et l'abus de substances psychoactives » (OMS, 2011, p 9).

En effet, c'est une population qui rapporte généralement un moins bon état de santé et présente des caractéristiques socioéconomiques défavorables telles que des niveaux d'éducation inférieurs et des taux de pauvreté plus élevés. « Réciproquement, les populations les plus désavantagées sont plus fréquemment en situation de handicap » (B. Altman, 2006, p. 9-16.)

De manière générale, l'accès aux services est très difficile pour les PSH, qu'il s'agisse des soins de santé (soins médicaux, thérapies et aides techniques), de l'éducation, de l'emploi ou des services sociaux, parmi lesquels le logement et les transports. « Les obstacles que les PSH rencontrent viennent par exemple de ce que la législation, les politiques et les stratégies ne sont pas adaptées ou tiennent à l'absence de services, à des problèmes de prestation de services, à une méconnaissance de la question du handicap, à des attitudes négatives et discriminatoires, à des problèmes d'accès, au manque de financement et à l'impossibilité pour ces personnes, de participer aux décisions qui influent directement sur leur vie » B. Ingstad et S. Whyte (2009).

Il existe aussi des obstacles spécifiques qui empêchent les personnes handicapées de s'exprimer et de chercher, recueillir et communiquer des informations et des idées sur un pied d'égalité avec les autres et par les moyens de communication de leur choix. Ces obstacles contribuent à faire des PSH des personnes défavorisées. En particulier dans les pays en développement, les PSH jouissent d'une moins bonne santé, sont plus pauvres, moins instruites, ont moins souvent un emploi, sont moins indépendantes que les autres et leur participation sociale est réduite P. Miller et al., (2004). Beaucoup de ces obstacles peuvent être levés. La situation défavorisée des personnes handicapées n'est pas inéluctable. Le rapport mondial sur le handicap synthétise les meilleures preuves scientifiques dont on dispose sur les moyens de vaincre les obstacles auxquels les PSH sont confrontées dans l'accès aux services de santé dans leur environnement (OMS, 2011, p. 10).

Pour le cas de la Côte d'Ivoire, avec l'Initiative de Bamako IB, l'état providence est mort¹. L'IB a permis d'élargir la couverture sanitaire nationale. Cependant de nombreux obstacles contraignent encore l'accès des populations aux soins, notamment les plus pauvres, et les

¹ L'initiative de Bamako en 1987 souligne la nécessité de la participation communautaire au développement sanitaire avec la tarification et le recouvrement des coûts de santé mettant ainsi fin à l'État providence.

personnes handicapées. Pour celles-ci, à ce jour, aucune initiative ou politique sanitaire gouvernementale ne s'est penchée sur les besoins prioritaires et spécifiques. En outre, il existe de nombreux centres de santé, des pharmacies, des pharmacopées ; une cinquantaine de polycliniques et une soixantaine d'établissements sanitaires spécialisés à Abidjan. Cependant, il n'existe aucun service sanitaire spécialisé pour les personnes en situation de handicap mieux pour chaque type de handicap donné. Elles fréquentent et bénéficient des mêmes services et offre de soins de santé que les personnes valides. L'un des aspects propres au secteur des services dans le domaine du handicap est le double besoin de services ordinaires accessibles et de services spécialisés proposés. L'accès des personnes en situation de handicap aux services de santé est un droit fondamental comme pour tout autre citoyen. En effet, les besoins de soins restent insatisfaits et la population handicapée éprouvent constamment des difficultés pour accéder à des services de soins de santé.

L'analyse de ces constats théoriques et empiriques sur la précarité sanitaire des handicapés nous amène à nous interroger : pourquoi l'inexistence de structures sanitaires chez la population handicapée en Côte d'Ivoire ? Qu'est-ce qui expliquerait les difficultés d'accès aux soins chez les personnes en situation de handicap en Côte d'Ivoire ? Comment résoudre l'inaccessibilité aux soins chez les personnes en situation de handicap en Côte d'Ivoire ?

Répondre à ces préoccupations revient précisément à étudier les déterminants sociaux de l'inaccessibilité aux soins, à rechercher les stratégies pouvant améliorer l'accessibilité aux soins, après avoir analysé les freins aux soins de santé.

1. Méthodologie

1.1. Les techniques d'enquête

La démarche suggérée pour analyser les données est celle de la méthode qualitative combinée à la méthode quantitative.

1.1.1. Observation

L'observation, pour nous est la phase propice où nous avons porté une attention particulière sans jugement et interprétation. Elle nous a permis

de dégager une authenticité des attitudes et comportements comparés aux discours des interrogés. C'est aussi pour nous le privilège de créer des liens, d'entretenir des rapports avec les OPH, de capter les comportements, de recueillir les données concrètes avec les personnes en situation de handicap. Menée au mois de février 2020, elle intègre les objectifs, les raisons, les souhaits, les finalités des choix des attitudes et comportements des PSH à l'intérieur du parcours aux soins. C'est la sociologie explicative. Cette technique employée étudie l'action des personnes en situation de handicap par référence à la structure et au fonctionnement du système sanitaire. L'on veut donc saisir le sens des conduites sociales des PSH selon le modèle et le contexte sanitaire.

1.1.2. Entretien

Trois types d'entretien ont guidé notre étude : l'entretien directif, le semi-directif individuel et le semi-directif collectif.

L'entretien directif utilisé recueille les réponses de chaque personne en situation de handicap autour d'un questionnaire élaboré à l'avance. Il se fait verbalement plutôt que par écrit pour éviter les sauts et les erreurs et surtout en tenant compte de leur handicap.

L'entretien semi-directif individuel porte sur des thématiques formulées autour de la problématique. Il a concerné uniquement les différentes composantes du personnel médical du centre universitaire hospitalier de Cocody. Il a favorisé l'expression libre de chaque interviewé à l'intérieur de son lieu de travail.

Enfin, l'entretien semi-directif collectif orienté vers les organisations professionnelles des handicapés s'est réalisé en focus group. Il s'est agi des responsables de chaque OPH spécifique pour avoir une diversité d'expériences sociales vécues.

1.1.3. L'échantillonnage

La présente analyse suscite la combinaison de deux approches complémentaires. Elle intègre simultanément la collaboration de trois catégories sociales : le personnel médical, les associations ou organisations des personnes en situation de handicap et les personnes en situation de handicap elles-mêmes. L'approche quantitative a enregistré 175 personnes en situation de handicap. 10 personnes

exerçant au sein du centre hospitalier universitaire. 10 personnes au niveau des OPH.

1.2. Processus de collecte de données

1.2.1. Les outils de collecte

Un questionnaire s'adresse aux membres des associations et fédérations professionnelles des personnes en situation de handicap pour avoir des données chiffrées. Il est soumis à chaque personne en situation de handicap sans distinction de genre à partir de 15 ans. Il se réfère aux caractéristiques individuelles ; aux raisons de la non-fréquentation d'un centre de santé et aux obstacles aux soins.

De même, le guide d'entretien structuré soumis aux associations ou Organisations des personnes handicapées (OPH) et au personnel médical du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Cocody à Abidjan comporte les thématiques ci-après : la perception du handicap, les raisons de la fréquentation ou non des handicapés, les obstacles aux soins, les suggestions pour une meilleure prise en compte de leurs besoins. Cet outil favorise une analyse thématique à partir des discours produits par les interviewés. Cette méthode s'intéresse précisément aux motivations, aux discours des personnes en situation de handicap afin de faciliter la compréhension du phénomène social. Les OPH interviewées sont les suivantes :

- ONPHACI : Organisation nationale des parents des handicapés auditifs de Côte d'Ivoire ;
- MESAMCI : Mouvement estudiantin et scolaire des aveugles et malvoyants de Côte d'Ivoire ;
- IPADEMCI : Inclusion des personnes amputées et déficientes motrices de Côte d'Ivoire. ;
- APPTCI : Association des personnes de petite taille de Côte d'Ivoire ;
- PAGE BLANCHE : Structure spécialisée des personnes en situation de handicap mental.

1.2.2. L'enquête de terrain

Cette partie a consisté à l'enquête proprement dite. Il s'agit de la collecte de données avec ses deux grands aspects quantitatif et qualitatif. C'est le lieu où les faits apparaissent et se produisent.

En résumé, elle se propose de comprendre par interprétation les actions des handicapés premièrement face à la disponibilité des services sanitaires opérationnels, avec des produits et des programmes en quantité suffisante et de bonne qualité. Ensuite au regard de l'accessibilité physique elle inclut les transports et les bâtiments. Puis à l'accessibilité économique où les services sont abordables pour tous en termes de gratuité ou de couverture médicale. Enfin à l'acceptabilité vu sous l'angle respectueux de l'éthique médicale couvert par les questions de confidentialité. Ainsi donc l'accessibilité aux services de soins sont évalués à travers les différents critères ci-dessus.

Il s'agit d'une couche sociale fragile dont leur statut et leurs conditions de déplacement ne sont pas aisés. Il est très difficile de se déplacer du fait de leur handicap. Il a fallu donc effectuer le déplacement dans le ménage concerné. En effet, la technique de boule de neige utilisée permet de constituer une base de données existante dans la mesure où l'échantillon n'est pas défini. Il permet d'avoir besoin d'un point focal c'est-à-dire un individu par lequel l'on pourra rentrer en contact avec les autres acteurs. En d'autres termes, il s'agit à partir d'un individu de rentrer en contact avec les autres, ainsi de suite jusqu'à ce que les informations soient redondantes étant donné qu'un champ n'est jamais isolé.

1.3. Le dépouillement et le traitement des données

Le dépouillement et le traitement des données ont été réalisés à travers le logiciel Sphinx pour ressortir l'analyse quantitative.

Quant à l'analyse qualitative, le recueil s'est fait à l'aide d'enregistreur suivi des transcriptions pour chaque réponse. Puis le dépouillement manuel pour codifier les réponses et classifier les idées fournies. Enfin, ces idées sont regroupées par thématiques pour être analysées.

2. Résultats de l'étude

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes en situation de handicap

Tableau 1 : Répartition des personnes en situation de handicap selon leur profil démographique

Caractéristiques			
		Effectif	Pourcentage
Sexe	Masculin	156	49,00%
	Féminin	123	51,00%
	Total	175	100%
Tranche d'âge	15 à 25 ans	72	30,12%
	26 à 35 ans	56	23,43%
	36 à 45 ans	52	21,75%
	46 à 55 ans	59	24,70%
	Total	175	100%
Niveau d'éducation scolaire	Non scolarisé	90	37,65%
	Primaire	65	27,20%
	Secondaire	97	30,12%
	Supérieur	12	5,03%
	Total	175	100%
Situation familiale	Marié(e) ou en concubinage	87	36,40%
	Célibataire	142	59,50%
	Divorcé(e)/séparé(e)	4	1,60%
	Veuf/veuve	6	2,50%
	Total	175	100%

Source : Isabelle Akpassou Aboutou, 2020

Les variables sociodémographiques observées à l'intérieur de ce tableau nous fournissent l'explication suivante. Concernant la variable sexe, la population cible s'équilibre en genre avec une légère dominante féminine de (51.00%).

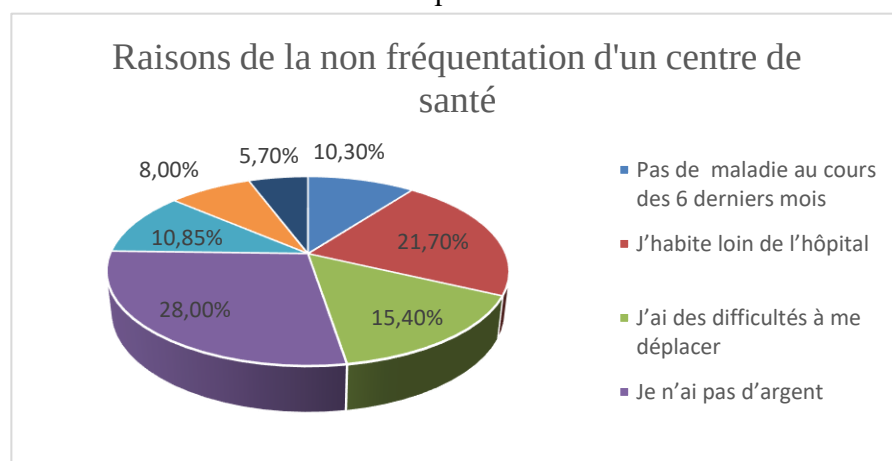
La variable relative aux tranches d'âges nous montre une équivalence avec une moyenne de (22%). La tranche d'âge des adolescents est la plus élevée (30,12%) contrairement à celle des adultes qui est la plus faible (21,75%).

Le niveau d'éducation, considéré comme le moyen de s'affranchir de la misère sociale et économique permet aussi l'acquisition des valeurs et compétences en fournissant une richesse à l'existence humaine. Il a également de nombreux aspects positifs sur la situation sanitaire. En l'absence d'apprentissage, la société court à la perte de nombreuses potentialités et une faiblesse du capital humain. C'est ce que reflète cette catégorie sociale des handicapés non scolarisés marquée par un taux de (37,65%). Par ailleurs, ce taux reste concentré au secondaire (30,12%).

Le contexte de la situation matrimoniale est une description de l'aspect social et culturel du mariage dans la société ivoirienne. Ici, il expose les préoccupations et besoins des personnes en situation de handicap relatifs à l'état matrimonial. Elle présente la nuptialité des célibataires, les caractéristiques des mariages (les unions consensuelles ou libres) et les ruptures d'unions (divorcées ou séparées).

2.2. *Raisons de la fréquentation d'un centre de santé par les personnes en situation de handicap*

Graphique 1 : Répartition des personnes en situation de handicap selon les raisons de la fréquentation d'un centre de santé



Source : Isabelle Akpassou Aboutou, 2020

La fréquentation d'un centre de santé représente un défi particulier pour les personnes en situation de handicap. Toutes les modalités de réponses ici énumérées entrent dans le registre des informations relatives à l'inaccessibilité des structures sanitaires. En effet, les formes du handicap étant multiples, chaque type de handicap est confronté à une difficulté particulière. Toutefois, il existe des préoccupations communes à l'ensemble du handicap. Les personnes handicapées ont les mêmes besoins en matière de soins de santé que tout un chacun. D'une manière générale, l'accès aux infrastructures de santé se situe dans un contexte universel aux soins de santé. En Côte d'Ivoire, cet accès demeure restrictif pour l'ensemble de la population. Il est contraignant notamment pour les populations à faibles revenus, les populations vulnérables dont celles des personnes en situation de handicap. L'un des obstacles mentionnés le plus courant est le prix du transport pour se rendre aux centres de santé pouvant se trouver jusqu'à une dizaine de kilomètres de leur domicile. Le transport a été signalé comme étant « plus cher » pour des raisons liées à leur handicap. Les personnes souffrant de déficiences visuelles, physiques graves et de troubles mentaux ont besoin d'une personne guide avec elles : « Par manque de transport ou d'équipement de transport, les engins roulants, les handicapés ne peuvent accéder aux centres de santé, se déplacer pour nous est vraiment difficile » (Discours MESAMCI).

Cependant peu de familles sont en mesure d'accompagner leur patient car elles doivent payer doublement les frais de transport : « les hôpitaux tels que les centres hospitaliers universitaires sont quasi inexistants dans notre localité où se situent à des dizaines de kilomètres des lieux d'habitation » (Discours IPADEMCI).

Cette catégorie sociale présente les besoins spécifiques dans la gestion de santé et constitue l'une des priorités de l'égalité entre les citoyens pour les politiques : « Il n'existe aucune institution sanitaire spécialisée pour un quelconque type de handicap, ni même d'établissement spécifique sanitaire pour les PSH » (Discours commun aux OPH).

En plus des problèmes liés à l'accès physique aux services de santé, les PSH évoquent également les difficultés financières liées aux soins de santé : « nous sommes mécontents à cause des ordonnances très élevées de même que les appareils orthopédiques qui sont très chers, nous n'avons pas les moyens financiers, les examens et analyses nous

reviennent chers du fait du handicap car ils sont obligatoires... » (Discours communs aux OPH).

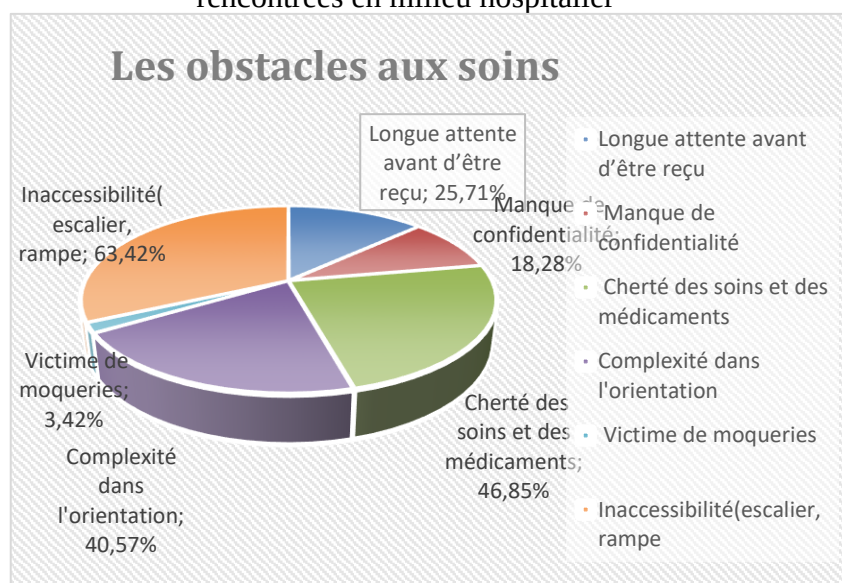
« Les soins médicaux coûtent chers et les soins spécifiques sont excessivement élevés. L'absence d'une assurance, de mutuelle est une entrave majeure dans la satisfaction des besoins sanitaires. La personne handicapée est déstabilisée dès l'apparition de la maladie. Le traitement peut être, lourd, long et complexe, les soins sont plus coûteux et il a besoin d'une couverture de santé performante et durable » (Discours commun aux médecins, infirmiers).

Ce sont en effet les obstacles financiers, qui constituent l'un des facteurs explicatifs majeurs du moindre recours aux soins des personnes en situation de handicap. Toutes ces contraintes expliquent le faible niveau de fréquentation des centres de santé par les PSH. L'insuffisance des structures spécialisées, le manque d'effectif qualifié, l'insuffisance de compétences du personnel, et l'inadéquation des infrastructures sanitaires existantes peuvent affecter l'accessibilité des personnes handicapées aux soins adéquats : « Notre établissement n'offre pas de soins spécifiques aux PSH ni même les services sociaux » (Discours du médecin du CHU de Cocody).

Selon les OPH : « les agents de santé n'ont pas reçu une formation suffisante et une qualification adaptée pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap ». « Les besoins demeurent donc non satisfaits, ce qui peut avoir des résultats négatifs avec une dégradation de l'état de santé général » (Discours APTCI).

2.3. Difficultés rencontrées par les personnes en situation de handicap en milieu hospitalier.

Graphique 2 : Répartition des handicapés selon les difficultés rencontrées en milieu hospitalier



Source : Isabelle Akpassou Aboutou, 2020.

Les personnes handicapées sont confrontées à une multitude d'obstacles lorsqu'elles tentent d'accéder aux services de santé. Les personnes handicapées arrivant aux centres de santé ont fait état de plusieurs difficultés pour pouvoir effectivement accéder aux services, en raison d'une infrastructure inaccessible (63,42%) et d'attitudes négatives de la part du personnel (3,42%). Le personnel médical développe une attitude très négligente et négative. Ils sont influencés par les clichés sociaux et se laissent persuader par ces stigmates qui rendent complexe l'accès aux soins : « le personnel soignant est très mal informé sur le handicap et demeure attaché aux préjugés liés au handicap ; le personnel accueillant est réticent, observe un mauvais accueil ». (Discours IPADEMCI).

La plupart des entrées des bâtiments et des établissements de santé, d'équipements d'installations sanitaires sont totalement inappropriés. Cela limite la fréquentation des personnes handicapées aux différents services. Les hôpitaux ne sont pas accessibles du fait de manque de

rampe pour personnes à mobilité réduite : « Les bâtiments ne sont pas accessibles ; compatibles ; il y'a trop d'escaliers ». (Discours commun aux OPH) : « L'accessibilité est un problème général pour les PSH. Depuis les indépendances, toutes les infrastructures construites ne respectent pas les normes des handicapés. Tous les services construits depuis cette période ne prennent pas en compte la circulation des handicapés » (Discours APPTCI). Les infrastructures ne facilitent guère l'accessibilité physique : « beaucoup d'escaliers et les ascenseurs à l'intérieur des hôpitaux ne sont pas sonorisés » (Discours MESAMCI).

Le malade handicapé ne peut se rendre seul à l'hôpital ; il sollicite nécessairement l'aide d'un parent, ami : « Le handicapé doit obligatoirement se faire accompagner pour être mieux orienter. Il éprouve des difficultés à identifier les services de santé, la salle soins, le numéro des portes, dès son entrée dans la structure sanitaire, le handicapé est désorienté, aucun soutien dans l'orientation ; il faille nécessairement un guide, il y' a une complexité dans l'orientation du système sanitaire » (Discours MESAMCI).

Les personnes handicapées doivent souvent faire face à de longues files d'attente (25,71%) avant d'être reçues : « Malgré le handicap, nous faisons les rangs comme les autres et pire pour nous qui ne voyons pas, le personnel fait passer les autres malades avant nous, ce qui rend très long le temps d'attente » (Discours MESAMCI).

La satisfaction des patients constitue un aspect crucial dans la qualité des soins. Les personnes handicapées ont souvent d'autres priorités, attentes, que les prestataires de soins ignorent.

Cette section permet de donner un aperçu de la satisfaction des patients dans la population générale et de comparer les services fournis par différents prestataires de soins : « Dans l'ensemble, ça va » (Extrait de discours commun aux OPH).

La compréhension de ces discours indique que la grande majorité des personnes handicapées est moyennement satisfaite des services fournis par les différents prestataires de soins en particulier des médecins. En effet, toutes les associations des personnes handicapées se montrent satisfaites des médecins généralistes. Ce fait n'est pas étonnant puisque le service hospitalier est en effet complexe et présente de nombreux aspects tels que le suivi médical, la réalisation d'examen cliniques.

Il importe ensuite d'identifier préalablement les besoins spécifiques des personnes handicapées pour prévoir un accueil et une prise en charge personnalisée. En fonction de ces éléments, une recherche du meilleur parcours de santé et une administration objective des soins pourra être engagée. La gestion des soins suscite un temps plus important à prévoir pour les consultations et les soins : « Les médecins, les infirmiers reçoivent et consultent normalement » (Discours IPADEMCI). Quel que soit le type de handicap, le médecin met plus de temps à s'occuper du malade. La collaboration avec l'accompagnant au côté de la personne handicapée permet une meilleure compréhension de la maladie. Ce dernier renseigne sur les habitudes de vie sanitaire et alimentaire du patient. La prise en compte de la douleur et son soulagement doivent être source d'attention, car le patient peut avoir des difficultés à exprimer la douleur physique qu'il ressent : « La présence de l'accompagnant constitue une ressource pour les professionnels de santé dans la transmission des habitudes de vie du patient et aide à la communication avec l'équipe » (Discours ONPHACI).

La présence des personnes handicapées dans les centres de santé est souvent l'objet de discordes et de mésententes au sein du personnel : « Certains nous favorisent, d'autres par contre nous rejettent. » (Discours ONPHACI). L'accueil est plus ou moins acceptable selon les humeurs du personnel : « On nous méprise partout même quand nous sommes malades » (Discours MESAMCI). « Lorsque certains agents remarquent notre présence à l'hôpital, ils sont déjà énervés, ceux-là viennent chercher quoi ici » (Discours ONPHACI). La personne en situation de handicap n'est pas comprise et son acceptation par la communauté est problématique. La situation qu'elle vit est souvent incomprise par le personnel de l'hôpital. Le manque de connaissances et compétences spécifiques provoque une attitude d'évitement : « le patient en difficulté du fait de son handicap ne sait pas à qui s'adresser parmi le personnel présent. Et le personnel considère le patient comme un cas difficile » (Discours commun aux OPH) : « En général, le médecin donne des ordres au personnel soignant pour faciliter la consultation : il leur donne des instructions et communique très bien avec la PSH mais le problème se pose avec le personnel à l'accueil qui est insensible à l'approche ». (Discours commun aux OPH). « Le

personnel n'est pas sensibilisé à l'accueil des PSH ». (Discours MESAMCI).

« Les praticants : médecins, infirmiers reçoivent et consultent normalement les patients, et les consultations se font normalement mais quel que soit le type de handicap, le médecin met plus de temps à s'occuper du malade... » (Discours IPADEMCI).

La collaboration avec l'accompagnant au côté de la personne handicapée permet une meilleure compréhension de la maladie : « L'accompagnant constitue une source pour les professionnels de santé dans la transmission des habitudes de vie du patient handicapé et aide surtout à la communication » (Discours ONPHACI).

Aussi, le personnel évite la relation directe en passant par un tiers ou en se limitant aux informations inscrites dans le dossier : « Les praticiens soignent et ignorent le handicap ». L'un des obstacles qui empêchent d'accéder aux services de santé est notamment la difficulté liée à l'insuffisance, le manque ou la cherté de matériels et d'équipements médicaux adaptés aux soins (46,85%). « Aucune structure sanitaire ne dispose d'un dispositif et de matériel spécifique pour les handicapés » (Discours communs aux OPH).

La stigmatisation part de la désinformation sur le handicap qui serait : « contagieux » ou porterait « malheur » à qui s'en approche (Discours commun aux OPH). Une forme de discrimination est l'inadaptation des locaux aux besoins spécifiques des PSH. Les comportements des gens vont de la méfiance, la moquerie, à la pitié (3,42%). Ces comportements sont liés au handicap et à la mauvaise information sur le handicap » (Discours page blanche).

L'accès aux soins de santé chez ce type de handicap est lié à la taille déficitaire des équipements et matériels médicaux qui posent un lourd préjudice. D'abord au niveau de la hauteur des guichets d'accueil, « ils sont élevés » et ne favorisent pas l'introduction dans le processus médical : « les lits de consultations ou d'observations sont inadaptés (les lits sont en hauteur ; comment y accéder aux lits ?) surtout pour les femmes en consultation gynécologique ou accouchement ; il n'y a pas de lits spécifiques pour les accouchements des femmes de petite taille » (Discours commun aux sages-femmes).

3. Discussion

Une qualité des soins permet de participer pleinement aux activités sociales. Or, l'analyse de ces résultats attestent que les personnes en situation de handicap ne jouissent pas de l'égalité d'accès aux services de santé. Ce fait est dû au système de santé qui ne répond pas adéquatement aux besoins spécifiques en matière de soins. Les personnes handicapées se heurtent à une série d'obstacles géographiques, physiques, psychologiques et financières lorsqu'elles cherchent à se faire soigner.

Le handicap lui-même étant à l'origine un mauvais état de santé vient renforcer ces freins. C'est dans cette perspective que (J. F. Trani et M. Loeb, 2012, p. 19-52) décrivent le lien défavorable qui existe entre le handicap, la vulnérabilité socioéconomique, et un mauvais état de santé. En effet, la barrière financière est d'autant plus importante chez les personnes en situation de handicap lorsqu'elles sont fréquemment en situation de précarité socioéconomique. Donc, en plus d'être une population à risque qui présente davantage de problèmes de santé ; les personnes en situation de handicap en tant que population socialement défavorisée ont un recours inéquitable au système de santé comme le confirme (P. Beatty et *al.*, 2003, p. 1417-1425). Ces résultats corroborent à ceux effectués par (M. Prince et *al.*, 2007, p. 859-877) et (H. Becker et A. Stuifbergen, 2004, p. 75-85).

Il ressort de leurs études que les personnes en situation handicap sont en moins bonne santé que l'ensemble de la population et reçoivent une moindre promotion de leur santé que le reste de la population. En effet, il n'existe aucune politique gouvernementale sanitaire concrète en termes de prévention de soins curatifs et de traitements. Aucune marge budgétaire n'est affectée à cette frange de population. Ce qui justifie l'absence de promotion et l'application des droits fondamentaux des personnes en situation de handicap malgré la convention internationale sur les droits des situations des personnes handicapées. Lesquels droits les autorisant à accéder pleinement à la santé, à l'éducation, à l'emploi, aux loisirs, etc. au même titre que les personnes valides. Elles doivent bénéficier simultanément et correctement des services ordinaires et des services spécialisés liés aux pathologies et handicaps spécifiques. Ceux-ci ne doivent en aucun cas être négligés puisqu'ils constituent l'entrave aux recours qui est le plus souvent la

cause de mortalité fréquente. C'est ce qu'attestent (V. Kancherla et al., 2013 p. 1630-1641) ; (P. Lengagne et al., 2014) ; (J. Hoffman et al., 2007, p. 583-588) qui préconisent de traiter ces pathologies en amont avant l'apparition des complications. Pourtant, les personnes handicapées reçoivent moins de soins préventifs. Il se trouve aussi que le handicap peut être sévère ou grave et joue un rôle important dans l'accès aux soins, soulignent (W. Horner-Johnson et al., 2014, p. 1980-1999.) ; (Rowland et al., 2014 p. 136-150) ; (J. Peterson-Besse et al., 2014, p. 373-393). À ce stade-là, les personnes ayant un handicap intellectuel seraient les plus touchées. Très souvent, ce type de handicap est associé à d'autres types de handicap ; ce qui rend complexe l'approche sanitaire. L'exemple est celui des sourds-muets (P. Kohn et al., 2004, p. 858-866).

Par ailleurs, l'inaccessibilité aux bâtiments, l'inadaptation des moyens matériels nécessaires à la consultation, la méconnaissance du handicap par le personnel en constituent des causes proches de leurs attitudes et comportements, en témoignent (N. Popplewell et al., 2014) ; (L. Graham et Mann, 2008 p. 209-214) ; (J. Pharr, 2013, p. 124-132) ; (N. Mudrick et al., 2012 p. 159-167) ; (J. Merten et al., 2015, p. 9-16) ; (E. Carrillo et al., 2011, p. 562-575) dans leurs études.

Si l'analyse de la littérature internationale montre une amélioration des problèmes d'accès aux soins courants au cours des dernières années, cette situation est controversée en Côte d'Ivoire. De plus, le rapport de P. Jacob publié en 2003 à la page 4 soulignait que beaucoup de progrès restaient encore à faire, notamment pour les recours aux soins de spécialistes hors parcours de soins (dentistes, gynécologues, ophtalmologues).

Selon P. Lengagne et al., (2015) même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap, la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes de santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet.

Par contre pour A. Penneau et al., (2015) l'accès aux soins des personnes en situation de handicap a jusqu'à maintenant surtout été étudié par rapport à celui des personnes sans handicap. Cette littérature montre que les problèmes d'accès physiques aux soins et la situation

socio-économique plus défavorable des personnes handicapées sont parmi les principaux éléments d'explication de leur faible accessibilité aux soins.

L'accès aux soins de santé implique la possibilité pour toute personne en situation de handicap d'accéder à l'ensemble des services de santé dans les conditions du droit commun, ainsi que par la prise en compte de ses besoins spécifiques. Par l'accès à la santé, nous entendons l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé.

Cela passe donc par un accès effectif à la prévention et au traitement des maladies donc la gestion des soins. Pour que les personnes en situation de handicap aient effectivement accès aux soins de santé, il faut tenir compte de leurs besoins propres. Pour cela, il convient de s'appuyer sur leurs réalités socioculturelles tout en étant guidé par le respect des droits fondamentaux des personnes, lesquels sont strictement basés sur les valeurs de l'équité, l'éthique, et la dignité.

La mauvaise coordination des services, le manque d'effectif qualifié et l'insuffisance des compétences du personnel peuvent affecter la qualité, l'accessibilité et l'adéquation des services pour les personnes handicapées. Les problèmes de santé des personnes handicapées se perçoivent principalement dans un contexte social plus ou moins défavorable qui laissent transparaître la stigmatisation et le préjudice. Les pesanteurs socioculturelles influencent beaucoup la population à telle enseigne que les personnes en situation de handicap sont oubliées.

De ce fait, naissent simultanément des barrières qui freinent l'accès des personnes handicapées dans les services de santé à telle enseigne que le politique ne l'intègre pas dans son plan d'action. « Non, il n'y'a pas de programme spécifique pour les personnes en situation de handicap. Les personnes en situation de handicap sont traitées selon les mêmes approches que la population générale » (Discours commun des médecins).

4. Analyse et perspectives

Au regard de la pluralité des facteurs limitant l'accès aux soins des personnes handicapées, l'approche holistique est la mieux indiquée en vue d'intégrer toutes les composantes du système de santé. L'absence

de fonds alloués à la mise en œuvre des programmes de santé est un obstacle majeur pour les personnes en situation de handicap. À ce jour, la Côte d'Ivoire n'a pu intégrer les besoins sanitaires de cette catégorie sociale dans l'élaboration de ses plans stratégiques quinquennaux. Leurs besoins spécifiques ne sont donc pas pris en compte.

Il s'agit pour nous de l'engagement d'une politique gouvernementale à la prise en compte des besoins primaires en associant les ministères apparentés tel le ministère des affaires sociales, le ministère de la solidarité et de la cohésion sociale. L'apport des personnes handicapées est indispensable si l'on veut éliminer les obstacles qui les empêchent d'accéder aux services de santé, car ce sont elles qui se heurtent à ces barrières et qui les connaissent le mieux. Certaines personnes handicapées auront aussi besoin d'un soutien pour faire valoir leur droit à la santé et à l'égalité d'accès aux services de santé. On réduira les disparités en santé en veillant à ce que les personnes en situation de handicap soient mieux prises en compte à tous les niveaux du système de santé. Pour ce faire, les programmes de santé publique doivent être axés sur la formation et la sensibilisation du personnel de santé sur la question du handicap en améliorant les prestations de services de santé en fonction du handicap. Ces programmes envisageraient l'accès à l'information sanitaire et à l'intégration de la question du handicap tout en vulgarisant les produits, les matériels médicaux. Promouvoir un leadership et une gouvernance sensible à la question du handicap serait une option souhaitable pour les décideurs politiques.

La politique de la santé implique que les systèmes soient ouverts à tous et que les programmes de soins soient plus accessibles aux personnes handicapées, en vue de réduire les disparités dans ce domaine et les besoins non pris en compte.

Pour améliorer l'attitude des prestataires de services de santé, les connaissances et les compétences des professionnels doivent couvrir les informations pertinentes sur le handicap. On peut améliorer les connaissances et les attitudes en impliquant les personnes handicapées dans l'enseignement et les formations.

L'autonomisation des personnes handicapées pour qu'elles prennent mieux en charge leur santé s'est révélée efficace pour améliorer les résultats sanitaires ; et pourrait réduire les dépenses de santé. En général, le besoin aux soins se présente comme un manque

indispensable par lequel une population peut recevoir les services de santé. Le besoin est lié à la présence potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographiques lors de l'utilisation de ces services. Le besoin aux soins de santé est l'un des enjeux prioritaires car un accès déficient aux services et soins de santé a non seulement un impact sur l'état de santé de l'individu, son environnement familial, sur ses activités domestiques, ses loisirs, ses disponibilités et sa productivité au travail.

En outre, le handicap est perçu comme le fait pour un individu de se trouver de façon limitée dans ses activités et cela de façon durable. Il est aussi restreint dans sa participation à la vie de la société.

On peut appréhender le handicap sous de multiples facettes : l'incapacité à accomplir certains actes simples de la vie quotidienne. De même la nécessité de recourir à une aide humaine ou technique, les limitations rencontrées dans certaines activités, le bénéfice d'une reconnaissance administrative, l'accès à une prestation sont autant d'indicateurs possibles, qui ne se recoupent pas nécessairement et délimitent donc des populations différentes.

Conclusion

Les obstacles qui empêchent d'accéder aux services de santé sont notamment le financement des soins ; les barrières environnementales liés à la conception architecturale des établissements sanitaires ; l'inexistence des structures spécialisées ; l'inadéquation du matériel médical à chaque handicap spécifique ; un déficit aux transports ; le manque de connaissances et de compétences des dispensateurs de soins ; les idées fausses à l'identité sociale du handicap ; les attitudes et les comportements négatifs à leur égard ; une communication difficile ; et le fait que les personnes handicapées sont mal informées sur leur droit d'accès aux services de santé. Pour une prise en compte de leurs besoins sanitaires, il faut nécessairement inclure dans les programmes une révision architecturale des infrastructures sanitaires. Ensuite instaurer la politique de prise en charge et la gratuité des soins comme il existe chez les enfants de 0 an à 5 ans atteints du paludisme. Enfin, leur offrir des appareils de réadaptation selon les types de handicap. La prise en charge effective de la personne en situation de handicap ne résout-elle

pas une composante de la problématique du vieillissement de la population ?

Références bibliographiques

- ALTMAN Blanc, 2006, *Le groupe de Whashington*, Origine et but à Barnat : « Points de vue internationaux sur les mesures du handicap : vers une mesure comparative », Oxford, Elsevier, p. 9-16.
- AXELSSON Charlotte et BARRETT Darryl, 2009, « Accès aux services sociaux pour les personnes handicapées au Moyen-Orient », Réflexions multipartites pour la réforme des politiques, Initiative de surveillance du handicap au Moyen Orient, *Handicap International*.
- BECKER Heather et STUIFBERGEN Alexa, 2004, « Où réside la difficulté ? Les limites à la promotion de la santé telle que vécue par les personnes atteintes de polysclérose et de polio », *Famille et santé communautaire*, vol. 27, N° 1, p. 75-85.
- BEATTY Philip, HAGGLUND Kristofer, NERI Melinda, DHONT Kelly, CLARK Mary, HILTON Shelley, 2003, « L'accès aux soins de santé chez les personnes en situation d'affection chronique ou de handicap : modèles et prophètes 1 », *Archives de médecine physique et de réhabilitation*, vol. 84, N° 10, p. 1417-1425.
- CARRILLO Emilio, CARRILLO Victor, PEREZ Hector, SALAS Debbie, NATALE PEREIRA Ana, et BYRON Alex, 2011, « La définition et le ciblage des limites à l'accès aux soins de santé », *Journal de soin de santé pour le pauvre et du vulnérable*, vol. 22, N° 2, p. 562-575.
- CHIRIACESCU Diana, MARYVONNE de Backer et BOTOKRO Rozenn, 2010, « Handicap International, L'accès des personnes handicapées aux services », *Guide pour les équipes de Handicap International*, septembre 2010.
- COLERIDGE P., 2005, « Personnes handicapées et emploi dans le monde majoritaire : politiques et réalités. Quel avenir qui fonctionne ? », *Personnes handicapées, politique et inclusion sociale*, presse politique.

- GRAHAM Leigh et MANN Joshua. 2008, « Accessibilité aux sites du praticien de soin primaire en Caroline du Sud par les personnes avec des handicaps », *Revue Handicap et santé*, octobre 2008, vol. 1, N° 4, p. 209-214.
- HOFFMAN Jeanne, SHUMWAY-Cook Anne, YORKSTON Kathryn, CIOL Marcia, DUDGEON Brian et CHAN Leighton, 2007, « L'association des limites de mobilité avec la satisfaction du soin de santé et le recours au soin préventif : une étude des bénéficiaires de Medicare », *Archives de médecine physique et de réhabilitation*, vol. 88, N° 5, p. 583-588.
- HORNER-JOHSON Willi, DOBBERTIN Konrad, LEE Jae Chul., et ANDRESEN Elena. 1999, « Disparités d'accès aux soins de santé et reçu de soin préventif par type de handicap : Analyse du panel d'étude sur les dépenses de santé », *Le panel des experts en déficiences et disparités en santé*, 1 décembre 2014, vol. 49, N° 6, p. 1980-1999.
- INGSTAD B, WHYTE S. 2009, « les personnes handicapées en Inde, des engagements aux résultats », *Handicap et culture*, Washington, Banque Mondiale, 2009, université de la Californie, Press 1995.
- JACOB Pascal et JOUSSERANDOT Louis, 2013, « Un droit citoyen pour la personne handicapée : un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement », Paris, *Ministère de la santé*.
- KANCHERLAN Vijaya, VAN NAARDEN BRAUN Kim et YEARGIN-ALLSOPP Marshalyn 2013, « Soins dentaires chez les jeunes adultes avec une déficience intellectuelle », *Recherche en déficience développementale*, mai 2013, vol. 34, N° 5, p. 1630-1641.
- KOHN Robert, SAXENA Shekhar, LEVAV Itzhak et SARACENO Benedetto 2004, « Le déficit de traitement dans le soin de santé mentale », *Bulletin de l'organisation mondiale de la santé*, novembre 2004, vol. 82, N° 11, p. 858-866.
- LEGAGNE Pascale et al., (2015), « L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France ». Tome 1 *Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages*. Les rapports de l'Irdes ; 560, Paris, IRDES.
- MERTEN Julie Williams, POMERANZ Jamie L., KING Jessica L., MOORHOUSE Michael et WYNN Richmond D 2015,

- « Limites du dépistage du cancer chez les personnes vivant avec des handicaps » : Revue de littérature, *Revue Handicap et santé*, janvier 2015, vol. 8, no 1, p. 9-16.
- MILLER P., PARKER S., GILLINSON S, 2004, « Comment lutter contre le dernier préjugé » *Handicap*, Londres.
- MUDRICK Nancy R., BRESLIN Mary Lou, LIANG Mengke et YEE Silvia, 2012, « Accessibilité physique dans les centres de soins de santé primaires : Résultats d'études internes de Californie », *Revue Handicap et santé*, juillet 2012, vol. 5, N° 3, p. 159-167.
- MUNDAY B, 2002, « Services sociaux européens, une carte des caractéristiques et des tendances » Conseil de l'Europe.
- OMS, 2001, « Classification internationale du fonctionnement : Incapacités et santé », Genève.
- OMS, 2005, Enquête World Health Survey en ligne. Statistiques sanitaires mondiales.
<https://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005fr2.pdf>.
- OMS, 2005, « Handicap et Réhabilitation » Programmation globale, appel à mobilisation de ressources et opportunités d'engagement note 2005-2007.
<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-1-menages.pdf>
- OMS, 2008, « Rapport sur la santé dans le monde », *Les soins de santé primaires maintenant plus que jamais*, Genève, Suisse, Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
- OMS, 2008, « Commission des déterminants sociaux de la santé : Combler l'écart en une génération : l'équité en santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé » Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2008.
- OMS, 2011, Rapport Mondial sur le Handicap, Genève, Suisse, Organisation Mondiale de la Santé. En ligne https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_fr.pdf.
- OMS, 2012, Rapport Mondial sur le Handicap, Genève, Suisse, Banque mondiale. En ligne <http://info.stakes.fi/ssd/EN/disabilityandpoverty/facts/index.htm>

- POPPELWELL Nicola, RECHEL Boika, et GARY Abel, 2014, « Comment l'accès au soin primaire est vécu par les adultes avec un handicap physique ? *Une étude transversale chez les patients en Angleterre* », BMJ Open 8 août 2014, vol. 4, N° 8.
- PHARR Jennifer, 2013, « Accès au matériel médical par les patients vivant avec des handicaps dans les services de soins : pourquoi ce manque ? », *Revue Handicap et santé*, avril 2013, vol. 6, n°2, p. 124-132.
- PRINCE Martin, PATEL Vikram, SAXENA Shekhar, MAJ Mario, MASELKO Joanna, PHILLIPS Michael R et RAHMAN Atif 2007, « Pas de santé sans santé mentale », septembre 2007, vol. 370, N° 9590, p. 859-877.
- PETERSON-BESSE Jana J., O'BRIEN Megan S., WALSH Emily S., MONROE-GULICK Amalia, WHITE Glen et DRUM Charles E, 2014, « Disparités dans le recours au soin clinique préventif parmi les catégories de personnes avec des handicaps : Une large étude critique » octobre 2014, vol. 7, N° 4, p. 373-393.
- PETERSON-BESSE Jana J., O'BRIEN Megan S., WALSH Emily S., MONROE-GULICK Amalia, WHITE Glen et DRUM Charles E, 2014, « La conséquence des disparités de santé parmi les catégories de personnes avec des handicaps : Une large étude critique », avril 2014, vol. 7, N° 2, p. 136-150.
- PENNEAU A., et al., 2015, « L'hébergement en institution favorise l'accès aux soins des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap en France ». Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages et Institutions (2008-2009), *Questions d'Économie de La Santé* (Irdes).
- THOMAS P., 2005, Handicap et pauvreté : « objectifs du développement pour le millénaire », Londres, *connaissance en handicap et recherche*.
- TRANI Jean-François et LOEB Mitchell, 2012, « Pauvreté et déficience : un cercle vicieux ? Données d'Afghanistan et de Zambie », *Revue du Développement international*, 1^{er} janvier 2012, vol. 24, p. S19-S52.
- WATSON Well, 2002, « Je sais que cela vous sembler très étrange, mais je ne me considère pas comme une personne handicapée ; identité et handicap », *Handicap et Société*. 17, p. 509-527.