



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2021

N°

COMPARAISON INTERNATIONALE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES
Evaluation de l'accès à la santé des enfants de 0 à 5 ans dans 5 pays.

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 14 janvier 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par DE MIGUEL FERRER Irene

Née le 17/06/1993

à Sant Feliu de Llobregat - Espagne

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2021

N°

COMPARAISON INTERNATIONALE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES
Evaluation de l'accès à la santé des enfants de 0 à 5 ans dans 5 pays.

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 14 janvier 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par DE MIGUEL FERRER Irene

Née le 17/06/1993

à Sant Feliu de Llobregat - Espagne

Année Universitaire 2020-2021
au 1^{er} **Septembre 2020**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | | Discipline |
|-----|-----------------|--------------------------|---|
| M. | Jean-Louis | ALBERINI | Biophysiques et médecine nucléaire |
| M. | Sylvain | AUDIA | Médecine interne |
| M. | Marc | BARDOU | Pharmacologie clinique |
| M. | Jean-Noël | BASTIE | Hématologie - transfusion |
| M. | Emmanuel | BAULOT | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. | Christophe | BEDANE | Dermato-vénéréologie |
| M. | Yannick | BEJOT | Neurologie |
| Mme | Christine | BINQUET | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | Philippe | BONNIAUD | Pneumologie |
| M. | Alain | BONNIN | Parasitologie et mycologie |
| M. | Bernard | BONNOTTE | Immunologie |
| M. | Olivier | BOUCHOT | Chirurgie cardiovasculaire et thoracique |
| M. | Belaid | BOUHEMAD | Anesthésiologie - réanimation chirurgicale |
| M. | Alexis | BOZORG-GRAYELI | Oto-Rhino-Laryngologie |
| M. | Alain | BRON | Ophthalmologie |
| M. | Laurent | BRONDEL | Physiologie |
| Mme | Mary | CALLANAN (WILSON) | Hématologie type biologique |
| M. | Patrick | CALLIER | Génétique |
| Mme | Catherine | CHAMARD-NEUWIRTH | Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière |
| M. | Pierre-Emmanuel | CHARLES | Réanimation |
| M. | Jean-Christophe | CHAUVET-GELINIER | Psychiatrie d'adultes, Addictologie |
| M. | Nicolas | CHEYNEL | Anatomie |
| M. | Alexandre | COCHET | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | Luc | CORMIER | Urologie |
| M. | Yves | COTTIN | Cardiologie |
| M. | Charles | COUTANT | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Gilles | CREHANGE | Oncologie-radiothérapie |
| Mme | Catherine | CREUZOT-GARCHER | Ophthalmologie |
| M. | Frédéric | DALLE | Parasitologie et mycologie |
| M. | Alexis | DE ROUGEMONT | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| M. | Hervé | DEVILLIERS | Médecine interne |
| M. | Serge | DOUVIER | Gynécologie-obstétrique |
| Mme | Laurence | DUVILLARD | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Olivier | FACY | Chirurgie générale |
| Mme | Laurence | FAIVRE-OLIVIER | Génétique médicale |
| Mme | Patricia | FAUQUE | Biologie et Médecine du Développement |
| Mme | Irène | FRANCOIS-PURSELL | Médecine légale et droit de la santé |
| Mme | Marjolaine | GEORGES | Pneumologie |
| M. | François | GHIRINGHELLI | Cancérologie |
| M. | Pierre Grégoire | GUINOT | Anesthésiologie – réanimation chirurgicale |
| M. | Frédéric | HUET | Pédiatrie |
| M. | Pierre | JOUANNY | Gériatrie |
| M. | Sylvain | LADOIRE | Histologie |
| M. | Gabriel | LAURENT | Cardiologie |
| M. | Côme | LEPAGE | Hépto-gastroentérologie |

| | | | |
|-----|------------------|------------------------|--|
| M. | Romarc | LOFFROY | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Luc | LORGIS | Cardiologie |
| M. | Jean-Francis | MAILLEFERT | Rhumatologie |
| M. | Cyriaque Patrick | MANCKOUNDIA | Gériatrie |
| M. | Sylvain | MANFREDI | Hépatogastroentérologie |
| M. | Laurent | MARTIN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. | David | MASSON | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Marc | MAYNADIÉ | Hématologie – transfusion |
| M. | Marco | MIDULLA | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Thibault | MOREAU | Neurologie |
| Mme | Christiane | MOUSSON | Néphrologie |
| M. | Paul | ORNETTI | Rhumatologie |
| M. | Pablo | ORTEGA-DEBALLON | Chirurgie Générale |
| M. | Pierre Benoit | PAGES | Chirurgie thoracique et vasculaire |
| M. | Jean-Michel | PETIT | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M. | Christophe | PHILIPPE | Génétique |
| M. | Lionel | PIROTH | Maladies infectieuses |
| Mme | Catherine | QUANTIN | Biostatistiques, informatique médicale |
| M. | Jean-Pierre | QUENOT | Réanimation |
| M. | Patrick | RAY | Médecine d'urgence |
| M. | Patrick | RAT | Chirurgie générale |
| M. | Jean-Michel | REBIBOU | Néphrologie |
| M. | Frédéric | RICOLFI | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Paul | SAGOT | Gynécologie-obstétrique |
| M | Maxime | SAMSON | Médecine interne |
| M. | Emmanuel | SAPIN | Chirurgie Infantile |
| M. | Emmanuel | SIMON | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Éric | STEINMETZ | Chirurgie vasculaire |
| Mme | Christel | THAUVIN | Génétique |
| M. | Benoit | TROJAK | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| M. | Pierre | VABRES | Dermato-vénérologie |
| M. | Bruno | VERGÈS | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M. | Narcisse | ZWETYENGA | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

| | | | |
|----|--------|--|--|
| M. | Alain | BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021) | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| M. | Pascal | CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021) | Maladies infectieuses |

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

| | | | Discipline Universitaire |
|-----|----------------|-----------------------|---|
| Mme | Lucie | AMOUREUX BOYER | Bactériologie |
| Mme | Louise | BASMACIYAN | Parasitologie-mycologie |
| Mme | Shaliha | BECHOUA | Biologie et médecine du développement |
| M. | Mathieu | BLOT | Maladies infectieuses |
| M. | Benjamin | BOUILLET | Endocrinologie |
| Mme | Marie-Claude | BRINDISI | Nutrition |
| Mme | Marie-Lorraine | CHRETIEN | Hématologie |
| Mme | Vanessa | COTTET | Nutrition |
| M. | Damien | DENIMAL | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Ségolène | GAMBERT | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Françoise | GOIRAND | Pharmacologie fondamentale |
| M. | Charles | GUENANCIA | Physiologie |
| Mme | Agnès | JACQUIN | Physiologie |
| M. | Alain | LALANDE | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | Louis | LEGRAND | Biostatistiques, informatique médicale |
| Mme | Stéphanie | LEMAIRE-EWING | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Pierre | MARTZ | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. | Alain | PUTOT | Gériatrie |
| M. | Paul-Mickaël | WALKER | Biophysique et médecine nucléaire |

PROFESSEURS EMERITES

| | | | |
|-----|---------------|---------------------|----------------------------|
| M. | Laurent | BEDENNE | (01/09/2017 au 31/08/2020) |
| M. | Jean-François | BESANCENOT | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Bernard | BONIN | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | François | BRUNOTTE | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Jean-Marie | CASILLAS-GIL | (01/09/2020 au 31/08/2023) |
| M. | Philippe | CAMUS | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Jean | CUISENIER | (01/09/2018 au 31/08/2021) |
| M. | Jean-Pierre | DIDIER | (01/11/2018 au 31/10/2021) |
| Mme | Monique | DUMAS | (01/09/2018 au 31/08/2021) |
| M. | Claude | GIRARD | (01/01/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Maurice | GIROUD | (01/09/2019 au 31/12/2021) |
| M. | Patrick | HILLON | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | François | MARTIN | (01/09/2018 au 31/08/2021) |
| M. | Henri-Jacques | SMOLIK | (01/09/2019 au 31/08/2022) |
| M. | Pierre | TROUILLOUD | (01/09/2020 au 31/08/2023) |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|-----|--------|------------------|-------------------|
| Mme | Katia | MAZALOVIC | Médecine Générale |
| Mme | Claire | ZABAWA | Médecine Générale |

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|----|----------|---------------|-------------------|
| M. | Didier | CANNET | Médecine Générale |
| M. | Arnaud | GOUGET | Médecine Générale |
| M. | François | MORLON | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|-----|-----------|----------------------------|-------------------|
| M. | Jérôme | BEUGRAND | Médecine Générale |
| M. | Clément | CHARRA | Médecine Générale |
| Mme | Anne | COMBERNOUX -WALDNER | Médecine Générale |
| M. | Benoit | DAUTRICHE | Médecine Générale |
| M. | Alexandre | DELESVAUX | Médecine Générale |
| M. | Rémi | DURAND | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | | | |
|-----|-----------|----------------|---------------------|
| Mme | Lucie | BERNARD | Anglais |
| M. | Didier | CARNET | Anglais |
| Mme | Catherine | LEJEUNE | Pôle Epidémiologie |
| M. | Gaëtan | JEGO | Biologie Cellulaire |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | | | |
|-----|----------|---------------|-------------|
| Mme | Marianne | ZELLER | Physiologie |
|-----|----------|---------------|-------------|

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

| | | | |
|-----|-----------|-----------------|---------|
| Mme | Marceline | EVRARD | Anglais |
| Mme | Lucie | MAILLARD | Anglais |

PROFESSEURS CERTIFIES

| | | | |
|-----|----------|---------------------|---------|
| Mme | Anaïs | CARNET | Anglais |
| M. | Philippe | DE LA GRANGE | Anglais |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|-----|----------|----------------|--|
| M. | Mathieu | BOULIN | Pharmacie clinique |
| M. | François | GIRODON | Sciences biologiques, fondamentales et cliniques |
| Mme | Evelyne | KOHLI | Immunologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|----|----------|----------------|--------------------------|
| M. | Philippe | FAGNONI | Pharmacie clinique |
| M. | Marc | SAUTOUR | Botanique et cryptogamie |
| M. | Antonin | SCHMITT | Pharmacologie |

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur HUET Frédéric

Membres : Madame le Professeur BINQUET Christine
Monsieur le Professeur Associé CANNET Didier (directeur)
Monsieur le Professeur Associé MORLON François
Monsieur le Docteur D'ATHIS Philippe

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

AUX MEMBRES DU JURY

A Monsieur le Professeur Frédéric Huet,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

A Monsieur le Professeur Didier Cannet,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, d'avoir priorisé et optimisé les multiples idées en leur donnant une cohérence, de m'avoir patiemment soutenu pendant ces trois années de travail. Trouvez ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Philippe d'Athis,

Merci pour vos conseils et votre soutien depuis les premières ébauches du questionnaire jusqu'aux dernières corrections du manuscrit. Veuillez trouver ici ma profonde reconnaissance.

A Madame le Professeur Christine Binquet,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury et pour notre échange initial. Soyez assurée de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François Morlon,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury, ainsi que pour votre enthousiasme. Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance.

A CEUX QUI ONT COLLABORE

A Madame le Docteur Candan Kendir,

This study could not have been realized without you. Thanks for your advices, for your help and for your support. It has been a real pleasure to collaborate with you. May we work together again.

A Madame le Docteur Gamze Akyol

Thanks for your welcome, for your preparation and your dedication while we were there. With you, it has been a piece of cake. Teşekkürler.

A Madame Rojina Karki

Thank you for your help and support through the NHRC tons of papers. This thesis would not be achieved without you. धन्यवाद

A Monsieur le Docteur Thomas Rougier

Tu fais partie de ma vie. Merci pour ton soutien inconditionnel, les coups de pédales, les conseils, ton énergie de demander encore et encore aux passants, pour la stratégie des trois « oui ». Notre Aventure ne fait que commencer.

A Eliott,

Merci d'avoir pédalé les 900 premiers kilomètres avec nous. Tu nous as donné l'énergie d'aller jusqu'au bout. Tu es notre boule de joie.

A Madame le Docteur Assumpta Ferrer Feliu,

Gràcies per haver-me embarcat en aquesta aventura de la medicina de família, pels kilòmetres compartits, pels teus consells, i per ser-hi sempre.

A Michelle, Daniela, Ozan, Dharma, Rahul, Monika, Sofia, Erico, Dario, Maria et Juan-Carlos pour la traduction.

A Avila, Messila et Promish pour leur aide généreuse et désintéressée à Bharatpur.

Aux participants, aux patients, c'est grâce à eux que je suis ici aujourd'hui.

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| LISTE DES TABLEAUX..... | 12 |
| LISTE DES FIGURES..... | 13 |
| LISTE DES ANNEXES | 14 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 15 |
| AVANT-PROPOS..... | 16 |
| I. INTRODUCTION..... | 17 |
| 1. CONTEXTE..... | 17 |
| 2. THEME..... | 17 |
| 3. SUJET | 17 |
| 4. OBJECTIFS | 18 |
| II. MATERIEL ET METHODES..... | 19 |
| 1. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE..... | 19 |
| 2. CONTEXTE..... | 19 |
| 2.1. PAYS..... | 19 |
| 2.2. VILLES..... | 20 |
| 2.3. DATES ET PERIODES DE RECRUTEMENT | 20 |
| 2.4. AUTORISATIONS DE MENER L'ETUDE..... | 20 |
| 3. POPULATION..... | 21 |
| 4. SOURCE DE DONNEES..... | 21 |
| 5. VARIABLES..... | 22 |
| 6. BIAIS | 22 |
| 7. NOMBRE DE PARTICIPANTS | 22 |
| 8. ANALYSES STATISTIQUES | 23 |
| III. RESULTATS | 24 |
| 1. RECUEIL DE DONNEES..... | 24 |
| 2. PARTICIPATION..... | 24 |
| 2.1. RESPONSABLES | 25 |
| 2.2. ENFANTS | 26 |
| 3. ACCES AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES PAR PAYS..... | 27 |
| 3.1. LLEIDA (138 956 habitants) en Espagne..... | 27 |
| 3.2. DIJON (156 920 habitants) en France..... | 27 |
| 3.3. KARDZHALI (70 097 habitants) en Bulgarie..... | 28 |
| 3.4. GAZIEMIR (137 808 habitants) en Turquie..... | 28 |

| | | |
|------|--|----|
| 3.5. | BHARATPUR (147 777 habitants) au Népal | 29 |
| 4. | COMPARAISON | 30 |
| 4.1. | CONTACT AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTE..... | 30 |
| 4.2. | ORDRE DE CONTACT..... | 30 |
| 4.3. | PERSONNE CONSEIL | 30 |
| 4.4. | ACCES AU PROFESSIONNEL DE SANTE..... | 31 |
| 4.5. | ACCES AU TRAITEMENT | 32 |
| 4.6. | CONNAISSANCES EN SANTE..... | 32 |
| 4.7. | SOURCES D'INFORMATION EN SANTE..... | 33 |
| 4.8. | SCORE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES..... | 34 |
| IV. | DISCUSSION..... | 35 |
| 1. | CRITIQUE DES METHODES | 35 |
| 2. | CRITIQUE DES RÉSULTATS | 35 |
| V. | CONCLUSIONS..... | 40 |
| VI. | AUTRES INFORMATIONS..... | 41 |
| 1. | FINANCEMENT | 41 |
| 2. | CONFLIT D'INTERET | 41 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 42 |
| | ANNEXES | 46 |
| | ANNEXE 1 : AUTORISATIONS DE MENER L'ETUDE | 46 |
| | 1. Comité de protection des personnes Est 1 | 46 |
| | 2. Comité éthique Turc | 47 |
| | 3. Comité éthique Népal..... | 48 |
| | ANNEXE 2 : FORMULAIRE DU RECUEIL DES DONNEES | 49 |
| | 1. Espagnol | 49 |
| | 2. Français | 51 |
| | 3. Bulgare..... | 53 |
| | 4. Turc..... | 55 |
| | 5. Népal..... | 57 |

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Description des sites étudiés.

Tableau 2. Caractéristiques des responsables.

Tableau 3. Détail du score Epices.

Tableau 4. Accès au professionnel de santé.

Tableau 5. Accès au traitement.

Tableau 6. Connaissances des responsables sur la diarrhée aiguë.

Tableau 7. Sources d'information en santé pour la diarrhée aiguë.

Tableau 8. Score d'accès aux soins de santé primaires.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux des personnes sollicitées.

Figure 2. Age des responsables.

Figure 3. Age des enfants.

Figure 4. Contact à un professionnel de santé.

Figure 5. Moyennes au score d'accès aux soins primaires.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATIONS DE MENER L'ETUDE

1. Comité de protection des personne Est 1
2. Comité éthique Turc
3. Comité éthique Népal

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DU RECUEIL DES DONNEES

4. Espagnol
5. Français
6. Bulgare
7. Turc
8. Népal

LISTE DES ABREVIATIONS

| | |
|-------------------|--|
| APL | Accessibilité Potentielle Localisée |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CISP-2 | Classification Internationales des Soins Primaires -2 |
| <i>GEMS</i> | <i>Global Enteric Multicenter Study</i> |
| <i>HUAS</i> | <i>Health Care Utilisation and Attitude Survey</i> |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| <i>PC-Monitor</i> | <i>Primary Care Monitor</i> |
| PS | Professionnel de Santé |
| SRO | Solution de Réhydratation Orale |
| SSP | Soins de Santé Primaires |
| TTT | Traitement |
| <i>WONCA</i> | <i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i> |

AVANT-PROPOS

Originaire d'Espagne, j'ai découvert le système de soins Français lors de ma cinquième année de médecine, grâce au programme Erasmus à Lyon. J'ai ensuite passé mon internat en Bourgogne. Les différences avec l'Espagne de l'exercice de la médecine générale, découvertes lors de mon stage de niveau 1, m'ont frappée : si entre deux pays voisins, appartenant tous les deux à l'Europe, les différences sont si grandes, est-ce encore plus différent dans d'autres pays ?

Mes années d'internat ont coïncidé avec une mutation du système de soins français. Pourquoi ne pas aller plus loin dans ce sens, et apprendre les uns des autres, en partageant nos *best practices* ? Les problèmes français se posent sûrement dans d'autres pays, où une solution a peut-être déjà été trouvée. Après deux formations, dont la *Primary Care Summer School* à Angers, le *Strengthening Community Health Worker Programs* à Harvard, et le soutien du Pr Cannet (directeur de la thèse), une étude a pris forme.

J'ai ensuite profité de circonstances personnelles : mon mariage avec Thomas nous a encouragé à réaliser un voyage de noces... atypique. Il nous a permis de recueillir les données de l'étude. Nous voulions partir du lieu du mariage en Espagne jusqu'au Népal, à vélo.

C'est ainsi que la grande Aventure qu'a été cette thèse a commencé.



L'Europe, vue depuis l'Asie

I. INTRODUCTION

1. CONTEXTE

Le plan national de santé publique français intègre désormais les soins de santé primaires⁽¹⁾. La littérature scientifique met en évidence que les renforcer amène à un système de soins efficient et équitable⁽²⁾. Il a été observé qu'un médecin généraliste supplémentaire pour 10 000 habitants est associée à une diminution de 3 à 10 % de la mortalité⁽³⁾. L'OMS a déclaré en 2018 à Astana (Kazakhstan) « *Nous affirmons avec force notre engagement en faveur du droit fondamental de tout être humain d'accéder au meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, sans distinction d'aucune sorte* »⁽⁴⁾.

2. THEME

Améliorer le système français de soins de santé primaires passe donc par une amélioration de l'accès à la santé⁽⁵⁾. Nous avons pris pour définition de « Santé : *état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » d'après l'OMS ⁽⁶⁾, et pour définition de « soins de santé primaires » celle de la *WONCA*⁽⁷⁾ et de Haggerty et al.⁽⁸⁾ entendant par « accès aux soins de santé primaires » l'accès non seulement aux soins mais aussi à l'éducation en santé.

3. SUJET

Comme Hartmann⁽⁹⁾ et Bourgueil⁽¹⁰⁾, nous avons voulu mettre en perspective le système de santé primaire français en le comparant avec d'autres pays. Nous avons pris le point de vue des usagers pour comparer, selon l'accès aux soins de santé primaires, la France, l'Espagne, la Bulgarie, la Turquie et le Népal. Le choix des pays s'explique ainsi : l'Espagne, pays voisin de la France avec le meilleur score en soins de santé primaires d'Europe⁽¹¹⁾ ; le Népal, pays lointain, culturellement différent, où le recours à la médecine traditionnelle est important⁽¹²⁾ et où le système de soins est centré sur les soins primaires⁽¹³⁾. Les autres pays devaient se trouver sur notre route à vélo entre l'Espagne et le Népal. Nous avons choisi la Bulgarie, ancien pays de l'Union Soviétique, et la Turquie, pays frontière entre l'Europe et l'Asie. Ces cinq pays ont des niveaux économiques et des systèmes de santé différents, mais aussi des systèmes de soins de santé primaires depuis plus de vingt ans^(14,15).

Nous avons exploré les différents moyens d'obtenir une consultation, un traitement, et des connaissances en santé. Nous avons enquêté, dans une ville de chaque pays, sur les enfants de 0 à 5 ans récemment atteints de diarrhée aiguë, symptomatologie facilement identifiable par les parents⁽¹⁶⁾ et pouvant entraîner le décès.

4. OBJECTIFS

L'objectif principal était de comparer les cinq pays selon l'accès aux professionnels de santé de premier recours des parents ayant un enfant atteint de diarrhée aiguë.

Les objectifs secondaires étaient de comparer les cinq pays selon l'accès au traitement et selon l'éducation en santé des parents.

II. MATERIEL ET METHODES

1. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE

Cette étude est quantitative, avec un recrutement multicentrique et des données déclaratives.

2. CONTEXTE

2.1. PAYS

Les pays étudiés ont des caractéristiques démographiques et de santé différentes comme le montre le tableau suivant.

Tableau 1. Description des sites étudiés

| | ESPAGNE | FRANCE | BULGARIE | TURQUIE | NEPAL | |
|--|---|--|---|---|--|---|
| INDICATEURS NATIONAUX | PIB/ personne (en USD, 2019) ⁽¹⁷⁾ | 29 614 | 40 494 | 9 738 | 9 042 | 1 071 |
| | IDH (2018) ⁽¹⁸⁾ | 0.893 | 0.891 | 0.816 | 0.807 | 0.579 |
| | Système de soins | NHS ^(14,19) | SHI ^(14,20) | SHI ^(14,21) | SHI ^(14,22) | NHS ⁽²³⁾ |
| | % PIB dépensé en santé (2017) ⁽¹⁷⁾ | 8.87 | 11.31 | 8.10 | 4.22 | 5.55 |
| | Dépenses courantes de santé par personne (en USD, 2017) ⁽¹⁷⁾ | 2506 | 4380 | 664 | 445 | 48 |
| | Espérance de vie à la naissance (2018) ⁽¹⁷⁾ | 83 ans | 83 ans | 75 ans | 77 ans | 70 ans |
| | Mortalité < 5 ans (/ 1 000 naissances) (2019) ⁽¹⁷⁾ | 3.1 | 4.5 | 6.7 | 10.0 | 30.8 |
| | Couverture universelle de santé (2015) ⁽²⁴⁾ | 77 % | ≥ 80 % | 64 % | 71 % | 46 % |
| | Nombre de médecins / 1 000 habitants ^(25,26) | 3,82 (2014) | 3,23 (2015) | 4,00 (2014) | 1,75 (2014) | 0,18 (2013) |
| | Nombre d'infirmiers / 1000 habitants ^(25,26) | 5,15 (2013) | 9,95 (2014) | 4,47 (2013) | 1,83 (2013) | 0,50 (2013) |
| | % de MG (sur tous les médecins) ^(25,26) | 20.9% (2009) | 25.9% (2009) | 19.6% (2005) | 25,9% (2009) | 64% (2013) |
| | Date de reconnaissance de la spécialité MG | 1979 ⁽¹⁴⁾ | 2004 ⁽¹⁴⁾ | 1998 ⁽¹⁴⁾ | 1993 ⁽¹⁴⁾ | 1982 ⁽²⁷⁾ |
| | Age moyen de la mère au premier enfant | 31,0 (2018) ⁽²⁸⁾ | 30,7 (2019) ⁽²⁹⁾ | 27,3 (2019) ⁽³⁰⁾ | 26,4 (2019) ⁽³¹⁾ | 21,6 (médiane de 2016) ⁽¹⁷⁾ |
| | Enfant par femme (2018) ⁽¹⁷⁾ | 1,26 | 1,88 | 1,56 | 2,07 | 1,92 |
| % filles 0 – 4 ans (2019) ⁽¹⁷⁾ | 48 % | 49 % | 49 % | 49 % | 49 % | |
| VILLES | | | | | | |
| Population totale | Lleida 138 956 (2019) ⁽²⁸⁾ | Dijon 156 920 (2017) ⁽²⁹⁾ | Kardzhali 70 097 (2019) ⁽³⁰⁾ | Gaziemir 137 808 (2019) ⁽³¹⁾ | Bharatpur 147 777 (2011) ⁽³²⁾ | |

PIB: Produit intérieur brut; USD: dollars américains ; IDH : index de développement humain ; SHI : Social Health Insurance ; NHS : National Health System ; MG : médecine générale

Relativement aux autres pays, l'Espagne a le plus grand IDH et la plus basse mortalité infantile. La France a le PIB par personne le plus élevé, et la reconnaissance la plus tardive de la spécialité de médecine générale. La Bulgarie a le plus grand nombre de médecins par habitant mais la deuxième plus basse couverture de maladie universelle. La Turquie a une espérance de vie à la naissance qui est intermédiaire relativement aux autres pays et le pourcentage du PIB dépensé en santé qui est le plus bas. Le Népal a le plus petit IDH et le plus grand pourcentage de médecins généralistes.

2.2. VILLES

La définition de bassin de vie en fonction de l'index APL⁽³³⁾ utilisé en France n'était pas applicable dans tous les pays. Pour simplifier, et éviter un biais dû à l'importante variabilité des populations, nous avons décidé de comparer des villes, une par pays, avec le même nombre d'habitants que Dijon. A l'exception de l'Espagne et de la France, dont on connaissait suffisamment les systèmes de soins, les recherches initiales ont été menées avec des professionnels de santé (PS) locaux bilingues. Ceux-ci ont aidé à sélectionner la ville, connaître les démarches nécessaires - en indiquant si besoin les autorisations à demander - et enfin à traduire et diffuser les questionnaires. Nous avons eu l'aide en Bulgarie du président du *National Center of Public Health and Analyses*, ainsi que celle d'étudiants en pharmacie et en médecine. Nous avons pu collaborer en Turquie avec Dr Akyol, médecin généraliste, et au Népal avec Mme Karki, infirmière qui a suivi le M2 de Santé Publique en France. Le tout grâce à l'appui de Mme le Dr Kendir, médecin généraliste turc, aussi étudiante au M2 cité et chercheuse au projet RESPIRE. Ainsi nous avons sélectionné cinq villes : Lleida (Espagne), Dijon (France), Kardzhali (Bulgarie), Gazimir (Turquie) et Bharatpur (Népal).

2.3. DATES ET PERIODES DE RECRUTEMENT

L'enquête a alors été menée à deux (Irene de Miguel Ferrer et Thomas Rougier, docteur en pharmacie). Cela s'est fait au Népal le 8 mai 2019, en Bulgarie le 11 août 2019 et en Turquie les 19 et 20 août 2019. En Espagne le recueil s'est fait le samedi 24 août 2019, et en France les 29, 31 août et le 1^{er} septembre.

2.4. AUTORISATIONS DE MENER L'ETUDE

En Espagne, le comité éthique de l'hôpital de Bellvitge a validé l'expertise émise à Dijon. En France, le Pr Jean-Pierre Quenot, du comité d'éthique de Dijon, s'est prononcé le 3 avril 2019 : l'étude est hors loi Jardé et n'a pas à être examinée par un comité d'éthique. En Bulgarie, le Pr Petko Salchev, directeur du *National Center of Public Health and Analyses of Bulgaria* et chercheur à la *Bulgarian Academy of Sciences*, a déclaré que l'étude ne nécessitait pas d'autorisation particulière puisqu'elle n'exigeait pas de données personnelles. En Turquie, une autorisation

auprès du comité d'éthique de l'université *Dokuz Eylül* a été préparée par Dr Akyol (n°4840-GOA). Au Népal le *Nepal Health Research Council* a approuvé l'étude (n°206/2019), cf Annexe 1 pour toutes les autorisations.

3. POPULATION

Dans chaque ville nous devons recruter 25 responsables d'enfants de zéro à cinq ans. Le formulaire était à présenter à toute personne se disant responsable d'un enfant de moins de 5 ans. La personne était incluse si elle pouvait répondre au questionnaire, si la famille vivait dans le pays, et si l'enfant avait eu au moins un épisode de diarrhée dans l'année écoulée (en comprenant par diarrhée, l'émission d'au moins trois selles molles ou liquides par jour).

Nous devons exclure les participants ne se rappelant pas ce qu'ils avaient fait au dernier épisode de diarrhée aigüe de leur enfant, et ceux remettant un questionnaire incomplet.

4. SOURCE DE DONNEES

Les études retrouvées comparant l'accès aux soins pour la diarrhée aiguë avaient recueilli les données de porte à porte, par téléphone ou sur le lieux de soins^(16,34-36). Le porte à porte et les appels téléphoniques n'étaient pas possibles pour notre étude, et les lieux de soins génèrent un important biais de sélection dans l'évaluation de l'accès aux soins. Nous avons dans un premier temps décidé de repérer les responsables d'enfants de moins de cinq ans sur les marchés publics et de les interroger.

Les participants devaient remplir un formulaire en pouvant être aidés par un enquêteur sur place. Nous avons rédigé le formulaire nous-même, en faisant valider la version française par Dr d'Athis et Pr Cannet. Afin de vérifier la méthode de recueil dans son ensemble, un test a été réalisé en France, au Bourget-du-Lac, en août 2018, ce qui a mené à modifier le formulaire et le lieu de recueil : le repérage était compliqué au marché, où les parents se rendent sans leurs enfants, mais plus simple sur les places de jeux publique. Un nouveau test, réalisé en janvier 2019 à Dijon avec trois proches, a confirmé les nouvelles modalités.

Le formulaire a ensuite été traduit pour chaque pays selon un procédé « *back to back* » : une première personne traduisait dans sa langue à partir du français, puis une deuxième personne retraduisait en français sans avoir vu le texte initial. Une synthèse était faite par une troisième personne bilingue en comparant les deux versions françaises et en modifiant si nécessaire la traduction. Ainsi une première traduction *back to back* en anglais a été réalisée (par Michelle, Daniela et Irene) et a servi à faire les traductions *back to back* en Turc (par Ozan, Gamze et Candan), en Népal (par Dharma, Rahul et Rojina) et en Bulgare (par Monika, Sofia et Erico). La traduction en espagnol a été faite à partir de la version française (par Dario, Maria et Juan-Carlos).

5. VARIABLES

Le formulaire contenait 35 questions en trois parties. La première partie évaluait l'accès à l'éducation en santé à travers les connaissances des responsables sur la diarrhée aiguë d'un enfant de moins de cinq ans : les caractéristiques de *prévention* (allaitement et lavage de mains), *premiers soins* (solution de réhydratation orale -SRO, poursuite d'allaitement) et *signes d'alerte* (amenant à consulter) ont été définies par 6 questions fermées « Oui » ou « Non ». Il y avait ensuite 1 question à choix multiple sur l'origine de ces connaissances (*source d'information en santé*). La deuxième partie évaluait l'accès au PS et l'accès au traitement lors du dernier épisode de diarrhée aiguë : une première question - ouverte - demandait qui était la *personne conseil*, une deuxième question - fermée - correspondait au critère principal de l'étude : « [Lors du dernier épisode de diarrhée de votre enfant de moins de cinq ans] avez-vous contacté un professionnel de la santé ? ». Ensuite 8 questions à choix unique demandaient les caractéristiques de contact et d'accès au PS et au traitement (*offre de soins, accessibilité géographique, financière*). Une dernière question demandait l'ordre dans lequel seraient contactés les différents PS (*ordre de contact*). Enfin, la troisième partie posait les questions ouvertes âge et nombre d'enfants à charge, puis les questions fermées sexe et relation à l'enfant. L'aspect *socio-économique* a été évalué par le score Epices (11 questions à choix unique).

6. BIAIS

Afin de limiter les biais d'inclusion, un motif de consultation précis et compréhensible par les responsables d'enfants a été choisi : la diarrhée aiguë (motif de consultation D11 dans la classification CISP-2). De plus, les deux enquêteurs ont toujours réalisé ou supervisé chaque recueil de données. Le formulaire était rempli anonymement par le participant, pour que celui-ci puisse être sincère. Pour éviter des biais liés aux différences culturelles, dans la façon de répondre au questionnaire, on a cherché, avant de présenter le questionnaire, à s'imprégner de chaque culture locale en traversant lentement chaque pays à vélo. Les biais de recrutement liés aux catégories socio-professionnelles ont été réduits en sélectionnant des villes avec le même nombre d'habitants. Le lieu de sollicitation des personnes a été choisi pour que le recrutement soit diversifié : les places publiques de jeux d'enfants.

7. NOMBRE DE PARTICIPANTS

Le critère principal de l'étude est la variable qualitative binaire *Contact avec un professionnel de santé*. La littérature sur le comportement des responsables d'enfants de moins de 5 ans malades dans des pays en développement mentionne, pour la diarrhée, un recours aux professionnels de santé à 67,3% en Afrique, 78,7 % en Asie et 40,5% en Amérique Latine⁽¹⁶⁾ .

Nous avons déterminé le nombre de réponses à obtenir par pays en nous basant sur la fréquence 50% (donnant le nombre maximal) : nous pourrions comparer les cinq fréquences de « Oui » avec le test du Chi2 s'il y avait au moins 25 réponses par pays.

8. ANALYSES STATISTIQUES

Les données ont été transcrites dans un tableau de type Excel. Les données manquantes n'ont pas été considérées sauf pour les connaissances sur la diarrhée aiguë (« *ne sais pas* » codé 2) et la *Personne conseil* (Donnée Manquante codée DM) où l'absence était jugée informative. Pour l'accès au professionnel de santé, l'absence de réponse aux modalités de contact était notée Non Applicable (NA) lorsque le responsable déclarait ne pas en avoir contacté. Pour la variable *Ordre de contact*, le « jamais vu » a été codé 0.

L'analyse statistique a été faite par Dr D'Athis avec son logiciel Triomphe développé au service de Biostatistique et informatique médicale du CHU de Dijon.

Chaque variable quantitative (*âge du responsable* et *âge de l'enfant*) a été présentée avec médiane et moyenne (et écart type), et analysée en fonction du pays avec le test de Kruskal-Wallis.

Chaque variable qualitative (questions en oui/non, *personne contactée*, chaque *modalité de contact*, *sexe du responsable*) a été présentée en fréquences, et analysée en fonction du pays avec le test exact de Fisher (ou le test approximatif du Chi2 si nécessaire).

Si des effectifs étaient insuffisants pour ces analyses, des modalités ont été réunies.

III. RESULTATS

1. RECUEIL DE DONNEES

Les données ont été recueillies du 8 mai au 1^{er} septembre 2019.

En Espagne (le 24 août) et en France (les 29 et 31 août, et le 1^{er} septembre), il n’y avait pas de collaborateur sur place et les échanges se faisaient dans les langues officielles du pays, dans des places de jeux publiques.

En Bulgarie (le 11 août), le recrutement s’est fait sans collaborateur local, les échanges se faisant en anglais ou avec l’aide de *Google trad* dans les places de jeux publiques.

En Turquie (les 19 et 20 août), les autorisations pour réaliser une étude dans un lieu public n’ont pas été obtenues. Aussi avons-nous sollicité des parents venant pour une visite obligatoire dans un centre de Soins de Santé primaires : cela s’est fait avec l’aide de Mme le Dr Akyol et d’internes en médecine générale qui ont informé en turc les parents.

Au Népal (le 8 mai), il n’a pas été trouvé à Bharatpur de place de jeux publique, et les interviews ont été faites dans la rue. Il n’y avait pas de collaborateur sur place mais nous avons eu l’aide d’Avila, un étudiant en pharmacie, et de Messila, une infirmière, qui se sont proposés de traduire pour les parents. Nous avons aussi eu l’aide d’un cafetier, Promish, accueillant les familles pour le remplissage des questionnaires.

2. PARTICIPATION

Nous avons sollicité 206 personnes dans les cinq pays et 18 ont refusé de remplir le formulaire. Parmi les formulaires obtenus, 63 étaient non conformes aux critères d’inclusion : 6 pour données manquantes, 6 pour responsable ne vivant pas sur place, 5 pour absence de garde d’enfants pendant un épisode de diarrhée, 27 pour enfant n’ayant jamais eu de diarrhée et 19 pour enfant âgé de plus de 5 ans. Nous avons donc obtenu n=125 formulaires complets et exploitables, 25 dans chaque pays, soit un taux de participation de 60,7% (des sollicités).

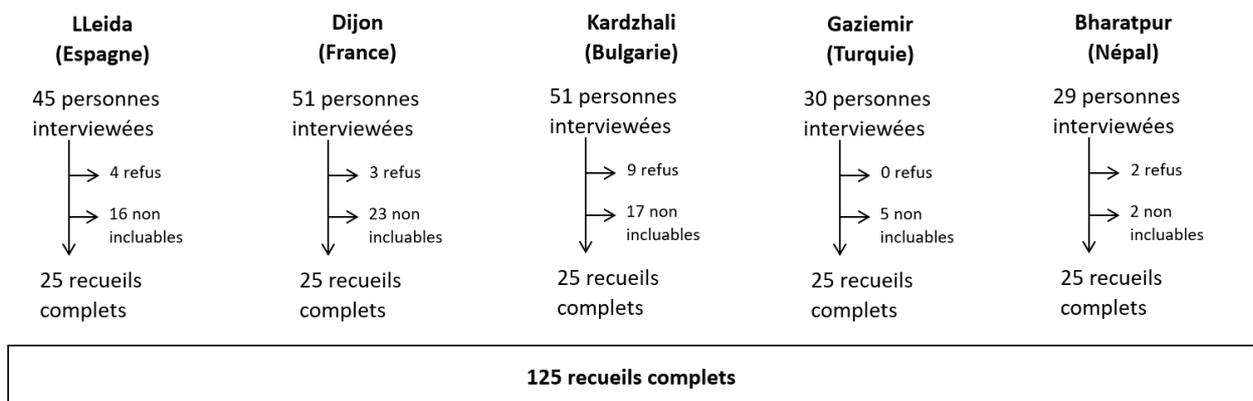


Figure 1. Diagramme de flux des personnes sollicitées

2.1. RESPONSABLES

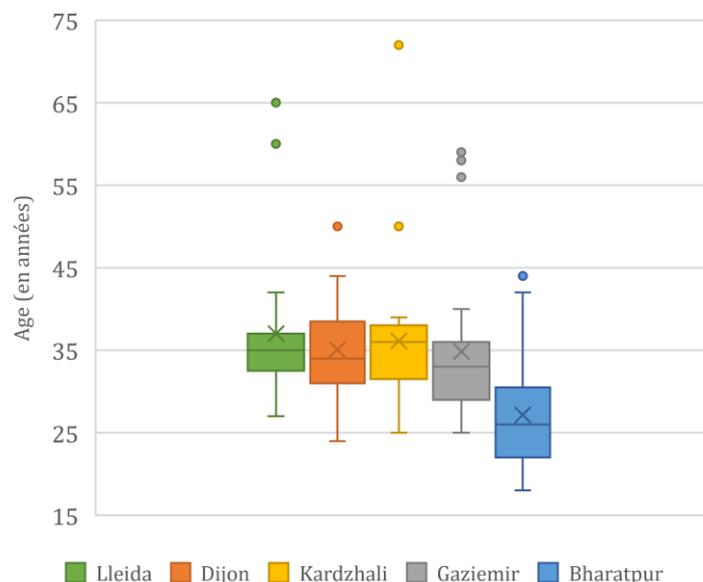
Les **femmes** représentent 78,4% (n=98) des répondants, et sont majoritaires dans chaque ville. Le **nombre d'enfants à charge** varie de 1 à 9 : à Dijon et Gaziemir les responsables ont pour la plupart au moins deux enfants à charge alors que dans les autres trois villes ils sont majorité à n'en avoir qu'un seul. Cette différence entre villes n'est pas significative.

Tableau 2. Caractéristiques des responsables

| | | LLEIDA (Espagne) | DIJON (France) | KARDZHALI (Bulgarie) | GAZIEMIR (Turquie) | BHARATPUR (Népal) | P-valeur (significative si < 0,05) |
|----------------------------|------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|--|
| Sexe | Féminin | 76 % (19) | 72 % (18) | 76 % (19) | 88 % (22) | 80 % (20) | 0,703* |
| | Masculin | 24 % (6) | 28 % (7) | 24 % (6) | 12 % (3) | 20 % (5) | |
| Enfants à charge | un | 68 % (17) | 32 % (8) | 52 % (13) | 48 % (12) | 60 % (15) | 0,117* |
| | ≥ deux | 32 % (8) | 68 % (17) | 48 % (12) | 52 % (13) | 40 % (10) | |
| Relation à l'enfant | père/mère | 92 % (23) | 100 % (25) | 92 % (23) | 88 % (22) | 96 % (24) | 0,482* |
| | Autres | 8 % (2) | 0 % (0) | 8 % (2) | 12 % (3) | 4 % (1) | |
| Score Epices | Pas de précarité | 80 % (20) | 80 % (20) | 84 % (21) | 60 % (15) | 24 % (6) | < 0,0001* |
| | Précarité | 20 % (5) | 20 % (5) | 16 % (4) | 40 % (10) | 76% (19) | |
| | | Moyenne | Moyenne | Moyenne | Moyenne | Moyenne | |
| Age (années) | | 37,0 (8,3) | 35,1 (6,0) | 36,1 (9,0) | 34,8 (9,4) | 27,2 (7,0) | < 0,0001** |

*Test statistique du Chi2 ou exact de Fisher **Test de Kruskal-Wallis

La **relation à l'enfant** est pour 93,6 % des participants : père ou mère. Cette fréquence varie peu de Dijon à Gaziemir. Les autres relations citées sont *sœur* à Bharatpur (1 cas), et *grand-mère* à Gaziemir, Kardzhali et Lleida (7 cas).



L'**âge** des participants va de 18 à 72 ans. Les moyennes sont de 37,0 ans à Lleida, 36,1 ans à Kardzhali, 35,1 ans à Dijon et 34,8 ans à Gaziemir. A Bharatpur elle est de 27,2 ans, ce qui est significativement inférieur.

Figure 2. Age des responsables

Le **score EPICES** a été catégorisé en « précarité » pour tous les résultats $\geq 30,17$, et « pas de précarité » pour ceux $< 30,17^{(37)}$ à la fin du *Tableau 2*. Il est présenté en détail ci-dessous.

Tableau 3. Détail du score Epices

| | LLEIDA | DIJON | KARDZHALI | GAZIEMIR | BHARATPUR | P-VALEUR |
|---------------------------------|-----------|------------|------------|------------|-----------|----------|
| RECOURS A UN TRAVAILLEUR SOCIAL | 16 % (4) | 8 % (2) | 24 % (6) | 8 % (2) | 80 % (20) | < 0,0001 |
| MUTUELLE | 52 % (13) | 92 % (23) | 100 % (25) | 72 % (18) | 20 % (5) | < 0,0001 |
| EN COUPLE | 92 % (23) | 68 % (17) | 96 % (24) | 96 % (24) | 96 % (24) | 0,0031 |
| PROPRIETAIRE | 68 % (17) | 48 % (12) | 96 % (24) | 60 % (15) | 56 % (14) | 0,0045 |
| DIFFICULTES FINANCIERES | 20 % (5) | 20 % (5) | 28 % (7) | 56 % (14) | 40 % (10) | 0,0305 |
| SPORT < 12 MOIS | 72 % (18) | 76 % (19) | 64 % (16) | 52 % (13) | 28 % (7) | 0,0040 |
| SPECTACLE < 12 MOIS | 60 % (15) | 80 % (20) | 76 % (19) | 36 % (9) | 40 % (10) | 0,0022 |
| VACANCES < 12 MOIS | 80 % (20) | 84 % (21) | 80 % (20) | 68 % (17) | 52 % (13) | 0,071 |
| CONTACT FAMILLE < 6 MOIS | 92 % (23) | 100 % (25) | 92 % (23) | 84 % (21) | 88 % (22) | 0,356 |
| AIDE POUR HEBERGEMENT SI BESOIN | 80 % (20) | 88 % (22) | 88 % (22) | 100 % (25) | 88 % (22) | 0,272 |
| AIDE POUR UN PRET SI BESOIN | 80 % (20) | 92 % (23) | 96 % (24) | 92 % (23) | 80 % (20) | 0,257 |
| PRECARITE (TOTAL ≥ 30,17) | 20 % (5) | 20 % (5) | 16 % (4) | 40 % (10) | 76 % (19) | < 0,0001 |

Tests statistiques du Chi2 ou exact de Fisher

Plusieurs éléments du score montrent une différence significative : le recours à un travailleur social est bien plus fréquent au Népal que dans les autres pays. Le recours à une mutuelle est plus fréquent en Bulgarie et en France, suivis de Turquie et Espagne, puis du Népal. La vie en couple est significativement moins fréquente en France. Les Bulgares sont plus fréquemment propriétaires de leur logement. Les difficultés financières sont plus présentes en Turquie et au Népal. Les participants français, bulgares, et espagnols ont pratiqué plus de sport récemment et les deux premiers sont plus allés au spectacle. Enfin, avec un score total plus élevé, la fréquence de personnes précaires est plus grande au Népal de façon statistiquement significative.

2.2. ENFANTS

Les enfants ayant eu un épisode de diarrhée aiguë lors de la dernière année sont en majorité de **sexe** masculin à Bharatpur (64%), Lleida (64%) et Dijon (56%) et de **sexe** féminin à Gaziemir (64%) et à Kardzhali (60%). L'**âge** moyen est un peu plus élevé à Dijon (34,6 mois) qu'à Kardzhali (27,6 mois), Gaziemir (26,7 mois), Bharatpur (26,4 mois) et Lleida (25 mois). Ces différences ne sont pas significatives.

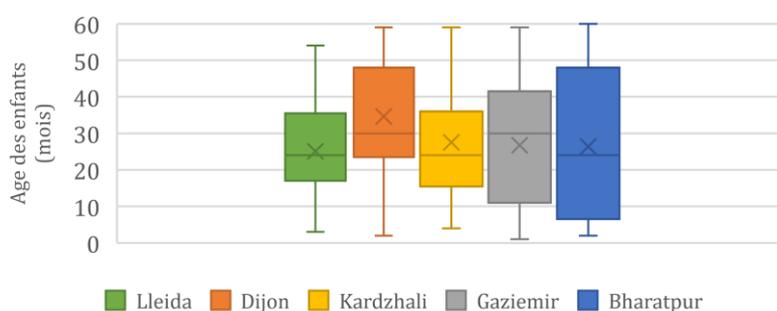


Figure 3. Age des enfants

3. ACCES AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES PAR PAYS

On trouvera ci-dessous, par pays, le contact au professionnel de santé, l'ordre de contact, la personne conseil, puis les types d'accès (accès au PS, accès au traitement, accès à l'éducation en santé), avec leurs caractéristiques.

3.1. LLEIDA (138 956 habitants) en Espagne.

Au dernier épisode de diarrhée de leur enfant de moins de 5 ans, 92% (n=23) des parents ont **contacté un professionnel de santé**.

Quant à **l'ordre de contact** aux PS, 72% des participants ont contacté le médecin généraliste en 1^{er}, 2^e ou 3^e lieu.

La **personne conseil** était un professionnel de santé pour 94% des parents et « la mère » (1 cas).

L'accès au professionnel de santé s'est fait par rendez-vous pris de façon dématérialisée (62%) ou en personne (38%), en moins de 48 h pour 79% des individus. Les parents y sont allés en transport privé (54%), à pied (38 %) ou en transport en commun (8%), et pour 79 % en moins de 30 minutes. La consultation a été gratuite pour 71% d'entre eux.

L'accès au traitement s'est fait après déplacement à pied (70%) ou en transport privé (30%), en moins de 30 minutes pour 91 % des parents. 43% des familles n'ont rien payé, 22% ont payé une contribution et 35% ont payé la totalité.

L'accès à l'éducation en santé s'est fait majoritairement grâce à l'infirmier et à la famille (exæquo 64%). Les *Signes d'alertes* sont identifiés par 100 % des parents. Le bénéfice du *Lavage des mains* est clair pour 96%, et 96% aussi savent qu'il ne faut pas arrêter l'allaitement s'il y a diarrhée aiguë. 64% des participants ont bien répondu à la question sur *Enfant 3 ans*. L'*Allaitement maternel* exclusif est protecteur pour 60% des parents, et 20% d'entre eux ne donnerait pas de soluté de *réhydratation* en cas d'une seule selle liquide.

3.2. DIJON (156 920 habitants) en France.

Au dernier épisode de diarrhée de leur enfant de moins de 5 ans, 64% (n=16) des parents ont **contacté un professionnel de santé**.

Quant à **l'ordre de contact** aux PS, 96% des parents ont contacté le médecin généraliste en 1^{er}, 2^e ou 3^e lieu.

La **personne conseil** lors de ce dernier épisode était un professionnel de santé pour 94% des parents, ou la « famille » (1 cas).

L'accès au professionnel de santé s'est fait par rendez-vous pris de façon dématérialisée (88%) ou en personne (12%), en moins de 48 h pour 94% des participants. Ceux-ci y sont allés en transport privé (71%), en transport en commun (18 %) ou à pied (12%), et pour 94 % en moins de 30 minutes. Le prix a été pour 71% des parents une contribution.

L'accès au traitement s'est fait après déplacement à pied (47%), en transport privé (47%) ou en transport en commun (5%), en moins de 30 minutes pour 95 % des parents. Le prix a été une contribution pour 42% des familles, et il y a eu gratuité pour la même proportion. Le reste des participants (16%) a payé la totalité du traitement.

L'accès à l'éducation en santé s'est fait majoritairement grâce à la famille (64%) suivie de près par le médecin généraliste (60%). Le bénéfice du *Lavage des mains* est clair pour 96% des parents, et les *Signes d'alertes* sont identifiés par la même proportion. Encore 96% de parents sait qu'il ne faut pas arrêter l'allaitement en présence de diarrhée aiguë et 80% ont bien répondu à la question sur *Enfant 3 ans*. L'*Allaitement maternel* exclusif est protecteur pour 44% des parents, et 40% ne donnerait pas de soluté de *Réhydratation* devant une seule selle liquide.

3.3. KARDZHALI (70 097 habitants) en Bulgarie.

Lors du dernier épisode de diarrhée de leur enfant de moins de 5 ans, 88% (n=22) des parents ont **contacté un professionnel de santé**.

Quant à l'**ordre de contact** aux PS, 76% de parents ont contacté le médecin généraliste contacté en 1^{er}, 2^e ou 3^e lieu.

La **personne conseil** était un professionnel de santé pour 92% des parents.

L'accès au professionnel de santé s'est fait par rendez-vous pris de façon dématérialisée (64%) ou en personne (36%), en moins de 48 h pour 86% des individus. Les parents y sont allés en transport en commun (73%) ou à pied (27 %) ou en transport privé (17%), en moins de 30 minutes. La consultation a été gratuite pour 77% d'entre eux.

L'accès au traitement s'est fait après déplacement en transport privé (57%) ou à pied (43%), en moins de 30 minutes pour 91 % des parents et 57% ont eu un traitement gratuit.

L'accès à l'éducation en santé s'est fait majoritairement grâce au médecin généraliste (56%). Le bénéfice du *Lavage des mains* est clair pour 100% des parents. Les *Signes d'alertes* sont identifiés pour 92%. L'*Allaitement maternel* exclusif est protecteur pour 84%, et 80% savent qu'il ne faut pas arrêter l'allaitement en cas de diarrhée aiguë. Pour 32% des participants la question *Enfant 3 ans* est bien répondue et un seul parent (4%) ne donnerait pas de soluté de *réhydratation* en cas d'une seule selle liquide.

3.4. GAZIEMIR (137 808 habitants) en Turquie.

Au dernier épisode de diarrhée de leur enfant de moins de 5 ans, 72% (n=18) des parents ont contacté un **professionnel de santé**.

Quant à l'**ordre de contact** aux PS, c'est un médecin généraliste qui a été contacté en 1^{er}, 2^e ou 3^e lieu dans 96% des cas.

La **personne conseil** était un professionnel de santé pour 95% des parents.

L'accès au professionnel de santé s'est fait par rendez-vous pris en personne (67%) ou de façon dématérialisée (33%), en moins de 48 h pour 94% des individus. Les parents y sont allés en transport privé (78%), à pied (11%) ou en transport en commun (11%), et pour 94 % en moins de 30 minutes. 56% des parents ont eu une consultation gratuite.

L'accès au traitement s'est fait après déplacement à pied (56%), en transport privé (39%) ou en transport en commun (6%), en moins de 30 minutes. Toutes les familles ont payé une contribution au traitement.

L'accès à l'éducation en santé s'est fait majoritairement grâce au pédiatre (60%). Une majorité des participants (96%) a bien répondu à *Allaitement maternel* exclusif, et sait qu'il ne faut pas arrêter l'allaitement en cas de diarrhée aiguë. Le bénéfice du *Lavage des mains* est clair pour 92% des parents, et les *Signes d'alertes* sont identifiés dans la même proportion. Pour 52% des participants la question *Enfant 3 ans* est bien répondue et 24% ne donneraient pas de soluté de *réhydratation* en cas d'une seule selle liquide.

3.5. BHARATPUR (147 777 habitants) au Népal.

Lors du dernier épisode de diarrhée de leur enfant de moins de 5 ans, 72% (n=18) des parents ont **contacté un professionnel de santé**.

Quant à l'**ordre de contact** aux PS, 64% des parents ont contacté le médecin généraliste en 1^{er}, 2^e ou 3^e lieu

La **personne conseil** était un professionnel de santé pour 68% des parents et pour 32 % un proche : « mère », « personnes âgées », « voisinage » ou « famille ».

L'accès au professionnel de santé s'est fait par rendez-vous pris en personne (61%) ou au téléphone (39%), en moins de 48 h pour 100% (n=18) des participants. Ceux-ci y sont allés en transport en commun majoritairement (50%), à pied (33 %) ou en transport privé (17%), et pour 89 % en moins de 30 minutes. La totalité des rendez-vous a été à la charge des parents.

L'accès au traitement s'est fait après déplacement à pied (78%) ou en transport en commun (22%), en moins de 30 minutes pour 89 % des parents, et aux frais de la famille pour 100 % d'entre eux.

L'accès à l'éducation en santé s'est fait majoritairement grâce au pédiatre (88%). Le bénéfice du *Lavage des mains* est clair pour 96% des parents, et les *Signes d'alertes* sont identifiés par 92% d'entre eux. L'*Allaitement maternel* exclusif est protecteur pour 84%, et 68% savent qu'il ne faut pas arrêter l'allaitement en présence de diarrhée aiguë. Pour 8% la question sur *Enfant 3 ans* est bien répondue et un seul parent (4%) ne donnerait pas de soluté de *Réhydratation* devant une seule selle liquide.

4. COMPARAISON

Pour la comparaison on trouvera ci-dessous, comme pour la description des résultats par pays, le contact avec un professionnel de santé, l'ordre de contact, la personne conseil, puis les types d'accès (accès au PS, accès au traitement, accès à l'éducation en santé), avec leurs caractéristiques. Afin de faciliter la comparaison, nous avons ponctué chaque caractéristique, obtenant un score pour chaque type d'accès (score d'accès au PS, score d'accès au traitement et score d'accès à l'éducation en santé) présentés au fur et à mesure. La somme de ces scores a donné le score d'accès aux soins de santé primaires présenté à la fin de cette comparaison.

4.1. CONTACT AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTE

Au dernier épisode de diarrhée de leur enfant de moins de 5 ans, les participants espagnols ont été les plus nombreux à contacter un professionnel de santé, et les français les moins nombreux. Cette différence n'est pas significative ($p=0,09$).

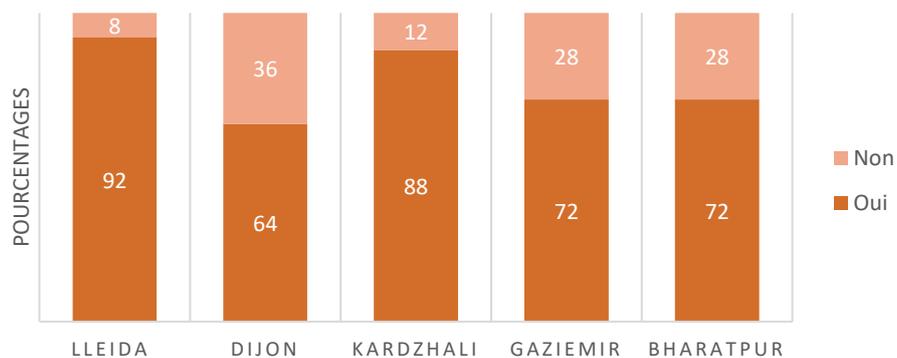


Figure 4. Contact avec un professionnel de santé

4.2. ORDRE DE CONTACT

Le professionnel de santé contacté majoritairement en premier est le pédiatre en Bulgarie (64%), Turquie (60%), Espagne (40%) et au Népal (36%) ; en France, c'est le médecin généraliste qui fait la majorité (64%). Pour 96% des parents turcs ou français le médecin généraliste est contacté en 1^{er}, 2^e ou 3^e lieu, et significativement moins en Bulgarie (76%), Espagne (72%) et Népal (64%) ($p=0,0086$).

4.3. PERSONNE CONSEIL

Cette variable était semi-déclarative. Les réponses ont été regroupées en « Proche » et « Professionnel de santé ». La personne conseil était majoritairement, dans tous les pays, un professionnel de santé. Pour 32% des népalais, celle-ci était un proche, fréquence significativement plus grande que dans les autres pays ($p=0,0299$).

4.4. ACCES AU PROFESSIONNEL DE SANTE

Ci-dessous figure la comparaison du premier type d'accès (l'accès au PS) avec ses caractéristiques, cf *Tableau 4*.

Les *outils à disposition pour prendre un rendez-vous* au professionnel de santé « téléphone » et « web » ont été réunis contre « en personne ». Le rendez-vous est pris en personne par la plupart des participants turcs et népalis de façon significativement différente, alors que la voie dématérialisée prédomine en France, Bulgarie et Espagne.

Le *délai du rendez-vous* avec un PS a été ramené à « < 48 h » et « > 48 h » (cette dernière modalité comprenant « entre 48h et 6 jours » et « > 6jours »). Il est inférieur à 48 heures pour 79% à 100% des parents.

Le *moyen de transport* au PS et à la pharmacie, ont été réunis « à pied » et « transport en commun » contre « transport privé ». Pour le transport au PS, c'est le privé qui est majoritaire en Espagne, France, Bulgarie, Turquie et de façon significativement différente, 83% des népalis se déplacent à pied ou en transport en commun.

Le *temps de trajet* est inférieur à 30 minutes pour 79% à 100% des familles.

Quant au *prix*, de la consultation ou des médicaments, on a réuni « contribution » et « tout à charge » contre « gratuité ». Pour la plupart des parents bulgares et espagnols, la consultation a été gratuite. La situation est significativement différente au Népal, en France et Turquie où les parents ont été plus nombreux à payer soit une contribution, soit la totalité.

Afin de faciliter la comparaison, nous avons ponctué chaque caractéristique : 1 point si l'accès est facile au professionnel de santé, 0 point sinon. La somme de ces points correspond au **score d'accès au professionnel de santé** sur 5 points, catégorisé « 2 au plus » contre « 3 au moins », présenté en bas du *Tableau 4*. Il n'est pas trouvé de différence significative entre les cinq pays pour ce score.

Tableau 4. Accès au professionnel de santé (PS)

| | | LLEIDA (Espagne) | DIJON (France) | KARDZHALI (Bulgarie) | GAZIEMIR (Turquie) | BHARATPUR (Népal) | p-valeur (significative si < 0,05) |
|------------------------|------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|--|
| PRISE DE RDV | Téléphone & web | 62 % (15) | 88 % (15) | 64 % (14) | 33 % (6) | 39 % (7) | 0,0072 |
| | En personne | 38 % (9) | 12 % (2) | 36 % (8) | 67 % (12) | 61 % (11) | |
| DÉLAI DU RDV | < 48 h | 79 % (19) | 94 % (16) | 86 % (19) | 94 % (17) | 100 % (18) | 0,190 |
| | > 48 h | 21 % (5) | 6 % (1) | 14 % (3) | 6 % (1) | 0 % (0) | |
| TRANSPORT AU RDV | Pied & transp co | 46 % (11) | 30 % (5) | 27 % (6) | 22 % (4) | 83 % (15) | 0,0009 |
| | Transport privé | 54 % (13) | 71 % (12) | 73 % (16) | 78 % (14) | 17 % (3) | |
| TEMPS DE TRAJET AU RDV | < 30 minutes | 79 % (19) | 94 % (16) | 100 % (22) | 94 % (17) | 89 % (16) | 0,148 |
| | > 30 minutes | 21 % (5) | 6 % (1) | 0 % (0) | 6 % (1) | 11 % (2) | |
| PRIX DU RDV | Gratuité | 71 % (17) | 24 % (4) | 77 % (17) | 56 % (10) | 0 % (0) | < 0,0001 |
| | Contribution & Tout à charge | 29 % (7) | 77 % (13) | 23 % (5) | 44 % (8) | 100 % (18) | |
| SCORE ACCÈS PS | <3/5 | 29 % (7) | 12 % (2) | 14 % (3) | 28 % (5) | 6 % (1) | 0,217 |
| | ≥3/5 | 71 % (17) | 88 % (15) | 86 % (19) | 72 % (13) | 94 % (17) | |

Tests statistiques du Chi2 ou exact de Fisher

4.5. ACCES AU TRAITEMENT

Ci-dessous figure la comparaison du deuxième type d'accès (l'accès au traitement) avec ses caractéristiques, cf *Tableau 5*.

Le *moyen de transport* à la pharmacie est pour tous les participants népalis le déplacement à pied ou en transport en commun, alors que de façon significativement différente, pour espagnols, turcs, français et bulgares le transport privé prévaut.

Le *temps de trajet* est inférieur à 30 minutes pour 89 à 100 % des familles, sans différence significative entre les pays.

Quant au *prix du traitement*, il est gratuit pour la majorité des parents bulgares, espagnols et pour 42% des français, alors que tous les turcs payent une contribution et tous les népalis la totalité. Ces différences sont statistiquement significatives.

Comme pour l'accès au professionnel de santé, on a ponctué chaque caractéristique : 1 point si accès facile au traitement. La somme de ces points correspond au **score d'accès au traitement** sur 3 points, catégorisé en « 0-1 » contre « 2-3 », présenté en bas du *Tableau 5*. Nous d'observons pas de différences significatives entre les cinq pays.

Tableau 5. Accès au traitement (TTT)

| | | LLEIDA (Espagne) | DIJON (France) | KARDZHALI (Bulgarie) | GAZIEMIR (Turquie) | BHARATPUR (Népal) | p-valeur (significative si < 0,05) |
|-------------------------------------|------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|--|
| TRANSPORT À LA PHARMACIE | Pied & transp co | 70 % (16) | 53 % (10) | 43 % (10) | 62 % (11) | 100 % (18) | 0,00325 |
| | Transport privé | 30 % (7) | 47 % (9) | 57 % (13) | 39 % (7) | 0 % (0) | |
| TPS DE TRAJET A LA PHARMACIE | < 30 minutes | 91 % (21) | 95 % (18) | 91 % (21) | 100 % (18) | 89 % (16) | 0,711 |
| | > 30 minutes | 9 % (2) | 5 % (1) | 9 % (2) | 0 % (0) | 11 % (2) | |
| PRIX DU TTT | Gratuité | 43 % (10) | 42 % (8) | 57 % (13) | 0 % (0) | 0 % (0) | <0,0001 |
| | Contribution & Tout à charge | 55 % (13) | 58 % (11) | 43 % (10) | 100 % (18) | 100 % (18) | |
| SCORE ACCÈS TTT | <2/3 | 13 % (3) | 26 % (5) | 22 % (5) | 39 % (7) | 11 % (2) | 0,234 |
| | ≥2/3 | 87 % (20) | 74 % (14) | 78 % (18) | 61 % (11) | 89 % (16) | |

Tests statistiques du Chi2 ou exact de Fisher

4.6. CONNAISSANCES EN SANTE

Ci-dessous figure la comparaison du troisième type d'accès (l'accès à l'éducation en santé) avec ses caractéristiques, cf *Tableau 6*.

Les familles convaincues de la prévention des diarrhées par *l'allaitement maternel* exclusif sont en Turquie (96%), au Népal et en Bulgarie (84%) significativement plus nombreuses qu'en Espagne et en France. Le deuxième élément préventif demandé : le bénéfice du *lavage des mains* est acquis pour plus de 92% des participants de tous les pays.

Quant aux premiers soins, 40% des français ne donnerait pas un SRO devant une seule selle liquide, contre 24% des turcs, 20% des espagnols, et contre 4% des népalis et bulgares. Ces trois groupes sont significativement différents. Le principe du maintien de l'allaitement pendant

un épisode de diarrhée aigüe (*Stop allaitement*), est connu par 96% des parents français, turcs et espagnols, 80% des bulgares, et de façon significativement moindre par les parents népalais (68%).

Les *signes d'alertes* sont bien identifiés par 92 % à 100% des parents de tous les pays. Les participants français et espagnols ont répondu correctement à *Enfant 3 ans* plus fréquemment que les parents turcs, bulgares et népalais, de façon significative.

Comme pour l'accès au professionnel de santé et au traitement, on a ponctué chaque caractéristique : 1 point par réponse correcte. La somme des points correspond au **score d'éducation en santé** sur 6 points, catégorisé « 3 au plus » contre « 4 au moins », présenté à la fin du *Tableau 6*. Nous n'observons pas de différence significative entre les cinq pays pour ce score.

Tableau 6. Connaissances des responsables sur la diarrhée aiguë

| | | LLEIDA (Espagne) | DIJON (France) | KARDZHALI (Bulgarie) | GAZIEMIR (Turquie) | BHARATPUR (Népal) | p-valeur (significative si < 0,05) |
|-----------------------------|-------|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|--|
| Allaitement mat | | 60 % (15) | 44 % (11) | 84 % (21) | 96 % (24) | 84 % (21) | < 0,0001 |
| Lavage mains | | 96 % (24) | 96 % (24) | 100 % (25) | 92 % (23) | 96 % (24) | 0,720 |
| Réhydratation | | 20 % (5) | 40 % (10) | 4 % (1) | 24 % (6) | 4 % (1) | 0,00485 |
| Stop allaitement | | 96 % (24) | 96 % (24) | 80 % (20) | 96 % (24) | 68 % (17) | 0,00375 |
| Signes d'alertes | | 100 % (25) | 96 % (24) | 92 % (23) | 92 % (23) | 92 % (23) | 0,658 |
| Enfant 3 ans | | 64 % (16) | 80 % (20) | 32 % (8) | 52 % (13) | 8 % (2) | < 0,0001 |
| SCORE ACCES EDUC | ≤ 3/6 | 20 % (5) | 16 % (4) | 24 % (6) | 12 % (3) | 36 % (9) | 0.286 |
| | > 3/6 | 80 % (20) | 84 % (21) | 76 % (19) | 88 % (22) | 64 % (16) | |

Tests statistiques du Chi2 ou exact de Fisher

Allaitement mat L'allaitement maternel exclusif (aucun autre liquide ou aliment pendant les 6 premiers mois de vie) protège de la diarrhée. [OUI]

Lavage main Laver les mains avec du savon, chez l'enfant et chez ceux qui s'en occupent, réduit le risque de diarrhée. [OUI]

Réhydratation Il faut toujours donner un traitement de réhydratation quand l'enfant a une selle liquide. [NON]

Stop allaitement S'il y a diarrhée, il faut arrêter l'allaitement. [NON]

Signes d'alertes Un enfant qui ne répond pas, pleure sans larmes et a la bouche sèche doit être rapidement amené à un professionnel de santé. [OUI]

Enfant 3 ans. Un enfant de 3 ans avec de la diarrhée et 37,5 °c de température doit être rapidement amené à un professionnel de santé. [NON]

4.7. SOURCES D'INFORMATION EN SANTE

Les sources d'information en santé viennent compléter l'accès à l'éducation en santé évalué par les connaissances en santé présentées au point supérieur. Les fréquences pour chaque source sont présentées ci-dessous (*Tableau 7*).

La seule source ne montrant pas de différence entre pays est le médecin généraliste. La source « Autres » à 64% en Turquie correspond à « Expérience personnelle » (48%) et « Internet » (16%).

L'infirmier est source d'information pour 88% des parents népalais et 64% des parents espagnols, mais l'est significativement moins en Bulgarie, Turquie et Espagne.

La famille est source d'informations plus fréquemment pour les parent népalis, français et espagnols, de façon significative.

Tableau 7. Sources d'information en santé pour la diarrhée aiguë

| | LLEIDA (Espagne) | DIJON (France) | KARDZHALI (Bulgarie) | GAZIEMIR (Turquie) | BHARATPUR (Népal) | p-valeur (significative si < 0,05) |
|---------------------|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|--|
| Infirmier | 64 % (16) | 16 % (4) | 28 % (7) | 24 % (6) | 88 % (22) | < 0,0001 |
| Médecin spécialiste | 60 % (15) | 56 % (14) | 44 % (11) | 60 % (15) | 96 % (24) | 0,00264 |
| Médecin généraliste | 56 % (14) | 60 % (15) | 56 % (14) | 56 % (14) | 84 % (21) | 0,175 |
| Ami | 40 % (10) | 36 % (9) | 28 % (7) | 4 % (1) | 92 % (23) | < 0,0001 |
| Famille | 64 % (16) | 64 % (16) | 32 % (8) | 20 % (5) | 92 % (23) | < 0,0001 |
| Ecole | 8 % (2) | 12 % (3) | 4 % (1) | 8 % (2) | 92 % (23) | < 0,0001 |
| TV/ Journal | 24 % (6) | 16 % (4) | 20 % (5) | 4 % (1) | 80 % (20) | < 0,0001 |
| Réseaux sociaux | 12 % (3) | 20 % (5) | 24 % (6) | 4 % (1) | 76 % (19) | < 0,0001 |
| Autres | 8 % (2) | 8 % (2) | 0 % (0) | 64 % (16) | 4 % (1) | impossible |

Tests statistiques du Chi2 ou exact de Fisher

Autres : expérience personnelle, internet, mère, travail, voisins.

4.8. SCORE D'ACCES AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Pour synthétiser les résultats et en faciliter la comparaison, nous avons additionné les trois scores : accès au professionnel de santé (sur 5 points), accès au traitement (sur 3 points) et à l'éducation en santé (sur 6 points). Cette somme correspond au score d'accès aux soins de santé primaires. La moyenne de chaque ville est représentée sur la Figure 5.

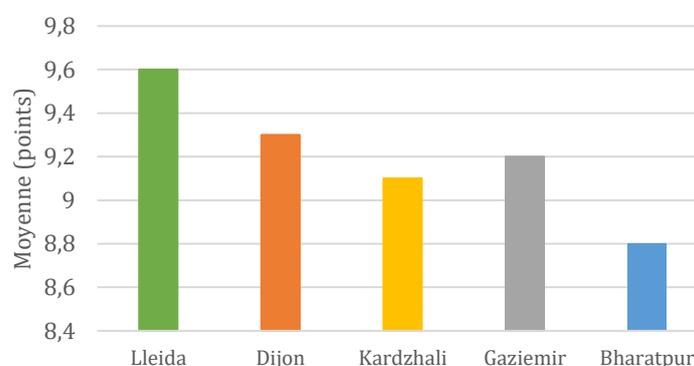


Figure 5. Moyennes au score d'accès aux soins de santé primaires

Afin de permettre son analyse, le score a été catégorisé en « 7 au plus » contre « au moins 8 », présenté dans le Tableau 8. La différence entre les cinq pays n'est pas significative.

Tableau 8. Score d'accès aux soins de santé primaires

| | LLEIDA (Espagne) | DIJON (France) | KARDZHALI (Bulgarie) | GAZIEMIR (Turquie) | BHARATPUR (Népal) | p-valeur (significative si < 0,05) |
|--------|---------------------|-------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------|--|
| ≤ 7/14 | 17 % (4) | 21 % (4) | 13 % (3) | 17 % (3) | 6 % (1) | 0,729 |
| > 7/14 | 83 % (19) | 79 % (15) | 87 % (20) | 83 % (15) | 94 % (17) | |

Tests statistiques du Chi2

IV. DISCUSSION

Cette étude exploratoire a comparé l'accès à la santé dans cinq pays en 2019 : Espagne, France, Bulgarie, Turquie et Népal, en interrogeant les responsables d'enfants de 0 à 5 ans ayant eu une diarrhée aiguë, et cela sur les trois types d'accès 1) aux professionnels de santé de premier recours, 2) au traitement et 3) à l'éducation en santé.

1. CRITIQUE DES METHODES

Nous avons utilisé un questionnaire non standardisé, réalisé pour cette étude. La participation a dépendu de la bonne volonté. Le nombre de participants est petit, ne permettant d'avoir qu'un aperçu de la population. Les résultats ont été obtenus en milieu urbain (villes de la taille de Dijon), et ne sont pas généralisables à tout le pays. En outre la ville de Kardzhali (70 097) est moins peuplée que les autres car on l'a confondue avec sa région (152 000 habitants), ce qui rend les résultats de Bulgarie moins comparables à ceux des autres pays. Les différents scores utilisés ont été définis à posteriori, et n'ont pu être analysés comme variables quantitatives en raison d'effectifs insuffisants.

Une question sur les connaissances a eu un très mauvais score : « *Il faut toujours donner un traitement de réhydratation quand l'enfant a une selle liquide* ». Elle a sans doute été mal comprise puisque quelques parents nous ont demandé s'il s'agissait d'une seule selle liquide. Une meilleure formulation aurait été : « *Il faut toujours donner un traitement de réhydratation dès la première fois que l'enfant a une selle liquide* ».

Il y a cependant des points forts. D'après un consensus d'experts canadiens⁽⁸⁾, la meilleure source d'information pour évaluer l'accès aux soins primaires est l'ensemble des patients, ce qui a été fait en prenant le point de vue des usagers. Le questionnaire, testé préalablement, était rapide à remplir (de 5 à 10 minutes). Le taux de participation important suggère que le sujet de l'étude est d'intérêt général. Le nombre d'inclusions est celui prévu par le protocole, avec des groupes à effectifs égaux. Enfin, les participants sont représentatifs de leur ville, car ils ont été contactés sur différentes places de différents quartiers.

2. CRITIQUE DES RÉSULTATS

Les données internationales du *Tableau 1* montrent que les participants sont en accord avec les tendances démographiques de leur pays, ce qui va dans le sens de la représentativité. Dans les données internationales, l'*âge moyen de la femme au 1^{er} enfant* est minimal au Népal, suivi de Turquie et Bulgarie, puis de France et Espagne. Dans notre étude, la *moyenne d'âge* des parents est minimum à Bharaptur (Népal). Quant au nombre d'*enfants par femme*, la moyenne dans les données internationales va de 1,26 (Espagne) à 2,07 (Turquie). Dans notre étude le

nombre moyen d'enfants à charge est compris entre 1,48 (Bulgarie) et 1,88 (France). Dans les données internationales, le *pourcentage de filles 0-4 ans* est compris entre 48 et 49 %. Dans notre étude, le *pourcentage de filles* chez les enfants est compris entre 36% (Népal et Espagne) et 64% (Turquie). Dans les données internationales, l'*IDH* du Népal est le plus bas (0,579), en accord avec nos 76% de parents classés précaires. Viennent ensuite la Turquie (IDH à 0,807 et 40% des parents précaires), la Bulgarie (0,816 et 16%), la France (0,891 et 20%) et l'Espagne (0,893 et 20%).

Le critère principal de l'étude, ***contact avec le professionnel de santé***, a mis en avant un recours au PS moindre par les parents français (64%) sans être significatif. L'étude de Van Cauteren et al. en 2012 montrait que ce contact était encore moins fréquent (40,3%) mais elle était limitée aux consultations du médecin généraliste et ceci sur tout le territoire français (urbain et rural)⁽³⁶⁾. A l'opposé, les participants espagnols ont été ceux contactant le plus fréquemment un PS, suivis des bulgares puis des turcs, mais nous n'avons pas trouvé de publication comparable. Au Népal, lors de la dernière étude démographique de santé⁽³⁸⁾, 64% des parents d'enfants de moins de 5 ans, ayant eu une diarrhée aiguë lors des deux dernières semaines avant le questionnaire, avaient contacté un PS. Notre chiffre est sensiblement supérieur (72%) mais il correspond à un laps de temps plus long (la dernière année). Ces pourcentages, bien qu'élevés, montrent aussi que de nombreux parents ne consultent pas de professionnel de santé lors d'un épisode de diarrhée aiguë. Ceci conforte l'éducation en santé comme élément indispensable à la réalisation des soins de santé primaires.

Les scores obtenus pour ***l'accès à l'éducation en santé*** sont majoritairement supérieurs à la moyenne (> 3/6), sans différences significatives entre les 5 pays. Les deux questions les plus déterminantes de notre questionnaire sur la diarrhée aiguë (la prévention par le *Lavage de main* et le repérage des principaux *Signes d'alerte* amenant à consulter un PS) ont eu une bonne réponse de plus de 90 % des participants de chaque ville. Cela dépasse les résultats de l'étude GEMS réalisée de 2007 à 2012^(35,39) où le *lavage des mains* était une évidence pour 49 % des parents au Bangladesh⁽⁴⁰⁾, 45 % au Mozambique⁽⁴¹⁾, 37,2 % en Gambie⁽⁴²⁾ et 22 % au Pakistan⁽⁴³⁾. De même avec *l'allaitement maternel exclusif* pour prévenir de la diarrhée aiguë, notre étude a des résultats plus élevés, notamment en Turquie (96 %), au Népal et en Bulgarie (82 %) au plus haut et Lleida (60 %) et Dijon (44 %) au plus bas, alors que seulement 0,4 % des participants en Gambie⁽⁴²⁾ et 14,7 % au Kenya⁽⁴⁴⁾ connaissent cette notion. Une explication possible de nos résultats globalement meilleurs que ceux du GEMS est le recueil exclusivement en milieu urbain. Le bénéfice de l'allaitement maternel exclusif significativement moins connu dans notre étude par les espagnols et français pose question. Ce manque d'information, malgré des preuves scientifiques consistantes^(45,46), avait déjà été identifié ailleurs⁽⁴⁷⁾, et notamment par l'OMS, qui a rédigé des recommandations à appliquer d'ici 2025⁽⁴⁸⁾.

Les **sources d'information en santé** sont majoritairement, dans cette étude, les professionnels de santé. Le médecin généraliste est la seule source consultée par la majorité des participants dans les cinq villes, sans différence significative. L'infirmier est significativement plus sollicité au Népal et en Espagne. Cela correspond à son rôle plus important dans les soins de santé primaires : au Népal, les infirmières sont les actrices principales des soins de santé de premier recours dans les *Health Post, Sub-Health Post* ou même *Primary Health Center*⁽⁴⁹⁾ ; en Espagne, elles font partie de l'équipe de santé primaire et travaillent avec le médecin généraliste, en assurant une grande partie du suivi des patients chroniques ainsi que la prévention et l'éducation thérapeutique⁽¹⁹⁾. Les messages délivrés par les professionnels de santé sont donc particulièrement importants, puisqu'ils sont à la base des connaissances en santé des patients. Mme SJ Neill complète cette affirmation en soulignant le besoin d'informations d'accès facile, validées par des professionnels de santé et disponibles sous différents formats⁽⁵⁰⁾.

Pour les sources d'information non professionnelles, le rôle de la famille n'est pas négligeable en France et en Espagne. Les réseaux sociaux et la télévision sont moins utilisés que ce qui était attendu. Sur ce point, l'étude qualitative de SJ Neill réalisée en 2014 au Royaume-Uni nous rejoint : une majorité de parents consultait internet lors d'un souci de santé de leur enfant mais, souvent déçus, ils recouraient ensuite à des proches experts ou à des professionnels de santé⁽⁵⁰⁾.

D'autre part, 48% des participants turcs de notre étude ont déclaré leur expérience personnelle comme source d'information. Cette réponse, qui nous a surpris lors des interviews réalisés, a aussi été retrouvée au Pakistan par une étude quantitative et qualitative publiée en 2018 où 80% de participants déclarait comme source d'information sur la diarrhée et la pneumonie, leur propre expérience⁽⁵¹⁾.

Le **premier contact** avec le PS se fait majoritairement avec le médecin généraliste à Dijon (64% des parents), et avec le pédiatre dans les autres villes (36% à 64%). Le choix du PS contacté est surtout déterminé par l'organisation des soins : en Espagne les enfants de moins de 14 ans sont vus par les pédiatres en centre de soins de santé primaires⁽⁵²⁾. En France, les parents peuvent emmener leur enfant chez le PS de leur choix, le suivi étant assuré habituellement par le médecin généraliste. En Bulgarie et en Turquie les familles ont le choix en cas d'urgence de consulter gratuitement le médecin généraliste ou le pédiatre, le suivi étant assuré habituellement par le premier^(21,53). Au Népal, les enfants peuvent être pris en charge d'abord par les agents de santé communautaire (Female Community Health Volunteer), les médecins généralistes ou les pédiatres^(26,54).

Quant à **l'accès au professionnel de santé**, par rapport à l'offre de soins, le *délai du rendez-vous* avec le PS est majoritairement inférieur à 48 heures dans les cinq villes, reflétant

une bonne disponibilité des services de premier recours. Les *outils à disposition pour prendre un rendez-vous* correspondent pour la Bulgarie, la France, et l'Espagne aux résultats de Kringos et al.⁽⁵⁵⁾. Mais pour la Turquie, le web apparaît plus utilisé dans notre étude. Quant au Népal, la donnée *outils à disposition pour prendre un rendez-vous* n'a pas été trouvée dans la littérature ni dans les bases de données consultées.

L'accessibilité géographique des participants est inférieure à 30 minutes (*temps de transport*) pour la majorité dans les cinq villes, mais le *moyen de transport* privé prévaut à Gaziemir, Kardzhali, Dijon et Lleida. Ce n'est qu'à Bharatpur que 83% des parents ont accédé au professionnel de santé à pied ou en transport en commun.

L'accessibilité financière quant à elle, est significativement plus facile en Bulgarie et en Espagne, avec une majorité des participants bénéficiant d'une consultation gratuite. Ces deux pays sont suivis de la Turquie, avec encore une majorité de participants bénéficiant de la gratuité, puis de la France, où les participants ont payé majoritairement une contribution, et du Népal enfin, où la totalité des participants ont tout payé. Ces résultats sont en accord pour la Bulgarie, l'Espagne et la Turquie avec le système de soins en place : en Bulgarie on ne paye pas pour les enfants les consultations du médecin généraliste ou du pédiatre⁽²¹⁾, en Espagne on ne paye pas les consultations pour les soins de santé primaires⁽¹⁹⁾, et en Turquie on ne paye pas la consultation du médecin généraliste ou du pédiatre si on est dans un centre de santé ou un hôpital public⁽²²⁾. Les quelques parents ayant eu des frais ont sûrement consulté des praticiens privés soit sans contrat avec le Service National de Santé pour la Bulgarie, soit avec un contrat avec leur assurance volontaire (d'où la contribution) en Espagne et en Turquie. En France, l'étude de Kringos⁽⁵⁵⁾ révèle un paiement intégral de la consultation en se basant sur le montant payé sur place : ceci sans doute parce que les données ont été recueillies entre 2009 et 2010, où le tiers payant généralisé n'était pas encore en place⁽⁵⁶⁾. Au Népal en 2015, malgré la volonté d'un schéma de sécurité sociale, la tendance était d'augmenter l'offre de soins de cliniques privés⁽¹⁵⁾ : tous les participants de ce pays rapportaient payer intégralement, encore en 2019, la consultation et le traitement. La couverture sanitaire universelle ne serait donc pas encore en place, tout du moins à Bharatpur.

Pour **l'accès au traitement**, l'accessibilité géographique est dans les cinq villes meilleure à la pharmacie qu'au professionnel de santé. Elle ressemble à l'accès géographique au PS (< 30 minutes pour la plupart des participants, et accès à pied ou en transport en commun significativement plus fréquent à Bharatpur) mais la plupart des parents de Lleida, Gaziemir et Dijon sont allés à pied ou en transport en commun à la pharmacie.

L'accessibilité financière au traitement montre deux groupes significativement différents : les villes avec une proportion importante (> 40%) de participants ayant reçu gratuitement un traitement (Kardzhali, Lleida et Dijon) et celles où payer au moins une partie du traitement est la norme (Gaziemir et Bharatpur). Le remboursement complet ou partiel est

effectif dans les trois premiers pays⁽¹⁹⁻²¹⁾, le remboursement partiel (80% pour les personnes actives) prévaut en Turquie⁽⁵³⁾, et il est inexistant au Népal.

Le **score d'accès aux soins de santé primaire**, ainsi que les scores d'accès au professionnel de santé, au traitement et à l'éducation en santé, n'ont pu être analysés qu'après catégorisation (comme décrit dans les limites). L'analyse a trouvé un score d'accès aux soins de santé primaire supérieur à la moyenne (7/14) pour la majorité des participants des cinq villes, sans différences significatives entre elles. Ce résultat diffère de celui de Kringos et al.⁽¹¹⁾ avec un accès « *Strong* » en Espagne contre « *Weak* » en Bulgarie, France et Turquie. Une possible explication est que les auteurs ont étudié les soins de santé primaires sur différents territoires, donc avec d'avantage de facteurs influents, alors que nous avons comparé des villes ayant le même nombre d'habitants, et neuf ans plus tard. La moyenne du score d'accès aux soins de santé primaires est plus élevée en Espagne, mais ce score ayant été créé *à posteriori* sans être validé, nous ne pouvons conclure sur ce résultat.

D'autre part, les différences non significatives aux scores surprennent si l'on regarde pour chaque pays les dépenses courantes de santé par personne (cf *Tableau 1*). Malgré un investissement par habitant 91 fois moindre qu'en France, le Népal a un accès aux soins de santé primaires qui, dans cette étude, ne diffère pas significativement avec les cinq autres pays.

THESE SOUTENUE PAR Mme DE MIGUEL FERRER Irene

CONCLUSIONS

Les villes comparées (Bharatpur, Dijon, Gaziemir, Kardzhali et Lleida) appartiennent à des pays qui ont des niveaux socio-économiques et des systèmes de santé différents.

Ces villes montrent des différences significatives, notamment pour les caractéristiques d'accès au professionnel de santé (offre de soins, accessibilité géographique et financière), les caractéristiques d'accès au traitement (géographique et financière) et les caractéristiques de l'éducation en santé. Cependant, cette étude n'a pas montré de différences significatives entre villes pour le score d'accès aux soins de santé primaires malgré un investissement financier en santé beaucoup moins important au Népal. Ceci nous invite à réfléchir à ce qui pourrait être adopté en France pour rendre l'accès aux soins de santé primaires meilleur et plus efficient.

Les différences trouvées dans cette étude mènent à deux idées principales.

L'accessibilité financière serait facilitée par la gratuité des consultations pour les enfants, comme en Bulgarie, Espagne et Turquie. En France, le tiers payant qui n'est accordé qu'à certains patients sous certaines conditions pourrait être étendu à tous les enfants de 0 à 5 ans.

Les professionnels de santé sont la principale source d'information fiable des parents. L'éducation en santé serait facilitée en impliquant d'autres acteurs de soins comme les infirmiers (déjà fait en Espagne et au Népal), et les agents de santé communautaire (Népal). Le recours aux infirmiers ASALEES et aux infirmiers en pratiques avancées pourrait être généralisé à tout le territoire français ; au travers des médecins généralistes, mieux formés à la communication et à la transmission des messages clés de prévention en santé.

Le Président du jury,



Pr. F. HUET

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 14 Décembre 2020

Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

VI. AUTRES INFORMATIONS

1. FINANCEMENT

Les recherches pour cette thèse de médecine générale n'ont pas été subventionnées. Les voyages ont été payés sur le budget personnel de la chercheuse et de Dr Rougier.

2. CONFLIT D'INTERET

Aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.

BIBLIOGRAPHIE

1. Santé M des S et de la. Ma santé 2022, un engagement collectif. 2018 Sep 18; Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502.
3. Gulliford M. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *J Public Health Med.* 2002;24(4):252-2541. Gulliford M. Availability of primary car.
4. World Health Organization. Declaration of Astana. *Glob Conf Prim Heal Care* [Internet]. 2018;12. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
5. Denantes M, Chevillard M, Renard J, Flores P. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. *Exercer.* 2009;85:22–6.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'organisation mondiale de la santé [Internet]. 1946 p. 100. Available from: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
7. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. The European definition of General Practice/ Family medicine WONCA EUROPE 2011 Edition 1. 2011;1–33.
8. Haggerty J, Burge F, Gass D, Pineault R, Beaulieu M. Operational definitions of attributes of Primary Health Care : consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med* [Internet]. 2007;5(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1934980/pdf/0050336.pdf>
9. Hartmann L, Ulmann P, Rochoix L. L'accès aux soins de premier recours en Europe - Éléments de présentation. *Rev Fr Aff Soc* [Internet]. 2006;(n° 2-3):121–39. Available from: <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-2-page-121.htm>
10. Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires: contenus et enjeux. *Rev Fr Aff Soc* [Internet]. 2010;3:128. Available from: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2010-3-page-11.htm?contenu=article>
11. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: An international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013;63(616):742–50.
12. Jimba M, Poudyal AK, Wakai S. The need for linking healthcare-seeking behavior and health policy in rural Nepal. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 2003;34, N°2(June 2003):462–3.
13. Bentley H. The organisation of health care in Nepal. *Int J Nurs Stud.* 1995;32(3):260–70.
14. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A. SRB (eds). Building primary care in a changing Europe – Case studies. *Obs Stud* [Internet]. 2015;304. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/277940/Building-primary-care-changing-Europe-case-studies.pdf
15. Mishra SR, Khanal P, Karki DK, Kallestrup P, Enemark U. National health insurance policy in Nepal: Challenges for implementation. *Glob Health Action.* 2015;8(1):8–10.
16. Geldsetzer P, Williams TC, Kirolos A, Mitchell S, Ratcliffe LA, Kohli-Lynch MK, et al. The recognition of and care seeking behaviour for childhood illness in developing countries: A systematic review. *PLoS ONE.* 2014.

17. The World Bank [Internet]. [cited 2020 Dec 4]. Available from: <https://data.worldbank.org/>
18. UNDP. Human Development Reports [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 10]. Available from: <http://hdr.undp.org/en/content/2019-human-development-index-ranking>
19. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sanchez Martinez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, et al. Spain: Health system review. *Heal Syst Transition*. 2018;20(2):1–179.
20. Chevreur K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health system review. *Health Syst Transit*. 2015;17(3):1–218.
21. Dimova A, Rohova M, Koeva S, Atanasova E, Koeva-Dimitrova L, Kostadinova T, et al. Bulgaria: Health system review. *Health Syst Transit*. 2018;20(4):1–256.
22. WHO. TURKEY-Family practice for quality in universal health coverage [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/case-studies/turkey.pdf>
23. World Health Organization District Health Systems Unit; Nepal–WHO Country Cooperation Strategy (CCS) 2018–2022. 2018.
24. WHO. Annex a. Summaries of selected health-related SDG indicators. *World Heal Stat* 2018. 2018;(March):22–57.
25. European Health Information Gateway WHO [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 16]. Available from: <https://gateway.euro.who.int/en/>
26. Caffrey M (WHO), Chilvers R, Martineau T. Human Resources for Health. Nepal country profile. 2013.
27. Lewis M, Smith S, Paudel R, Bhattarai M. General Practice (Family Medicine): meeting the health care needs of Nepal and enriching the medical education of undergraduates. *Kathmandu Univ Med J* [Internet]. 2005;3(10):194–8. Available from: <http://akec.com.np/issue/10/194-198.pdf>
28. Idescat. IDESCAT [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://www.idescat.cat/>
29. INSEE. INSEE [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://www.insee.fr>
30. NSI. National Statistical Institute [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://www.nsi.bg/en/content/6704/population-districts-municipalities-place-residence-and-sex>
31. Turkstat. Turkstat [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=en>
32. Central Bureau of Statistics of Nepal. 2011.
33. Drees MB, Irdes MC, Drees CC, Irdes VL. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. 2012;
34. World Health Organization. Generic protocols for hospital-based surveillance to estimate the burden of rotavirus gastroenteritis in children and a community-based survey on utilization of health care services for gastroenteritis in children [Internet]. 2002. Available from: www.who.int/vaccines-documents/
35. Nasrin D, Wu Y, Blackwelder WC, Farag TH, Saha D, Sow SO, et al. Health care seeking for Childhood Diarrhea in Developing Countries : Evidence from Seven Sites in Africa and Asia. *Am J Trop Med Hyg*. 2013;89(Suppl 1):3–12.

36. Van Cauteren D, De Valk H, Vaux S, Le Strat Y, Vaillant V. Burden of acute gastroenteritis and healthcare-seeking behaviour in France: A population-based study. *Epidemiol Infect.* 2012;140(4):697–705.
37. Abrantes P, Sabatier S, Guenot C. Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie [Internet]. 2005. Available from: http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/re_prekarite.pdf
38. Ministry of Health N, New ERA, ICF. Demographic and Health Survey 2016. Kathmandu, Nepal. 2017.
39. Levine MM, Nasrin D, Acácio S, Bassat Q, Powell H, Tennant SM, et al. Diarrhoeal disease and subsequent risk of death in infants and children residing in low-income and middle-income countries: analysis of the GEMS case-control study and 12-month GEMS-1A follow-on study. *Lancet Glob Heal.* 2020;8(2):e204–14.
40. Das SK, Nasrin D, Ahmed S, Wu Y, Ferdous F, Farzana FD, et al. Health care-seeking behavior for childhood diarrhea in mirzapur, Rural Bangladesh. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;89(SUPPL.1):62–8.
41. Nhampossa T, Mandomando I, Acacio S, Nhalungo D, Sacoor C, Nhacolo A, et al. Health care utilization and attitudes survey in cases of moderate-to-severe diarrhea among children ages 0-59 months in the district of manhica, southern mozambique. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;89(SUPPL.1):41–8.
42. Saha D, Akinsola A, Sharples K, Adeyemi MO, Antonio M, Imran S, et al. Health care utilization and attitudes survey: Understanding diarrheal disease in rural gambia. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;89(SUPPL.1):13–20.
43. Quadri F, Nasrin D, Khan A, Bokhari T, Tikmani SS, Nisar MI, et al. Health care use patterns for diarrhea in children in low-income periurban communities of karachi, Pakistan. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;89(SUPPL.1):49–55.
44. Omore R, O'Reilly CE, Williamson J, Moke F, Were V, Farag TH, et al. Health care-seeking behavior during childhood diarrheal illness: Results of health care utilization and attitudes surveys of caretakers in Western Kenya, 2007-2010. *Am J Trop Med Hyg.* 2013;89(SUPPL.1):29–40.
45. Victora C, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec J. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *Lancet* [Internet]. 2016;387(10017):475–90. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext#seccestitle10](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext#seccestitle10)
46. Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health* [Internet]. 2011;11(SUPPL. 3):S15. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/S3/S15>
47. Mazo-Tomé PL Del, Suárez-Rodríguez M. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2018;75(1):49–56.
48. WHO/UNICEF. Global Nutrition Target 2025. Breastfeeding Policy Brief. WHO/MNH/NHD 14.7. 2017.
49. Rai SK, Rai G, Hirai K, Abe A, Ohno Y. The health system in Nepal—An introduction. *Environ Health Prev Med.* 2001;6(1):1–8.
50. Neill SJ, Jones CHD, Lakhanpaul M, Roland DT, Thompson MJ. Parent's information seeking in acute childhood illness: What helps and what hinders decision making? *Heal Expect.* 2015;18(6):3044–56.

51. Aftab W, Shipton L, Rabbani F, Sangrasi K, Perveen S, Zahidie A, et al. Exploring health care seeking knowledge, perceptions and practices for childhood diarrhea and pneumonia and their context in a rural Pakistani community. *BMC Health Serv Res.* 2018;
52. Dedeu T. Organisation des soins primaires en Catalogne. *Rev Fr Aff Soc.* 2010;1(3):49.
53. Mehtap T, Mollahaliloglu S, Sahin B, Aydın S, Maresso A, Hernandez-Quevedo C. Turkey. Health system review. Vol. 13. 2011.
54. Målqvist M, Singh C, Kc A. Care seeking for children with fever/cough or diarrhoea in Nepal: Equity trends over the last 15 years. *Scand J Public Health.* 2017;45(2):195–201.
55. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RD, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. *Obs Stud [Internet].* 2015;38:119–34. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf
56. Ministère des affaires sociales et de la santé. La loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016 [cited 2020 Sep 16]. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/leaflet_lmss_a5-web_2_.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTORISATIONS DE MENER L'ETUDE

1. Comité de protection des personnes Est 1

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES EST I

*FACULTE DE MEDECINE
BP 87900
21079 DIJON CEDEX*

Dijon, 3 April 2019,

Dear Sir,

According to French legislation, Committees for the Protection of Persons participating in clinical research are responsible for approving research studies.

The case report entitled " Primary health care access for caregivers of children between 0 and 5. International comparison" was performed in accordance with the principles of good clinical practice and the need for Ethics Committee approval was waived.

After examination of this study, this trial is outside Jardé's law field.

Yours faithfully,



Le Président
Pr Jean-Pierre QUENOT

Président : Mr le Dr QUENOT - Faculté de Médecine – Bâtiment B2 – 21079 DIJON CEDEX
Tel : 03.80.66.62.09 Fax : 03.80.66.59.93
Vice-président : M. Yann LECOMTE – 21000 DIJON
Secrétaire : Dr Jean-Pierre PANE - 21540 BUSSY-LA-PESLE

2. Comité éthique Turc

| DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KURULU | | Karar No:2019/37-38 | Tarih:04.11.2019 | | |
|--|--|--|------------------|--------------------------|-----------|
| <p>Prof.Dr. Aziz Dilek GÜLDAL'in sorumluluğunda 0-5 Yaş Arası Çocuklara Bakım Verenlerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Eğitimci Uzmanların Kararlılığına (Primary Health Care Access for Caregivers of Children Between 0 And 5: Interinstitutional Compartment) isimli bilimsel araştırma ile başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri hakkında alınarak incelenmiş, etik açıdan yeterliklerini karşıladığından uygun olduğuna ve her iki de karara verilmiştir.</p> | | <p>ETİK KURULU ÜYELERİ</p> | | | |
| <p>ETİK KURULU ÜYELERİ</p> | | <p>ETİK KURULU ÜYELERİ</p> | | | |
| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | Araştırma ile İlgili mi? | İmza |
| Prof.Dr. Saad Kıvanç MUTLİ (Başkan) | Kalp ve Damar Cerrahisi | DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı | Erkek | <input type="checkbox"/> | |
| Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı) | Tabii Patoloji | DEU Tıp Fakültesi Tabii Patoloji A.D. | Kadın | <input type="checkbox"/> | |
| Prof.Dr. Serhan YENER | Endokrinoloji | DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı | Erkek | <input type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Prof.Dr. Pinar TUNCUL | Tabii Biyokimya | DEU Tıp Fakültesi Tabii Biyokimya Anabilim Dalı | Kadın | <input type="checkbox"/> | |
| Prof.Dr. Arzu GENÇ | Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon | DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu | Kadın | <input type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr. Nil Hocaoglu AKSAY | Tabii Farmakoloji | DEU Tıp Fakültesi Tabii Farmakoloji Anabilim Dalı | Kadın | <input type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr. Murat BEKTAŞ | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemireliği | DEU Hemirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemireliği | Erkek | <input type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr. Tuğrul ÇANKAYA | Tabii Genetik | Tabii Genetik Anabilim Dalı | Erkek | <input type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr. Ayfer DAYI | Davranış Fizyolojisi | DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı | Kadın | <input type="checkbox"/> | |
| Doç.Dr. Korcan DEMİR | Pediyatrik Endokrinoloji | DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı | Erkek | <input type="checkbox"/> | Katılmadı |
| Doç.Dr. Mahmut Cem ERGON | Tabii Mikrobiyoloji | DEU Tıp Fakültesi Tabii Mikrobiyoloji Anabilim Dalı | Erkek | <input type="checkbox"/> | |
| Öğr. Gör. Dr. Kıvanç YÜKSEL | Biyoistatistik ve Tabii Bilgi | Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilgi A.D. | Erkek | <input type="checkbox"/> | |
| Av. Esra FIRTINA | Avukat | DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği | Kadın | <input type="checkbox"/> | |
| Mdinet Erhan ÖZKUL | Sağlık mensubu olmayan üye | DEU Tıp Fakültesi İdari Mali İşler | Erkek | <input type="checkbox"/> | |

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KURULU

Sayın Prof.Dr. Aziz Dilek GÜLDAL

Araştırmanıza ilişkin kuralımızla kararınız aşağıda sunulmuştur.

Bilgi edinmek ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ACIK ADRES Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı-2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON 0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS 0 232 412 22 43
E-POSTA etikkurul@deu.edu.tr

DOSYA NO: 4840-G0A
ARASTIRMA UZMANLIK TEZİ MÜNFERİT ARAŞTIRMA OKUNUŞ YÜKSEKLİSANS DOKTORA
ARASTIRMANIN ACIK ADI 0-5 Yaş Arası Çocuklara Bakım Verenlerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Eğitimci Uzmanların Kararlılığına (Primary Health Care Access for Caregivers of Children Between 0 And 5: Interinstitutional Compartment.)
ARASTIRMA PROTOKOL KODU
SORUMLU ARAŞTIRMACI Prof.Dr. Aziz Dilek GÜLDAL
ÜNVANI/ADRESYAD/VE UZMANLIK ALANI Aile Hekimliği A.D.
ARASTIRMAYA KATILAN MERKEZLER TEK MERKEZ ÇOK MERKEZLİ

| Belge Adı | Tarhi | Version Numarası | Dili |
|-------------------------------------|--------|------------------|---|
| ARASTIRMA PROTOKOLÜ | Mevcut | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> |
| ARASTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR | Mevcut | | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input checked="" type="checkbox"/> |
| BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | Mevcut | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> |
| OLGU RAPOR FORMU | Mevcut | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> |

3. Comité éthique Népal



Government of Nepal
Nepal Health Research Council (NHRC)



Ref. No.: 2923

3 May 2019

Ms. Irene De Miguel Ferrer

Principal Investigator, Faculté de médecine de Bourgogne
France

Ref: **Approval of thesis proposal entitled Primary health care access for caregivers of children between 0 and 5. International comparison**

Dear Ms. Ferrer,

It is my pleasure to inform you that the above-mentioned proposal submitted on **8 April 2019** (**Reg. no. 206/2019**) has been approved by Nepal Health Research Council (NHRC) National Ethical Guidelines for Health Research in Nepal, Standard Operating Procedures Section 'C' point no. 6.3 through Expedited Review Procedures.

As per NHRC rules and regulations, the investigator has to strictly follow the protocol stipulated in the proposal. Any change in objective(s), problem statement, research question or hypothesis, methodology, implementation procedure, data management and budget that may be necessary in course of the implementation of the research proposal can only be made so and implemented after prior approval from this council. Thus, it is compulsory to submit the detail of such changes intended or desired with justification prior to actual change in the protocol. Expiration date of this proposal is **September 2020**.

If the researcher requires transfer of the bio samples to other countries, the investigator should apply to the NHRC for the permission. The researchers will not be allowed to ship any raw/crude human biomaterial outside the country; only extracted and amplified samples can be taken to labs outside of Nepal for further study, as per the protocol submitted and approved by the NHRC. The remaining samples of the lab should be destroyed as per standard operating procedure, the process documented, and the NHRC informed.

Further, the researchers are directed to strictly abide by the National Ethical Guidelines published by NHRC during the implementation of their research proposal and **submit progress report in between and full or summary report upon completion**.

As per your thesis proposal, the total research budget is **\$ 877** and accordingly the processing fee amounts to **\$ 200**. It is acknowledged that the above-mentioned processing fee has been received at NHRC.

If you have any questions, please contact the Ethical Review M & E Section at NHRC.

Thanking you,

Prof. Dr. Anjani Kumar Jha
Executive Chairperson

Cc:

Ms. Rojina Karki

Principal Investigator, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DU RECUEIL DES DONNEES

1. Espagnol

RECOPIACIÓN DE DATOS SOBRE LA DIARREA AGUDA EN EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

Su experiencia es muy importante. Conteste por favor a TODAS las preguntas rellenando la (las) casilla(s) o, cuando sea requerido, escribiendo de forma legible. No existe una respuesta correcta u errónea. Estos datos son anónimos. Gracias.

CONOCIMIENTO SOBRE LA DIARREA AGUDA

| | Sí | No |
|---|----|----|
| La lactancia materna exclusiva (ningún otro líquido o alimento durante los 6 primeros meses de vida) protege de la diarrea. | | |
| Lavar las manos con jabón, tanto del niño como de sus cuidadores, reduce el riesgo de diarrea. | | |
| Siempre hay que dar un tratamiento de rehidratación cuando el niño tiene una deposición líquida. | | |
| Si hay diarrea, hay que suspender la lactancia. | | |
| Un niño que no responde a estímulos, llora sin lágrimas y tiene la boca seca debe ser rápidamente llevado a un profesional de la salud. | | |
| Un niño de 3 años con diarrea y 37,5°C tiene que ser rápidamente llevado a un profesional de la salud. | | |

¿Dónde ha recibido esta información? (marcar la casilla "Sí" o "No" cada vez que sea posible)

| | Sí | No | | Sí | No | | Sí | No |
|--------------|----|----|---------------------|----|----|-------------------------|----|----|
| Enfermero(a) | | | Familia | | | Televisión/Telenoticias | | |
| Amigo (a) | | | Médico especialista | | | Redes sociales | | |
| Escuela | | | Médico de familia | | | Otros : _____ | | |

DURANTE EL ÚLTIMO EPISODIO DE DIARREA DE SU NIÑO(A)

Si ha necesitado consejo, ¿a quién se lo ha pedido?

¿Ha contactado un profesional de la salud?

Sí No

¿Cómo ha contactado ese profesional?

| | | | |
|----------------------------|---------------------------------------|--|---|
| RESERVA DE CITA | Por teléfono <input type="checkbox"/> | Por internet <input type="checkbox"/> | Presencialmente <input type="checkbox"/> |
| PLAZO DE LA CITA | < 48 h <input type="checkbox"/> | Entre 48 h y 6 días <input type="checkbox"/> | > 6 días <input type="checkbox"/> |
| MEDIO DE TRANSPORTE | Andando <input type="checkbox"/> | Transporte público <input type="checkbox"/> | Transporte privado <input type="checkbox"/> |
| TIEMPO DE RECORRIDO | < 30 minutos <input type="checkbox"/> | > 30 minutos <input type="checkbox"/> | |
| PRECIO | Gratuito <input type="checkbox"/> | Copago <input type="checkbox"/> | Precio completo <input type="checkbox"/> |
| OTRO(S) : _____ | | | |

En cuanto al tratamiento (durante el último episodio) :

| | | | |
|--|----------------------------------|--|--|
| MEDIO DE TRANSPORTE hasta la farmacia más cercana | Andando <input type="checkbox"/> | Trasporte publico <input type="checkbox"/> | Trasporte privado <input type="checkbox"/> |
|--|----------------------------------|--|--|

| | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIEMPO DE RECORRIDO hasta la farmacia más cercana | < 30 minutos <input type="checkbox"/> | > 30 minutos <input type="checkbox"/> |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| PRECIO del tratamiento | Gratuito <input type="checkbox"/> | Copago <input type="checkbox"/> | Precio completo <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--|

¿En caso de necesidad, a quién habría contactado, y en qué orden?

| PERSONA CONTACTADA | ORDEN (de 1 a 6) |
|-----------------------|------------------|
| Farmacéutico | |
| Enfermero(a) | |
| Médico de Familia | |
| Médico de Urgencias | |
| Médico Especialista | |
| Curandero tradicional | |
| Otro : _____ | |

GENERALIDADES

Su edad: _____ Sexo : F / M Número de menores a cargo _____

Es ud. la/el madre/padre hermano/hermana Otros _____ del niño/de la niña.

Edad del niño/a: _____ meses Sexo del niño/a F / M

| | SI | NO |
|---|----|----|
| ¿Ve a veces un trabajador social (asistente social, educador...)? | | |
| ¿Dispone de un seguro médico complementario (mutua)? | | |
| ¿Vive en pareja? | | |
| ¿Es usted propietario de su alojamiento (o tiene acceso a la propiedad)? | | |
| ¿Hay períodos del mes en el que tiene dificultades financieras reales para hacer frente a sus necesidades (alimentación, alquiler, electricidad...)? | | |
| ¿Ha realizado alguna actividad deportiva en los últimos 12 meses? | | |
| ¿Ha ido a un espectáculo (cinema, teatro...) en los últimos 12 meses? | | |
| ¿Se ha ido de vacaciones en los últimos 12 meses? | | |
| ¿En los últimos 6 meses, ha contactado miembros de su familia (que no fueran sus padres o hijos)? | | |
| ¿En caso de dificultades (financieras, familiares, de salud...), hay alguna persona en su entorno con la que pueda contar... para ofrecerle alojamiento durante unos días en caso de necesidad? | | |
| ¿En caso de dificultades (financieras, familiares, de salud...), hay alguna persona en su entorno con la que pueda contar... para aportarle ayuda material (incluyendo un préstamo)? | | |

2. Français

RECUEIL DE DONNEES SUR LA DIARRHEE AIGUE CHEZ L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

Votre expérience est très importante. Veuillez répondre à TOUTES les questions en cochant la (les) case(s) ou, quand c'est demandé, en écrivant lisiblement. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Vos données restent anonymes. Merci.

CONNAISSANCE DE LA DIARRHEE AIGUE

| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| L'allaitement maternel exclusif (aucun autre liquide ou aliment pendant les 6 premiers mois de vie) protège de la diarrhée. | | |
| Laver les mains avec du savon, chez l'enfant et chez ceux qui s'en occupent, réduit le risque de diarrhée. | | |
| Il faut toujours donner un traitement de réhydratation quand l'enfant a une selle liquide. | | |
| S'il y a diarrhée, il faut arrêter l'allaitement. | | |
| Un enfant qui ne répond pas, pleure sans larmes et a la bouche sèche doit être rapidement amené à un professionnel de santé. | | |
| Un enfant de 3 ans avec de la diarrhée et 37,5 °C de température doit être rapidement amené à un professionnel de santé. | | |

Où avez-vous reçu ces informations ? (cocher Oui ou Non chaque fois que c'est possible)

| | Oui | Non | | Oui | Non | | Oui | Non |
|--------------|-----|-----|---------------------|-----|-----|----------------|-----|-----|
| Infirmier(e) | | | Famille | | | TV/journal | | |
| Ami (e) | | | Médecin spécialiste | | | Réseau sociaux | | |
| Ecole | | | Médecin généraliste | | | Autres : _____ | | |

LORS DU DERNIER EPISODE DE DIARRHEE DE VOTRE ENFANT

Si vous avez eu besoin d'un conseil, à qui l'avez-vous demandé ?

Avez-vous contacté un professionnel de la santé ?

Oui Non

Comment avez-vous contacté ce professionnel ?

| | | | |
|----------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| PRISE DE RENDEZ-VOUS | Par téléphone <input type="checkbox"/> | Sur le web <input type="checkbox"/> | En personne <input type="checkbox"/> |
|----------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|

| | | | |
|----------------------|---------------------------------|--|------------------------------------|
| DELAI DU RENDEZ-VOUS | < 48 h <input type="checkbox"/> | Entre 48 h et 6 jours <input type="checkbox"/> | > 6 jours <input type="checkbox"/> |
|----------------------|---------------------------------|--|------------------------------------|

| | | | |
|--------------------|---------------------------------|---|--|
| MOYEN DE TRANSPORT | A pied <input type="checkbox"/> | Transport publique <input type="checkbox"/> | Transport privé <input type="checkbox"/> |
|--------------------|---------------------------------|---|--|

| | | |
|-----------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TEMPS DE TRAJET | < 30 minutes <input type="checkbox"/> | > 30 minutes <input type="checkbox"/> |
|-----------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

| | | | |
|------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| PRIX | Gratuité <input type="checkbox"/> | Contribution <input type="checkbox"/> | Tout à charge <input type="checkbox"/> |
|------|-----------------------------------|---------------------------------------|--|

AUTRE(S) : _____

Quant au traitement (lors du dernier épisode) :

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| MOYEN DE TRANSPORT à la pharmacie la plus proche | A pied <input type="checkbox"/> | Transport publique <input type="checkbox"/> | Transport privé <input type="checkbox"/> |
| TEMPS DE TRAJET à la pharmacie la plus proche | < 30 minutes <input type="checkbox"/> | > 30 minutes <input type="checkbox"/> | |
| PRIX du traitement | Gratuité <input type="checkbox"/> | Contribution <input type="checkbox"/> | Tout à charge <input type="checkbox"/> |

Au besoin, qui auriez-vous contacté, et dans quel ordre ?

| PERSONNE CONTACTEE | ORDRE (de 1 à 6) |
|-------------------------|------------------|
| Pharmacien | |
| Infirmier(e) | |
| Médecin généraliste | |
| Médecin Urgentiste | |
| Médecin spécialiste | |
| Guérisseur traditionnel | |
| Autre : _____ | |

GENERALITES

Votre âge : _____ Sexe : F / M Nombre d'enfants à charge _____

Vous êtes la/le mère/père frère/sœur autres _____ de l'enfant.

Age de l'enfant : _____ mois Sexe de l'enfant F / M

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur...) ? | | |
| Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ? | | |
| Vivez-vous en couple ? | | |
| Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? | | |
| Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? | | |
| Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? | | |
| Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ? | | |
| Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? | | |
| Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille (autres que vos parents ou vos enfants) ? | | |
| En cas de difficultés (financière, familiale, de santé...) , y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter... pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? | | |
| En cas de difficultés (financière, familiale, de santé...) , y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter... pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ? | | |

3. Bulgare

СЪДЪРЖАНИЕ НА ДАННИ ЗА ОСТРА ДИАРИЯ ДЕЦА ПОД 5-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Вашият опит е много важен. Моля, отговорете на следните въпроси като отбележите верният за Вас отговор или да напишете правдоподобен свободен отговор. Няма грешни или верни отговори, само такива отговарящи на вашия опит. Анкетата е анонимна. Благодарим Ви за участието.

ИНФОРМИРАНост ЗА ОСТРА ДИАРИЯ

| | Да | Не |
|--|----|----|
| Ексклузивно кърмене (кърмене без хранене с друга храна или даване на вода през първите шест месеца) предпазват кърмачето от диария. | | |
| Измиването на ръцете на децата и родителите или детегледачите със сапун намалява риска от диария. | | |
| Винаги се провежда рехидратираща терапия, когато детето има течни фекалии. | | |
| Ако има диария се спира кърменето на детето. | | |
| Ако детето не е контактно, плаче без сълзи или устната кухина и езика са сухи, трябва бързо да се консултирате със здравен специалист. | | |
| Ако 3-годишно дете има диария и телесна му температура е 37.5 °C, трябва бързо да се консултирате със здравен специалист. | | |

От къде получихте тази информация?

| | Да | Не | | Да | Не | | Да | Не |
|-------------------|----|----|----------------------------|----|----|---------------------|----|----|
| Медицинска сестра | | | Семейството | | | Телевизията/Медиите | | |
| Приятел | | | Общопрактикуващ лекар (GP) | | | Социалната мрежа | | |
| Училище | | | Педиатър | | | Друго: _____ | | |

ПРЕЗ ПОСЛЕДНИЯ ПЕРИОД НА ДИАРИЯ НА ВАШЕТО ДЕТЕ

Ако Ви е бил нужен здравен съвет, кого попитахте?

Свързахте ли се със здравен специалист?

Да Не

Как се свързахте със здравния специалист?

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| СЪС ЗАПАЗЕН ЧАС ЗА ПРЕГЛЕД | По телефона <input type="checkbox"/> | През интернет <input type="checkbox"/> | В кабинета (лично) <input type="checkbox"/> |
| ПРОВЕЖДАНЕТО НА ПРЕГЛЕДА Е БИЛО СЛЕД: | <48 часа <input type="checkbox"/> | Между 48 часа и 6 дни <input type="checkbox"/> | Повече от 6 дни <input type="checkbox"/> |
| НАЧИН НА ПРИДВИЖВАНЕ | Пеша <input type="checkbox"/> | Публичен транспорт <input type="checkbox"/> | Личен транспорт <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| ВРЕМЕ НА ДОСТИГАНЕ ДО КАБИНЕТА | По-малко от 30 минути <input type="checkbox"/> | Повече от 30 минути <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|--|--|

| | | | |
|------|------------------------------------|--|-------------------------------------|
| ЦЕНА | Безплатно <input type="checkbox"/> | Потребителска такса <input type="checkbox"/> | Пълна цена <input type="checkbox"/> |
|------|------------------------------------|--|-------------------------------------|

ДРУГО : _____

Относно лечението на последния период на диария:

| | | | |
|---|-------------------------------|---|--|
| НАЧИН НА ПРИДВИЖВАНЕ до най-близката аптека | Пеша <input type="checkbox"/> | Публичен транспорт <input type="checkbox"/> | Личен транспорт <input type="checkbox"/> |
|---|-------------------------------|---|--|

| | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| ВРЕМЕ НА ДОСТИГАНЕ до най-близката аптека | < 30 минути <input type="checkbox"/> | >30 минути <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|

| | | | |
|-------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| ЦЕНА на лечението | Безплатно <input type="checkbox"/> | Част от цената <input type="checkbox"/> | Пълна цена <input type="checkbox"/> |
|-------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|

Ако Ви е нужна информация, към кого бихте се обърнали и в какъв ред?

| ВЕЩО ЛИЦЕ | РЕД(от 1 до 6) |
|---------------------------|-----------------|
| Фармацевт | |
| Медицинска сестра | |
| Общопрактикуващ лекар | |
| Лекар от спешно отделение | |
| Педиатър | |
| Народен лечител | |
| Друго : _____ | |

ОБЩИ ВЪПРОСИ

Вашата възраст: _____ Пол: Ж / М Брой деца, за които се грижите _____

Вие сте: майка/баща брат/сестра Друго: _____ на детето.

Възраст на детето : _____ месеца Пол на детето: Ж / М

| | ДА | НЕ |
|--|----|----|
| Често ли се срещате със социален работник (социален работник, обучител...)? | | |
| Здравноосигурени ли сте(Вие и партньора Ви) ? | | |
| Живеете ли заедно с партньора си? | | |
| Притежавате ли собствен дом (или се обитавате чужд имот)? | | |
| Имате ли финансово затруднение с осигуряване на битови нужди (храна, наем, ток, вода)? | | |
| Спортували ли сте през последните 12 месеца? | | |
| Били ли сте на театър, кино или друго през последните 12 месеца? | | |
| Били ли сте на почивка през последните 12 месеца? | | |
| През последните 6 месеца контактували ли сте с хора извън семейството Ви? | | |
| В трудни ситуации (финансови, семейни, здравни) имате ли близки, на които може да разчитате (например с осигуряване на подслон)? | | |
| В трудни ситуации имате ли близки, на които може да разчитате (например със заем)? | | |

4. Turc

5 YAŞ ALTI AKUT İSHAL İLE BAŞVURAN ÇOCUKLAR ÜZERİNE VERİ ÖZETİ

Sizin deneyiminiz bizim için çok değerli. Lütfen tüm soruları uygun kutucukları işaretleyerek veya gerektiğinde okunaklı biçimde yazarak yanıtlayınız. Bu ankette doğru ya da yanlış yanıt yer almamaktadır. Tüm yanıtlar isimsiz kaydedilecektir. İlginize teşekkür ederiz.

AKUT İSHAL BİLGİSİ

| | Evet | Hayır |
|---|------|-------|
| İlk 6 ayda yalnızca anne sütü ile beslemek (başka bir gıda veya sıvı vermeksizin), ishale karşı koruyucudur. | | |
| Çocukların ve bakım verenlerin ellerini sabunla yıkaması, ishal riskini azaltır. | | |
| Çocuk her sulu dışkıladığında rehidratasyon tedavisi vermek gerekir. | | |
| İshal varlığında anne sütü ile beslenme durdurulmalıdır. | | |
| Eğer çocuk yanıt vermiyorsa, ağladığında gözyaşı gelmiyorsa ve ağızda kuruluk mevcutsa, acilen bir sağlık personeline danışılmalıdır. | | |
| Eğer üç yaşında bir çocukta ishal ve 37.5 °C ateş varsa, acilen bir sağlık çalışanına danışılmalıdır. | | |

Bu bilgiyi nereden edindiniz?

| | Evet | Hayır | | Evet | Hayır | | Evet | Hayır |
|---------|------|-------|--------------|------|-------|-------------------|------|-------|
| Hemşire | | | Aile | | | Televizyon/Gazete | | |
| Arkadaş | | | Uzman doktor | | | Sosyal medya | | |
| Okul | | | Aile hekimi | | | Diğer: _____ | | |

ÇOCUĞUNUZUN EN SON İSHAL OLDUĞU DÖNEMDE

En son öneriye ihtiyaç duyduğunuzda kime başvurdunuz?

Herhangi bir sağlık personeline başvurdunuz mu? Evet Hayır

Bu kişiyle nasıl iletişim kurdunuz?

| | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| RANDEVU YÖNTEMİ | Telefonla <input type="checkbox"/> | İnternette <input type="checkbox"/> | Yüz yüze <input type="checkbox"/> |
| RANDEVU İÇİN BEKLEME SÜRESİ | < 48 saat <input type="checkbox"/> | 48 saat – 6 gün arası <input type="checkbox"/> | > 6 gün <input type="checkbox"/> |
| ULAŞIM BİÇİMİ | Yürüyerek <input type="checkbox"/> | Toplu taşıma ile <input type="checkbox"/> | Özel araç ile <input type="checkbox"/> |
| ULAŞIM SÜRESİ | < 30 dakika <input type="checkbox"/> | > 30 dakika <input type="checkbox"/> | |
| ÜCRET | Ücretsiz <input type="checkbox"/> | Katkı paylı <input type="checkbox"/> | Tam ücretli <input type="checkbox"/> |
| DİĞER: _____ | | | |

En son ishal olduđunda, tedavi süresince:

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| EN YAKIN ECZANEYE ULAŞIM BİÇİMİ | Yürüyerek <input type="checkbox"/> | Toplu taşıma ile <input type="checkbox"/> | Özel araç ile <input type="checkbox"/> |
| EN YAKIN ECZANEYE ULAŞIM SÜRESİ | < 30 dakika <input type="checkbox"/> | > 30 dakika <input type="checkbox"/> | |
| TEDAVİ ÜCRETİ | Ücretsiz <input type="checkbox"/> | Katkılı <input type="checkbox"/> | Tam ücretli <input type="checkbox"/> |

Eđer bir öneriye ihtiyaç duyarsanız kime/kimlere başvurursunuz ve bunu hangi sırayla yapardınız?

| Başvurulan Kişi | Sıralama (1'den 6'ya) |
|-------------------|-----------------------|
| Eczacı | |
| Hemşire | |
| Aile hekimi | |
| Acil hekimi | |
| Uzman doktor | |
| Geleneksel şifacı | |
| Diđer : _____ | |

GENEL BİLGİLER

Yaşınız : _____ Cinsiyetiniz: K / E Baktığınız çocuk sayısı _____
Siz _____ annesisiniz/babasisiniz Kız kardeşisiniz / Erkek kardeşisiniz diđer _____
Çocuđun yaşı : _____ ay Çocuđun cinsiyeti K / E

| | EVET | HAYIR |
|---|------|-------|
| Belirli aralıklarla bir sosyal hizmet görevlisiyle görüşür müsünüz ? (sosyal hizmet görevlisi, eğitici,...) | | |
| Tamamlayıcı bir sağlık sigortasından faydalaniyor musunuz? | | |
| Biriyle birlikte bir çift olarak mı yaşıyorsunuz? | | |
| Yaşadığınız evin sahibi misiniz? (Ya da üzerinize kayıtlı herhangi bir mülk var mı?) | | |
| Basit ihtiyaçlarınızı giderirken (beslenme, barınma, elektrik) finansal açıdan zorluk yaşıyor musunuz? | | |
| Son 12 ayda herhangi bir spor yaptınız mı? | | |
| Son 12 ayda herhangi bir gösteriye (sinema, tiyatro...) gittiniz mi? | | |
| Son 12 ayda tatile gittiniz mi? | | |
| Son 6 ay içinde anne-babanız veya kendi çocuđunuz dışında bir aile yakınınızla iletişim kurdunuz mu? | | |
| Zor duruma düştüğünüzde (mali, ailesel, sağlık sorunları nedeniyle) sizi birkaç gün misafir edebilecek, güvенеbileceğiniz kimse var mı? | | |
| Zor duruma düştüğünüzde (mali, ailesel, sağlık sorunları nedeniyle) size maddi destek verebilecek, güvенеbileceğiniz kimse var mı? | | |

5. Népalí

५ वर्ष मुनिका बालबालिकाहरुमा तीव्र पखालाको डाटा संग्रह

तपाईंको अनुभव अत्यन्तै महत्व छ। कृपया उचित उत्तरमा दिइएको बाकसमा ठीक लगाई वा पढ्न सकिने गरी लिखित रूपमा उत्तर दिनुहोला। तपाईंले दिनुभएको प्रतिक्रियालाई ठीक वा बेठीक भनी मूल्याङ्कन गरिने छैन। तपाईंको प्रतिक्रिया गोप्य राखिनेछ। धन्यवाद !

तीव्र पखालाको ज्ञान

| | हो | होइन |
|---|----|------|
| विशेष स्तनपान (पहिलो ६ महिना कुनै अन्य तरल वा खाद्यपदार्थ विना गराइने स्तनपान) पखाला विरुद्ध सुरक्षा दिन्छ । | | |
| बच्चाहरुको को र बच्चाहरुलाई हेरचाह गर्ने व्यक्तिको हात साबुनपानीले धुँदा पखालाको जोखिम कम हुन्छ । | | |
| जब बच्चामा पातलो दिसा देखा पर्छ उसलाई सधैं निर्जलीकरण (जीवनजल पानी) उपचार दिनुपर्छ। | | |
| बच्चालाई पखाला छ भने स्तनपान रोक्नुपर्छ। | | |
| यदि बच्चाले केही प्रतिक्रिया देखाउँदैन भने वा विना आँसु रुन्छ वा मुख सुख्खा छ भने स्वास्थ्य चिकित्सा (स्वास्थ्यकर्मी) कहाँ तुरुन्त देखाउनुपर्छ। | | |
| यदि तीन वर्षको बच्चालाई पखाला छ र शरीरको तापक्रम ३७.५ डिग्री छ भने जतिसक्दो चाँडो स्वास्थ्यकर्मीलाई देखाउनुपर्छ। | | |

तपाईंले यी सूचना कहाँबाट प्राप्त गर्नुभयो ?

| | हो | होइन | | हो | होइन | | हो | होइन |
|-------|----|------|-----------------|----|------|------------------|----|------|
| नर्स | | | परिवार | | | टिभी/पत्रपत्रिका | | |
| साथी | | | विशेषज्ञ डाक्टर | | | सामाजिक सञ्जाल | | |
| स्कूल | | | साधारण चिकित्सक | | | अन्य: _____ | | |

तपाईंको बच्चाको अन्तिम पखाला प्रकरणमा (last diarrhoea episode)

यदि तपाईंलाई सरसल्लाह /सुझाव चाहिएको थियो भने कसलाई सोच्नुभयो ?

तपाईंले स्वास्थ्यकर्मीलाई सम्पर्क गर्नुभएको थियो ? थियो थिएन

तपाईंले यो व्यक्तिलाई कसरी सम्पर्क गर्नुभयो ?

| | | | |
|---------------------|-------------------------------------|---|--|
| नियुक्ति बुकिङ गरेर | फोन मार्फत <input type="checkbox"/> | इन्टरनेट (Net) द्वारा <input type="checkbox"/> | व्यक्तिगत रूपमा <input type="checkbox"/> |
| नियुक्तिमा ढिलाइ | < ४८ घण्टा <input type="checkbox"/> | ४८ घण्टा र छ दिन भित्र <input type="checkbox"/> | > ६ दिन <input type="checkbox"/> |
| यातायातको साधन | हिडेर <input type="checkbox"/> | सार्वजनिक यातायात <input type="checkbox"/> | निजी यातायात <input type="checkbox"/> |
| यात्रा अवधि | < ३० मिनेट <input type="checkbox"/> | > ३० मिनेट <input type="checkbox"/> | |
| खर्च | निःशुल्क <input type="checkbox"/> | योगदान <input type="checkbox"/> | पूर्ण शुल्क <input type="checkbox"/> |
| अन्य : _____ | | | |

उपचारका लागि (अन्तिम प्रकरणमा) :

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| यातायातको साधन (नजिकको फार्मसी जाँदा) | हिडेर <input type="checkbox"/> | सार्वजनिक यातायात <input type="checkbox"/> | निजी यातायात <input type="checkbox"/> |
| यात्रा अवधि (नजिकको फार्मसी जाँदा) | < ३० मिनेट <input type="checkbox"/> | > ३० मिनेट <input type="checkbox"/> | |
| उपचारको खर्च | निःशुल्क <input type="checkbox"/> | योगदान <input type="checkbox"/> | पूर्ण शुल्क <input type="checkbox"/> |

यदि तपाईंलाई सल्लाह चाहिएको भए कसलाई सम्पर्क गर्नुहुन्थ्यो र कुन क्रम अनुसार गर्नुहुन्थ्यो ?

| सम्पर्क गरिने व्यक्ती | क्रम (१ देखि ६) |
|----------------------------------|-----------------|
| फर्मासिस्ट | |
| नर्स | |
| साधारण चिकित्सक | |
| आकस्मिक चिकित्सक | |
| विशेषज्ञ | |
| परम्परागत चिकित्सा (धामी झाक्री) | |
| अन्य : _____ | |

साधारण जानकारी

तपाईंको उमेर : _____ लिङ्ग: पुरुष / महिला हेरचाह गरिएको बच्चाहरुको संख्या : _____
 तपाईं बच्चाको : आमा / बुवा दाई/ दिदी अन्य _____
 बच्चाको उमेर : _____ (महिनामा) वच्चाको लिङ्ग : पुरुष / महिला

| | छ | छैन |
|--|---|-----|
| तपाईं कहिले कही सामाजिक कार्यकर्तासँग भेट्नुहुन्छ (समाजसेवी, शिक्षक) ? | | |
| तपाईंले पूरक स्वास्थ्य बीमाको (complementary/mutual health insurance) लाभ उठाउनु भएको छ ? | | |
| तपाईं वैवाहिक जीवनमा हुनुहुन्छ ? | | |
| तपाईंसँग आफ्नै घर छ ? (वा अन्य कुनै सम्पत्ति) | | |
| तपाईंसँग आधारभूत आवश्यकता तिर्न कठिनाई छ (जस्तै खाना, वास, बत्ती) ? | | |
| तपाईंले गएको १२ महिनामा कुनै खेलकुद (sports) खेल्नु भएको छ ? | | |
| तपाईं गएको १२ महिनामा चलचित्र हेर्न जानुभएको छ ? (सिनेमा, थिएटर,...)? | | |
| तपाईं बितेको १२ महिनामा विदामा वसु भएको छ ? | | |
| वितेको ६ महिनामा तपाईंले आफ्नो परिवारका सदस्यहरूसँग सम्पर्क गर्नुभएको छ ? (आमाबुवा, छोराछोरी वाहेक अन्य) | | |
| कठिन समयमा (आर्थिक, पारिवारिक, स्वास्थ्य) तपाईंलाई केही दिनको वसोबासको लागि भरोसा दिने मान्छे छन् कि छैनन् ? | | |
| कठिन समयमा (आर्थिक, पारिवारिक, स्वास्थ्य), तपाईंलाई भौतिक सहायता (जस्तै ऋण) दिएर सहयोग गर्ने मान्छे छन् कि छैनन् | | |

TITRE DE LA THESE :

Comparaison internationale des soins de santé primaires, évaluation de l'accès à la santé des enfants de 0 à 5 ans dans 5 pays.

AUTEUR :

DE MIGUEL FERRER, IRENE

RÉSUMÉ :

Renforcer les soins de santé primaires (SSP) amène à un système de santé plus efficient et équitable. C'est pour y contribuer que cette étude exploratoire compare l'accès aux SSP dans cinq pays. **OBJECTIFS:** Comparer l'accès aux professionnels de santé (PS) des parents d'un enfant de 0 à 5 ans qui a eu une diarrhée aiguë, en France, Espagne, Bulgarie, Turquie et Népal. Objectifs secondaires: comparer l'accès au traitement et les connaissances en santé des parents. **METHODES:** Etude observationnelle transversale, multicentrique. Enquête auprès des parents en 2019, dans chaque ville, sur les places de jeux publiques. Critère de jugement principal: *Contact avec un PS* lors du dernier épisode de diarrhée. Critères de jugement secondaires: modes d'accès au PS, au traitement et aux connaissances. **RÉSULTATS:** les participants français sont ceux ayant contacté le moins souvent le PS lors du dernier épisode de diarrhée aiguë de leur enfants (64%) comparé aux autres, en particulier les espagnols (92%) ($p > 0,05$). Le score d'accès aux SSP (somme des scores au PS, traitement et éducation) dépasse 7/14 pour la plupart et ne varie pas significativement avec le pays ($p > 0,05$). Mais de nombreuses caractéristiques des modes d'accès que l'on a mesuré diffèrent significativement entre les pays. **DISCUSSION:** Le score d'accès au SSP ne varie pas significativement entre les cinq pays, malgré un financement 91 fois moins important du système de soins au Népal par rapport à la France. En France l'accessibilité aux SSP serait facilitée par la gratuité de consultation pour les enfants, l'implication d'acteurs non-médecins et la formation à la communication des PS.

MOTS-CLES : Soins de Santé Primaires ; Gestion de la santé, médecine préventive [A 98] ; Diarrhée [D11] ; Qualité, accès, évaluation des soins de santé [N].