

La santé

Joseph BRUNET-JAILLY

L'accent est mis, dans ce chapitre, d'abord sur les résultats obtenus par la Côte d'Ivoire en matière d'état de santé, car ce sont ces résultats qui intéressent quiconque se préoccupe de la contribution des ressources humaines à la croissance économique. On n'entreprendra certes pas de démontrer qu'une population en meilleure santé est plus productive, obtient de meilleurs résultats en matière d'éducation et de formation, s'adapte plus facilement au changement de son environnement, etc. Des éléments de démonstration existent, ils sont convaincants même s'ils ne concernent pas directement la Côte d'Ivoire. Nous supposerons ici que chacun admet qu'une sensible amélioration de l'état de santé de la population serait bénéfique à l'économie de la Côte d'Ivoire ; nous nous concentrerons donc sur la production de résultats en matière d'état de santé, et commencerons par présenter l'évolution des indicateurs d'état de santé.

Dans un second temps, et devant le caractère assez décevant des performances dont peut se prévaloir ce pays en matière de niveau et d'évolution de l'état de santé de sa population, on se demandera dans quelle mesure cette situation ne serait pas liée aux comportements des malades, que les professionnels disent souvent négligents, indisciplinés, etc. Puis, comme les enquêtes disponibles ne confirment pas exactement ce portrait, on devra se tourner du côté de l'offre des services de santé, pour voir si l'explication de résultats très médiocres ne se trouverait pas dans la manière dont cette offre a été conçue et organisée, ainsi que dans la façon dont est comprise et financée la stratégie sanitaire depuis trois décennies.

C'est donc après avoir pris soin d'interpréter la situation sanitaire de la Côte d'Ivoire dans une perspective dynamique portant sur environ vingt ans

que l'on en viendra à quelques conclusions sur ce que pourrait être, au cours des prochaines décennies, le choix des priorités, s'il était inspiré par des préoccupations de santé publique.

Niveau et évolution de l'état de santé

La principale difficulté que présente l'étude de ce point, pourtant fondamental, est que les spécialistes de santé publique ne disposent d'aucun indicateur satisfaisant pour décrire l'évolution de l'état de santé d'une population, c'est-à-dire pour mesurer le résultat final de leurs efforts. Ceci est vrai en Côte d'Ivoire comme ailleurs. On se contente très généralement d'utiliser les statistiques issues de l'activité des services de santé, ou les indicateurs calculés par les démographes ou les nutritionnistes. Or, une partie de l'activité sanitaire – toute celle qui, mal conçue, n'est pas efficace – n'a aucun impact positif sur l'état de santé, et une partie de cette activité a des effets iatrogènes : l'activité sanitaire peut donc croître sans que l'état de santé progresse. Par ailleurs, toute la statistique épidémiologique issue de l'activité des services de santé ne reflète que l'activité de ces derniers et elle ne nous apprend rien de précis sur l'état de santé (Hunter et Arbona, 1984) : par exemple, même si elle est capable de signaler la survenue d'une épidémie à un moment donné ou dans un foyer donné, elle ne peut pas en mesurer l'ampleur, parce que tous les malades ne se présentent pas aux services de santé¹. Quant aux indicateurs fournis par les démographes ou les nutritionnistes, chacun sait qu'ils sont partiels, indirects, et donc très peu satisfaisants (Audibert, 1982). Tant qu'il n'existera aucun travail original en Côte d'Ivoire sur ce sujet (dans la ligne de Murray et Lopez, 1996, et de Jamison *et al.*, 1993, estimant la charge globale de la maladie en années de vie corrigées de l'invalidité, ou en années de vie ajustées pour la qualité), nous ne pourrons pas faire mieux que d'examiner les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile, et le statut nutritionnel.

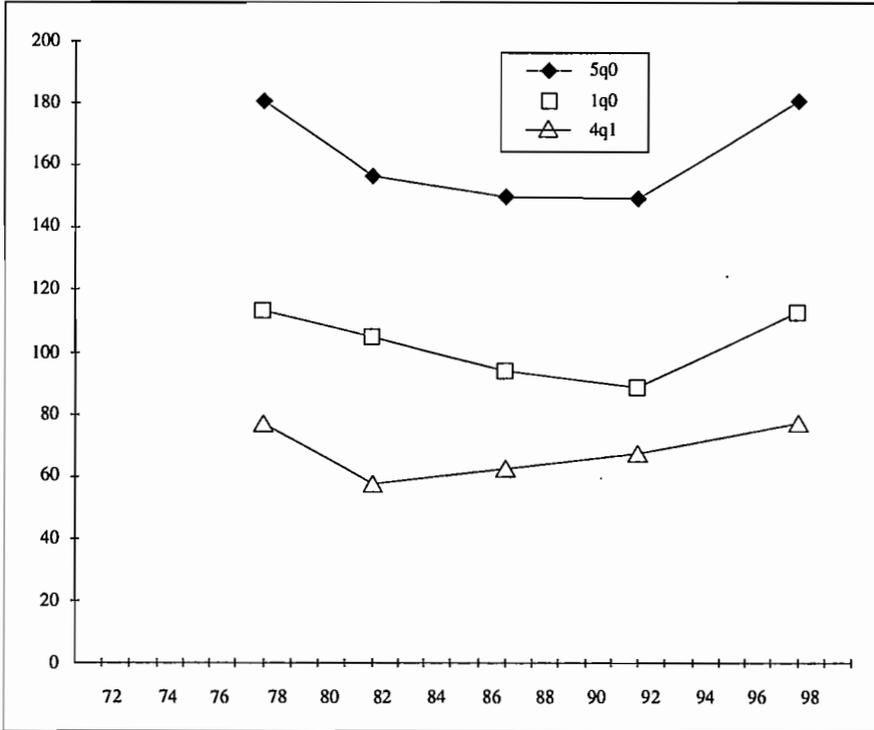
Comment ont évolué les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile ?

Pour les années récentes, on dispose des résultats des enquêtes démographiques et de santé de 1994 (N'Cho *et al.*, 1995) et de 1998-1999 (république de Côte d'Ivoire, 1999). En rapprochant les résultats de ces enquêtes de ceux de l'enquête ivoirienne sur la fécondité (1980-1981) et du recen-

1. Cette observation s'applique directement à toute la partie « morbidité » du Rapport annuel sur la situation sanitaire que commence à publier le ministère de la Santé (voir, par exemple, république de Côte d'Ivoire, ministère de la Santé, 1999)

Figure 1

**Mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile de la fin des années 1980
à la fin des années 1990 en Côte d'Ivoire (quotients pour mille)**



Source : d'après N'Cho *et al.*, 1995 p. 146, et république de Côte d'Ivoire, 1999, p. 20.

5q0 : quotient de mortalité infanto-juvénile ; 1q0 : quotient de mortalité infantile ; 4q1 : quotient de mortalité juvénile.

sement général de la population et de l'habitat (1988), on peut obtenir, sur l'ensemble de la période couverte, la figure 1 ci-dessus.

Les enseignements essentiels sont donc les suivants :

- la mortalité infanto-juvénile n'a diminué que très modérément dans une première période (de 181 à 149 entre la fin des années 1970 et le début des années 1990), alors que, au Sénégal par exemple, pays dont le niveau de vie est, en moyenne nationale, similaire à celui de la Côte d'Ivoire, des progrès très importants ont été enregistrés dans ce domaine (le taux est passé de 296 à 131 pour mille entre le début des années 1970 et la fin des années 1980, cf. Ndiaye, Diouf et Ayad, 1994, p. 124) ; malheureusement, au cours des années 1990, en Côte d'Ivoire, elle a augmenté, de telle sorte que les maigres progrès antérieurs ont été annihilés ;

- la mortalité juvénile augmente sans cesse depuis les premières années 1980, et si le même phénomène n'est pas apparu pour la mortalité infantile jusqu'au début des années 1990, c'était probablement, pensait-on, parce que, pendant leur première année, les enfants sont protégés par l'allaitement maternel ; depuis lors, la mortalité infantile elle aussi a augmenté, pour se retrouver au niveau qu'elle avait à la fin des années 1980 ; mais dès 1995, on savait que « l'augmentation de la mortalité juvénile observée au cours des années récentes peut, en partie, s'expliquer par la dégradation de la situation économique du pays qui touche, en premier lieu, les populations les plus vulnérables » (N'Cho *et al.*, 1995, p. 147).

Il y a donc là un très sérieux problème : sur la période couverte, le « miracle économique ivoirien » n'a en rien bénéficié à la santé de sa population. Évidemment, la crise des années 1980 a été terrible pour les pauvres, notamment dans la seconde moitié de la décennie : de 1985 à 1988, la diminution du revenu réel par tête en Côte d'Ivoire a apparemment été de 30 %, l'essentiel de cette chute étant intervenu en 1988 (Grootaert, 1993, p. 29-30). Et il a fallu attendre presque dix ans, et une promesse de financement spécial, pour que le gouvernement de la Côte d'Ivoire se préoccupe de la situation des pauvres (Banque mondiale, 1997).

Quel est le niveau des indicateurs de malnutrition ?

Dans ce domaine aussi l'enquête démographique et de santé de 1994 donne des résultats qui inquiètent (les résultats plus récents ne sont pas encore disponibles). L'indicateur habituel de la malnutrition chronique (rapport taille pour âge inférieur de plus de deux écarts-types à la médiane de la population de référence) révèle que 24 % des enfants de moins de trois ans souffrent, et que ce phénomène est essentiellement rural : la proportion atteint 29-30 % dans les milieux de forêt rurale et de savane rurale, elle n'est que de 10 % à Abidjan et de 15 % dans l'ensemble des villes (N'Cho *et al.*, 1995 p. 134). En outre, 8 % de ces enfants souffrent de sous-nutrition aiguë (rapport poids pour taille inférieur de plus de deux écarts-types à la médiane de la population de référence) et ce phénomène concerne électivement les enfants de 12 à 23 mois, sans grande variation entre les milieux écologiques.

Cette situation nutritionnelle des enfants est comparable à celle qui prévaut au Sénégal (23 % des enfants de 6 à 36 mois souffrent de sous-nutrition chronique en 1992-1993, communication personnelle de résultats non publiés de l'EDS), où cependant la sous-nutrition aiguë est plus répandue (12 % des enfants de 6 à 36 mois, communication personnelle). Mais elle est également comparable, et c'est ce qui surprend beaucoup, à celle qu'on constate au Mali en 1987, où 24,4 % des enfants de 3 à 36 mois souffraient de malnutrition chronique et 11 % de sous-nutrition aiguë (Traore, Konate et Stanton,

1989, p. 93-94). Or, le niveau de vie du Mali est, en ordre de grandeur, le tiers de celui de la Côte d'Ivoire. Là encore, par conséquent, les résultats de ce dernier pays sont extrêmement décevants, compte tenu de la croissance économique qu'il a connue et de ses ambitions sans cesse réaffirmées d'assurer le bonheur pour tous.

C'est parfois aux comportements de la population qu'on impute cette situation : les malades seraient inexplicablement défiants à l'égard de la médecine moderne, ils consulteraient tardivement, ils ne respecteraient pas les prescriptions qui leur sont faites, ils continueraient à recourir aux guérisseurs, marabouts et sorciers, ils se soigneraient eux-mêmes avec les produits trouvés dans les « pharmacies par terre », etc. Que sait-on des recours aux soins ?

Les recours aux soins

La Côte d'Ivoire dispose, et c'est tout à fait exceptionnel, d'une série d'enquêtes de niveau de vie couvrant la période 1985-1995. Quelques questions, posées à l'occasion de ces enquêtes, concernent la santé et nous permettent de décrire certains comportements face aux soins.

Fréquence de la maladie dans la population

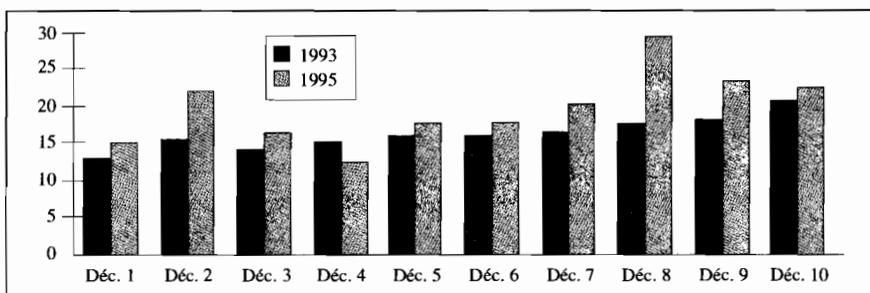
La proportion de ceux qui ont déclaré être malades est connue pour les années 1985 à 1988 par les réponses à une question : « Avez-vous été malade ou blessé au cours des quatre dernières semaines ? » En 1985, 30,8 % des enquêtés ont répondu par l'affirmative, sans grandes variations régionales (la région de savane a un taux légèrement plus fort : 33,4 %), mais avec un écart non négligeable entre le premier décile (24,3 %) et l'ensemble (Kanbur, 1988, p. 31). Immédiatement apparaît un problème : ces déclarations correspondent à plus de trois épisodes de maladie par personne et par an, ce qui semble beaucoup.

En 1993, environ 15 % des répondants déclarent avoir été malades au cours des deux dernières semaines : ceci correspond en ordre de grandeur aux déclarations antérieures, et représente 3,6 épisodes de maladie par personne et par an. Pour 1995, la question est à nouveau « avez-vous été malade au cours des 15 derniers jours ? », et près de 19 % des enquêtés répondent par l'affirmative, ce qui correspond à 4,32 épisodes de maladie par personne et par an².

2. L'enquête démographique et de santé de 1994 (N'Cho *et al.*, 1995) ne s'intéresse qu'aux épisodes d'infections respiratoires avec fièvre et de diarrhée chez les enfants de moins de 35 mois.

Figure 2

Proportion de répondants déclarant avoir été malades au cours de la précédente quinzaine, 1993 et 1995, par décile de la dépense totale par tête



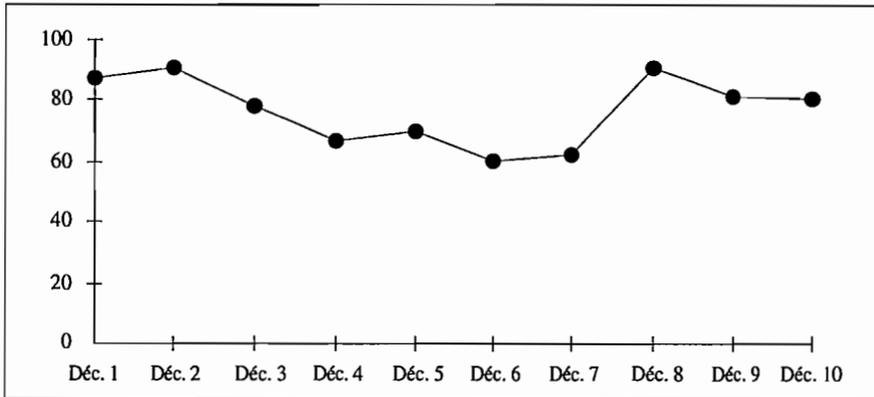
Source : d'après INS.

Sans mettre en doute le bien-fondé de l'opinion courante chez les spécialistes de santé publique en Afrique, selon lesquels c'est en moyenne entre 0,7 et 1 épisode annuel de maladie par personne qui mériterait d'être pris en charge par le système de santé, il faut sans doute interpréter les déclarations des répondants à la lumière de l'ensemble de leurs réponses, d'une part, et à la lumière de leurs comportements effectifs de recours aux soins, d'autre part. Or, on constatera plus loin qu'environ un quart de ces plaintes désigne des affections qui durent depuis plus d'un mois, et parfois depuis plusieurs années. Autrement dit, si l'on s'intéresse aux nouveaux épisodes, il faut sans doute diminuer d'un quart les chiffres qui viennent d'être cités. D'autre part, et en quelque sorte en sens inverse, on remarquera plus loin que, parmi ceux qui se déclarent malades, jamais plus de 75 % (et en général pas plus de 50 %) recourent effectivement aux soins. On est donc incité à comprendre que, si on demande aux gens « Avez-vous été malade au cours de telle période ? » ils vont répondre par l'affirmative dès qu'ils auront éprouvé à la fois les inconvénients d'un mal ancien, et tout nouveau trouble, même si ce dernier relève tout simplement, à leurs yeux, des petits maux de la vie et de l'automédication familiale.

Une interprétation de ce genre permet de comprendre pourquoi la proportion de ceux qui se déclarent malades croît lorsqu'on parcourt les déciles de la distribution des dépenses totales, comme on le voit ci-dessous (figure 2). On n'a en effet aucune raison sérieuse de penser que ceux qui ont un niveau de vie plus élevé sont plus souvent malades : on attend à vrai dire plutôt le contraire. Mais l'attention portée à son corps et à sa santé peut dépendre, si ce n'est du niveau de vie lui-même, du moins des caractères qui lui sont associés (éducation, accès à l'information, mais aussi éventuellement – et même assez probablement – anxiété).

Figure 3

Proportion (en %), parmi les malades, de ceux dont la maladie a commencé il y a moins d'un mois, par décile de la dépense totale par tête, 1995



Source : d'après INS.

Sur ces données, les variations entre régions, très fortes en 1993 (de 11,7 % en région forestière de l'Ouest à 23,4 % en région forestière de l'Est), se sont considérablement réduites entre cette année et 1995. Cela tient essentiellement au fait que la région forestière de l'Ouest, dans laquelle seulement 11,7 % des répondants déclaraient, lors de l'enquête de 1993, avoir été malades au cours des deux dernières semaines, se trouvent 22,4 % à répondre de la même façon deux ans plus tard. On pourrait imaginer que la situation économique de la région, et donc celle de ses habitants, s'étant améliorée entre les deux années, les répondants se soucient plus de leur santé maintenant que naguère ; mais ce ne sont là que des hypothèses à vérifier.

Enfin, les différences entre sexes ne sont importantes dans aucune région en 1993, alors qu'elles apparaissent non négligeables dans deux régions en 1995 : à Abidjan, 20,8 % des femmes déclarent avoir été malades et seulement 16,4 % des hommes ; et dans la région forestière de l'Est, 17,5 % des femmes et 20,8 % des hommes font cette réponse.

Terminons cette étude des déclarations des enquêtés en développant l'argument concernant la durée de la maladie (figure 3). L'enquête de 1995 complète la question « Avez-vous été malade au cours de deux dernières semaines ? » par la suivante : « Si vous avez été malade, depuis quand avez-vous eu cette maladie ? ». Un quart des épisodes déclarés (un peu plus dans la région forestière de l'Ouest, un peu moins, un cinquième seulement, dans la région de savane) correspond à des maladies ou blessures anciennes, ou, comme on est tenté de le penser, à des problèmes restés irrésolus au moins dans la perception qu'en ont les malades : soit qu'ils n'aient pas entrepris

ce qui était susceptible d'apporter une solution, soit que ces efforts se soient révélés vains. On est frappé de constater que la répartition de cette proportion par décile ne révèle une variation remarquable qu'à Abidjan, où la proportion de malades qui souffrent d'une affection de moins d'un mois est la plus forte aux deux extrêmes, comme on le voit dans la figure 3.

On pourrait imaginer que cette proportion d'épisodes récents est forte dans les premiers déciles parce que les malades n'ont pas les moyens de se préoccuper de tous leurs problèmes de santé : ils en déclarent un plus faible nombre (comparativement aux autres déciles), ne déclarent peut-être que les épisodes présentant une certaine gravité, et que les épisodes récents qui sont dans ce cas. Au contraire, lorsqu'on atteint les déciles du milieu de la distribution, les malades auraient la possibilité de penser à tous leurs problèmes de santé, ils en déclareraient un nombre plus grand (par rapport aux membres des premiers déciles), en n'omettant pas des problèmes anciens toujours présents. Quant aux derniers déciles de la distribution, la part des épisodes récents serait à nouveau plus forte du fait de la conjonction entre une plus grande attention à son corps et une plus grande capacité à régler les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent : les problèmes anciens sont plus fréquemment réglés, les problèmes récents sont plus nombreux. On manque totalement d'investigations spécifiques, tant qualitatives que quantitatives, nécessairement fines, sur ces points importants qui permettraient de bien caractériser, pour préparer la politique de santé, la demande de soins des Ivoiriens.

Nous avons insisté sur ce sujet parce qu'il montre à l'évidence, et contrairement à ce que l'on entend souvent, que les Ivoiriens ne sont pas inattentifs à leur santé : au contraire, dès qu'on les interroge, ils s'en plaignent beaucoup.

Proportion des malades recourant aux soins

Ce qui ne souffre d'aucune ambiguïté, ensuite, c'est que tous ceux qui sont malades ne se soignent pas. Les résultats sur ce point sont présentés en répartissant la population en trois groupes, conformément à un usage international bien établi, qui nous permet en outre d'utiliser des travaux antérieurs du plus grand intérêt (Grootaert, 1993) : le premier décile (de la distribution en fonction des dépenses totales), les 2^e et 3^e déciles, puis le reste de la population.

La comparaison n'est pas aussi facile qu'il y paraît au premier abord, parce que la question n'a pas été posée de façon exactement identique au cours des diverses enquêtes. Dans les années 1985 à 1988, on demandait : « A-t-on consulté un médecin, infirmier, pharmacien, guérisseur, sage-femme ou autre personnel sanitaire au cours des quatre dernières semaines pour

cette maladie ou blessure ? » En 1993 et 1995, la question était : « Avez-vous consulté un guérisseur, un médecin ou un autre personnel de santé au cours des deux dernières semaines ? » D'une part, la période couverte n'est pas la même ; d'autre part il n'est plus fait référence, dans les deux dernières enquêtes, à la maladie précise dont le répondant a déclaré souffrir ; et enfin la liste des professionnels évoqués est plus complète dans la première formulation que dans la seconde. L'effet sur les valeurs recueillies n'est pas prévisible : la première et la troisième différence pourraient entraîner des valeurs plus élevées, mais la seconde joue en sens inverse. Il ne faut donc pas s'attarder, dans ce qui suit, à des écarts de trop faible ampleur.

On remarque cependant (tableau 1) :

- que la proportion de ceux qui, étant malades, consultent un praticien, reste généralement inférieure à la moitié ;
- qu'elle est beaucoup plus faible dans le premier décile que dans les autres : plus précisément, elle est de l'ordre du quart dans le premier décile et de l'ordre de la moitié dans le groupe des déciles 4 à 10 ;
- qu'elle est plus faible dans les régions forestières (et spécialement dans l'Ouest forestier) et de savane (surtout à la fin des années 1980) qu'à Abidjan et dans les autres villes : à Abidjan, elle est de l'ordre des deux

Tableau 1

**Proportion de ceux qui recourent aux soins
(parmi ceux qui se sont déclarés malades), pour chaque année de l'enquête,
et pour différents groupements des répondants**

	1985	1986	1987	1988	1993	1995
1 ^{er} décile						
Hommes	31,20	30,80	20,00	19,10	23,76	25,63
Femmes	30,20	28,00	15,50	16,20	28,06	26,10
2 ^e et 3 ^e déciles						
Hommes	36,90	30,00	37,40	32,80	30,67	40,97
Femmes	36,20	30,60	34,00	31,30	32,23	36,47
Autres						
Hommes	48,60	47,70	46,20	52,60	46,03	55,87
Femmes	50,80	51,80	48,40	54,80	47,12	56,86
Abidjan	62,50	62,60	61,10	70,50	60,78	63,80
Autres villes	53,90	55,80	53,50	56,50	46,61	55,51
Forêt Est	43,80	47,10	47,40	42,70	33,15	41,92
Forêt Ouest	39,60	39,00	26,90	34,60	31,04	35,70
Savane	30,30	22,10	22,10	18,10	28,55	37,99
Côte d'Ivoire	45,80	43,90	40,60	41,30	40,56	47,87

Source : pour les années 1985 à 1988, Grootaert, 1993 ; ensuite INS.

Tableau 2

Proportion de ceux qui recourent aux soins (parmi ceux qui se sont déclarés malades), pour 1993 et 1995, par sexe et par zone écologique

	1993			1995		
	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes
Abidjan	60,78	60,74	60,81	63,80	62,37	64,80
Autres villes	46,61	46,07	47,19	55,51	50,36	60,51
Forêt Est	33,15	31,56	34,69	41,92	43,54	39,64
Forêt Ouest	31,04	30,84	31,28	35,70	43,32	27,90
Savane	28,55	28,60	28,50	37,99	41,78	34,16
Ensemble	40,56	39,77	41,34	47,87	48,17	47,56

Source : d'après INS.

tiers, le double de ce qu'elle est dans la région de savane avant 1995 (et le triple au plus fort de la crise, dans les années 1986-1988) ;

- qu'elle n'a pas, en 1995, retrouvé son niveau des années 1985, pour le premier décile, alors qu'elle l'a retrouvé ou dépassé pour les autres déciles.

Nous sommes donc en présence d'un système de santé qui, et c'est le moins qu'on puisse dire, n'offre pas d'équales opportunités de se soigner à ses malades, et d'abord parce que les disparités géographiques sont très importantes (parfaitement décrites, cf. ministère de la Santé publique, 1995c, mais volontiers tues).

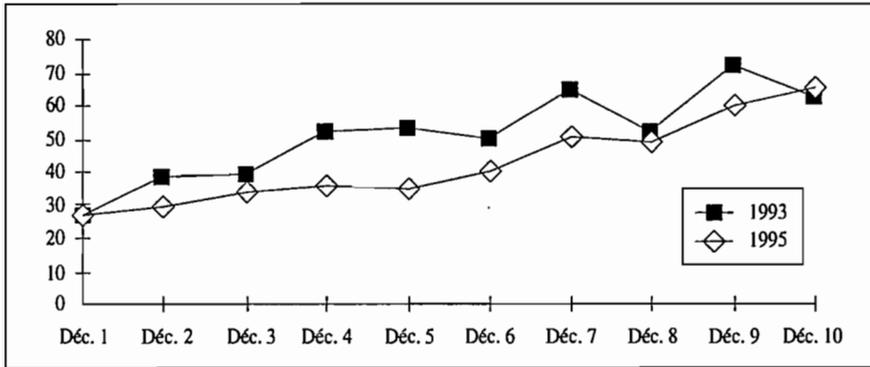
Le comportement des femmes semble être particulièrement sensible à la conjoncture économique, au moins dans le premier décile : entre 1985 et 1987 ou 1988, la proportion des malades qui recourent aux soins a diminué de 10 points de pourcentage (c'est-à-dire d'un tiers) chez les hommes et de 15 points (c'est-à-dire de moitié) chez les femmes. Par ailleurs, dans le premier décile, cette proportion n'a pas encore, en 1995, rattrapé son niveau de 1985 ou de 1986.

De 1993 à 1995 (tableau 2), la proportion de ceux qui, parmi les malades, recourent aux soins a légèrement augmenté à Abidjan (passant en ordre de grandeur de 61 à 65 %), aussi bien chez les hommes que chez les femmes. L'évolution est différente dans les autres villes : globalement la proportion augmente beaucoup (de 46 à 55 %), mais beaucoup plus chez les femmes (de 47 à 60 %) que chez les hommes (de 46 à 50 %) : là encore, le comportement des femmes apparaît particulièrement sensible à la conjoncture.

Dans la région de savane et dans la région forestière de l'Est, la proportion d'ensemble augmente aussi (respectivement de 28 à 38 % en savane, et de 33 à 42 % en forêt de l'Est), mais c'est grâce à une augmentation beau-

Figure 4

Proportion (en %), parmi les répondants qui ont déclaré avoir été malades, de ceux qui ont consulté, par décile de la dépense totale par tête, 1993 et 1995



Source : d'après INS.

coup plus forte chez les hommes que chez les femmes. Le cas de la forêt de l'Ouest est encore différent : dans l'ensemble, la proportion des malades recourant aux soins augmente faiblement (de 31 à 35 %), mais ce mouvement résulte d'une forte augmentation chez les hommes et d'une diminution chez les femmes.

Enfin, on n'est pas vraiment surpris de constater que, en tendance, la proportion de ceux qui, parmi les malades, consultent un praticien, est croissante lorsqu'on parcourt les déciles de la distribution des dépenses totales par tête (figure 4). Mais, comme ici la question a été posée de la même façon en 1993 et 1995, on devrait se demander comment s'expliquent les variations constatées entre ces deux années pour certains déciles, le 3^e et les 6^e et 8^e par exemple, qui profitent moins de l'amélioration générale (à moins qu'il ne s'agisse d'un problème d'échantillonnage, comme il en a existé dans l'enquête de 1995).

Grootaert (1993) avait montré que, entre 1985 et 1988, la diminution d'ensemble de la proportion de ceux qui recourent aux soins lorsqu'ils sont malades avait été accompagnée d'une augmentation relative, chez les mêmes, du recours aux consultations préventives. Le même argument ne peut pas être utilisé pour la période postérieure à 1988, parce que les questions précises sur la fréquentation des consultations pré- et postnatales ont été supprimées. Il resterait en outre à vérifier si la situation présentée par Grootaert ne s'explique pas plus par une initiative des bailleurs que, comme il semble le supposer, par une décision des malades ou de leurs familles pour s'adapter à la diminution de leur niveau de vie. Certaines activités préventives sont en effet très dépendantes des impulsions qu'elles reçoivent de l'extérieur :

« alors que les journées nationales de vaccination organisées en 1987 avaient permis d'obtenir une sensible amélioration de la couverture vaccinale, les services n'ont pas été en mesure de prolonger cet effort et le niveau de performance du PEV s'est progressivement dégradé au début des années 1990 » (Ouattara *et al.*, 1998). L'enquête démographique et de santé montre en tout cas qu'il subsiste de fortes disparités entre la capitale et la campagne : le taux de couverture est pour le BCG de l'ordre de 94 % à Abidjan, mais de 63 % dans l'ensemble rural ; pour le DTCP3 de 76 % à Abidjan et de 39 % seulement dans l'ensemble rural ; et pour la rougeole, de 71 % à Abidjan et de 45 % dans l'ensemble rural (N'Cho *et al.*, 1995, p. 114).

Dépenses privées pour la santé

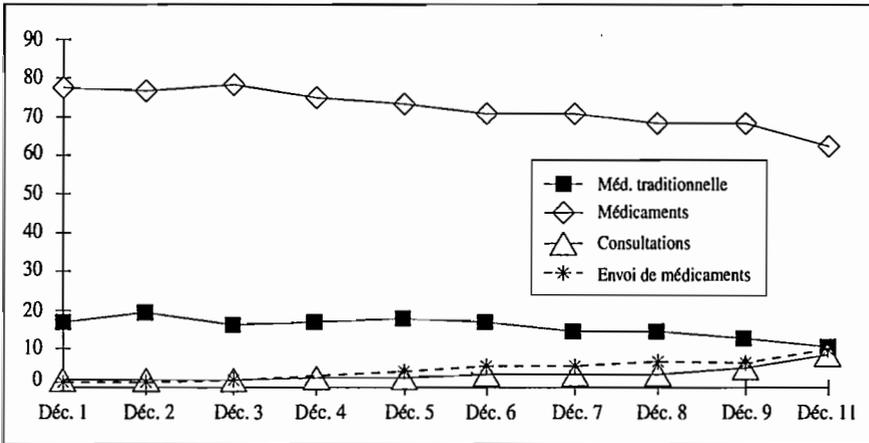
Pour apprécier les dépenses privées relatives à la santé, on peut utiliser encore les résultats des mêmes enquêtes de niveau de vie. Elles montrent d'abord que la part des dépenses de santé a probablement été maintenue de 1985 à 1988 : pour le premier décile, elle passe de 2,7 % à 2,5 %, pour le groupe des 2^e et 3^e déciles de 4,2 % à 4 %, et pour l'ensemble des autres déciles de 4,3 % à 4,9 % (on obtient ces chiffres en combinant les données des tableaux *in* Grootaert, 1993, p. 65 et p. 70). En 1993, le premier décile ne consacre plus que 1,31 % du total de ses dépenses à la santé, les 2^e et 3^e déciles 2,19 % et le reste de la population 4,16 %. En 1995, cette proportion est respectivement de 3,08 % pour le premier décile, de 4,67 pour l'ensemble des 2^e et 3^e déciles, et de 5,91 % pour les autres : elle a donc retrouvé et même dépassé les niveaux constatés au milieu des années 1980.

Ces proportions correspondent, tant en 1988 qu'en 1985, à des dépenses par tête et par an de l'ordre de 1 400 F CFA pour le premier décile, 3 550 F CFA pour les 2^e et 3^e déciles, et 12 000 F CFA pour les autres (on obtient ces chiffres en combinant les proportions calculées ci-dessus et les données du tableau *in* Grootaert, 1993, p. 38). Les écarts entre les groupes n'ont pas varié (ils ont même diminué entre les groupes extrêmes si on utilise la moyenne des données individuelles, Grootaert, 1993, p. 93), mais ils restent plus importants en ce qui concerne les dépenses de santé (de l'ordre de 1 à 9 entre les groupes extrêmes) qu'en ce qui concerne les dépenses moyennes par tête (car, là, les écarts se sont réduits : de l'ordre de 1 à 5,5 en 1985, et de 1 à 4 en 1988, cf. Grootaert, 1993, p. 38).

En 1993, dans le premier décile, la dépense moyenne par tête pour la santé est tombée à moins de la moitié de ce qu'elle était dix ans plus tôt (722 F CFA contre 1 400), elle a aussi fortement diminué pour le groupe des 2^e et 3^e déciles (2 038 F CFA contre 3 500) et elle s'est tout juste maintenue pour les autres (12 220 contre 12 000). En 1995, après la dévaluation et l'augmentation des prix qu'elle a entraînés, la dépense par tête dans le premier

Figure 5

Part (en %) des principaux postes dans la dépense médicale totale des familles, 1993



Source : d'après INS.

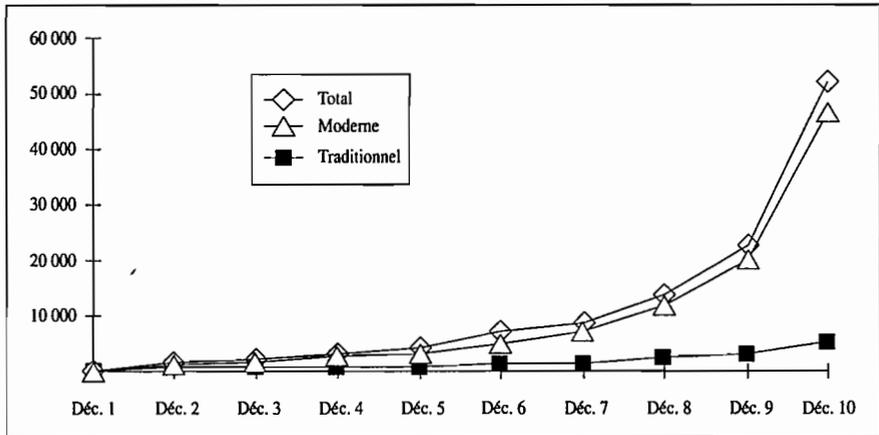
décile est remontée à presque 2 400 F CFA, elle atteint 6 060 dans les 2^e et 3^e déciles et plus de 22 000 F CFA dans les autres familles.

Il est nécessaire aussi de considérer la structure de la dépense de santé des ménages, à partir des données de la même enquête. Pour l'année 1993, on obtient les résultats ci-dessus (figure 5), qui concernent l'ensemble de l'échantillon et les quatre postes principaux : médicaments, dépenses auprès de la médecine traditionnelle, consultation de professionnels (modernes : médecins, sages-femmes et infirmiers, etc.), envoi de médicaments à des parents, les autres postes (frais d'hospitalisation et dépenses de transport des malades) étant de moindre importance.

Il est tout à fait remarquable que les médicaments représentent une part exceptionnellement élevée dans les dépenses médicales des familles, alors que les consultations (où l'on fréquente massivement celles des médecins, sages-femmes et infirmiers) n'atteignent 10 % que dans le décile des familles les plus riches et sont, pour tous les autres déciles, réduites à la portion congrue. Remarquons aussi que les recours à la médecine traditionnelle (où l'on regroupe les consultations et tous les achats de produits, qu'ils aient une vocation thérapeutique directe ou non, comme les sacrifices) et les envois de médicaments à des parents représentent deux postes significatifs, dont le premier est d'autant plus important que le revenu moyen croît, alors que le second ne varie guère entre les huit premiers déciles et ne diminue que pour le 9^e et le 10^e.

Figure 6

Montant annuel moyen, en FCFA, des dépenses de santé des ménages, par tête et par décile, 1993



Source : d'après INS.

La dépense moyenne par tête en médicaments modernes varie dans un rapport de 1 à 60 entre le premier et le dixième décile, et la dispersion est encore beaucoup plus forte pour les consultations (de 1 à 300) et absolument considérable, contrairement à toute attente, pour les dépenses d'hospitalisation (de 1 à 3 000). Le recours aux soins modernes manifeste donc une iniquité véritablement extraordinaire, qu'illustre la figure 6 ci-dessus (pour le total des dépenses de santé des ménages, d'une part, et séparément pour leurs dépenses auprès de la médecine traditionnelle et auprès de la médecine moderne, d'autre part), et c'est bien là ce qui doit préoccuper l'homme de santé publique.

Relevons enfin que les ménages font apparemment tout ce qu'ils peuvent, au moins à Abidjan, pour exécuter les prescriptions qui leur sont remises. On ne connaît pas la proportion des malades qui, munis d'une ordonnance remise à l'issue d'une consultation, ne se présentent pas dans une officine, mais ceux qui s'y rendent achèteront 80 % des produits prescrits; on sait aussi que « le coût de l'ordonnance a une influence décisive sur l'achat des produits auprès des officines privées », puisque 39 % seulement des ordonnances de plus de 15 000 F CFA sont achetées en totalité contre 90 % des ordonnances de moins de 5 000 F CFA (Guessan et Portal, 1996, p. 13). On sait enfin que le coût moyen d'une ordonnance est, en ordre de grandeur, en 1994, de 6 200 F CFA dans les formations sanitaires publiques urbaines (Guessan et Portal, 1996, p. 9), de 6 700 F CFA dans les infirmeries privées

et les cabinets médicaux (Guessan et Portal, 1995, p. 68), contre 1 483 F CFA dans les formations sanitaires urbaines communautaires (Guessan et Portal, 1996, p. 10) : et comme on ne peut invoquer aucune raison tenant à une différence dans les clientèles traitées, il faut conclure que la fourniture par la formation sanitaire du traitement qu'elle prescrit en générique permettrait de diviser par quatre, en ordre de grandeur, le coût des médicaments pour les malades.

Évidemment, fournir la totalité du traitement est en contradiction avec les instructions que donne une circulaire ministérielle (n° 2314/MSPAS/CAB/CT1/AP du 23 août 1993, reprise par la circulaire n° 4336/MSPAS/CAB/CT1 du 15 septembre 1995) qui montre clairement l'objectif visé : « concernant les malades en consultation, vous devez leur fournir les médicaments correspondant à un jour de traitement, le reste de ce dernier devant faire l'objet d'une ordonnance à présenter à une officine privée » ; par contre, « concernant les malades hospitalisés, vous devez leur fournir la totalité des médicaments prescrits par le médecin, ces médicaments étant disponibles au lit du malade durant son séjour à l'hôpital ». Il faut comprendre que les malades font ce qu'ils peuvent, mais que les directives ministérielles protègent ouvertement d'autres intérêts que les leurs, et que les prescripteurs publics sont officiellement et fermement invités à orienter les malades vers les officines privées : « les agents pris en contravention de ces règles feront l'objet d'une mesure disciplinaire » lit-on dans ces mêmes circulaires.

*Une demande aux motivations fragiles et concurrentes*³

Les malades font ce qu'ils peuvent, c'est vrai, mais leurs convictions sont fragiles. Les travaux sur les représentations et opinions que les malades se font de la santé et de la maladie sont trop rares, mais l'un d'entre eux, bien que limité à des populations habitant de petites villes ou des villages, peut être cité en exemple. Il montre bien, en effet, quelles peuvent être les réactions des malades face aux services de santé modernes. Il n'est pas absolument sûr, en outre, que les habitants pauvres des grandes villes, l'immense majorité de la population, n'aient pas des réactions très voisines.

L'échantillon de cette étude a été tiré pour refléter la diversité culturelle de la Côte d'Ivoire (divisée en quatre grandes aires : Akan, Mandé, Krou et Gouro). Ses résultats montrent la prégnance des interprétations traditionnelles de la causalité de la maladie, d'une part, et le divorce courant entre les représentations et les comportements, d'autre part. Ainsi, lorsqu'on demande aux 607 enquêtés « à qui attribue-t-on les causes de la maladie dans votre localité ? », on obtient les réponses suivantes : aux sorciers 70 %,

3. Cette partie s'appuie sur Memel-Fotê, 1995, p. 230-277.

aux génies 45 %, à la saleté 44 %, aux ancêtres 31 %, à Dieu 27 % ; et lorsqu'on demande aux gens s'ils croient à l'action maléfique de divers agents, ils répondent oui, à propos des ancêtres à 79 %, à propos des « ennemis » à 67 %, à propos des génies à 45 %, à propos des sorciers à 33 %, à propos de Dieu à 31 % (à ces deux questions, plusieurs réponses étaient possibles). Peut-être aurait-il fallu vérifier pourquoi ces deux questions ne donnaient pas exactement le même tableau de la situation, mais ce n'est pas ici le lieu de le faire : il nous suffit d'observer que l'idée d'une cause naturelle de la maladie est non pas vraiment rare (44 % des répondants pensent à une cause hygiénique), mais en compétition avec beaucoup d'autres.

Et pourtant, lorsque les répondants sont malades, ils se rendent en premier lieu à l'hôpital (il faut comprendre *dotorosso* pour les Malinké ou *dotorokaha* pour les Senoufo ou encore *dotorogbé* pour les Bété, littéralement le village des docteurs, c'est-à-dire l'institution médicale moderne : hôpital, centre de santé ou dispensaire) dans 73 % des cas, et chez le guérisseur seulement dans 16 % des cas, lorsqu'ils ne recourent pas simplement à un membre de la famille (3,8 % des cas) ou à l'automédication (3,3 % des cas). On remarque aussi que les femmes sont plutôt plus nombreuses que les hommes à s'adresser à l'hôpital, c'est-à-dire à la médecine moderne. Lorsqu'on leur demande les raisons de leur choix, les enquêtés citent en premier lieu l'efficacité de la médecine moderne (57 % des raisons) et, bien après, la recherche de la cause de la maladie (10 %), l'efficacité des guérisseurs (10 %), le manque de moyens financiers (10 %). Enfin, au total, 60 % des personnes interrogées ont déjà été traitées par un guérisseur, et alors elles ont massivement (dans 95 % des cas) respecté à la fois les interdits qu'il leur avait imposés et les ordonnances qu'il leur avait prescrites.

Ces malades sont par ailleurs presque également satisfaits des traitements que leur offrent les guérisseurs (dans 77 % des cas) et de ceux qu'ils reçoivent à l'hôpital (66 % des cas). Ils sont nombreux (40 % des répondants) à reprocher aux guérisseurs d'être des « escrocs » ou de manquer de « franchise », mais plus nombreux encore (50 %) à redouter de la médecine moderne le mauvais accueil qu'elle leur réserve, et bien plus nombreux encore à se plaindre du coût exorbitant de ses traitements.

Malgré ces critiques, les Ivoiriens ont de la médecine une vision ouverte à toutes les traditions et à toutes les influences, sans exclusive mais sans conviction forte, ils le montrent dans leurs comportements, même s'ils sont praticiens (Memel-Fotê, 1999), et ils le confirment par leurs réponses à la question « les guérisseurs et les médecins peuvent-ils travailler ensemble ? » : 67 % des répondants le pensent, et parmi eux 91 % justifient cette idée en évoquant la complémentarité des deux pratiques.

Cette étude est limitée à des populations des petites villes et des villages (Memel-Fotê, 1995, p. 35-52), et ne porte malheureusement pas sur les

opinions et attitudes des habitants des grandes villes. Elle n'en est que plus intéressante, en ce qu'elle ne révèle pas ce qu'on aurait pu redouter : que la population rurale serait ancrée dans des traditions hostiles à la médecine moderne. Même à la campagne, ce n'est donc pas principalement du côté des représentations et des comportements qu'il faut rechercher l'explication des différences observées dans le recours aux soins modernes.

Le système de santé : constitution et évolution

Une partie de ce que nous venons d'observer s'explique par la structure même du système de santé de la Côte d'Ivoire : les disparités régionales de consommation tiennent en partie aux disparités considérables dans l'offre publique de prestations (cf. ministère de la Santé, 1995c, p. 72-77), les disparités de consommation selon le niveau de revenu proviennent en partie des disparités géographiques de l'offre, en partie des disparités géographiques des revenus et en partie de la politique des prix. Il convient donc de rappeler rapidement quelques traits caractérisant la construction de ce système, d'une part, son fonctionnement au cours des années récentes, d'autre part.

Un système hétéroclite

Dès 1950, le système de santé de la Côte d'Ivoire comptait deux grands hôpitaux, neuf hôpitaux plus modestes et 147 centres de santé, outre un service de santé scolaire et un service d'hygiène. Il était déjà partagé entre une organisation urbaine et hospitalière, prenant en charge la santé des étrangers et des élites africaines, et une organisation rurale essentiellement préventive (Domergue-Cloarec, 1986). Les années 1970, qui ont été fastes, ont vu l'ouverture de deux CHU (Cocody en 1970 et Treichville en 1976) et la construction de 36 hôpitaux dans les chefs-lieux des préfectures et des régions. La croissance des effectifs du personnel du ministère de la Santé, et de ses budgets, a été extraordinairement rapide. Cependant la forte disparité, héritée de l'époque coloniale, entre la médecine de base et la médecine hospitalière, a subsisté. Jusqu'à la crise économique, l'objectif était de doter le pays – en pratique la capitale seule, inévitablement – d'installations publiques de niveau technique international.

Les disparités régionales sont donc importantes⁴ : en 1996, on compte 1 médecin pour 6 500 habitants dans la région d'Abidjan et 1 pour 54 000

4. Les données qui suivent proviennent du Système informatisé de gestion qu'utilise le ministère de la Santé ; elles ont été préparées par le docteur Joël Ladner, à qui nous exprimons toute notre gratitude. Voir aussi : République de Côte d'Ivoire, ministère de la Santé publique, 1999, p. 117 et suiv.

dans la région de l'Ouest ; 1 sage-femme pour 5 000 femmes dans la région Sud (Abidjan) et 1 pour 30 000 femmes dans la région Sud-Ouest ; 1 lit d'hôpital pour 1 329 habitants dans la région Nord, et 1 pour 4 400 dans la région Sud-Ouest ; un bloc chirurgical pour 200 000 habitants dans la région du Nord-Est et 1 pour 915 000 habitants dans la région du Nord.

Ces disparités s'accompagnent d'insuffisances manifestes : en 1996, 21 des hôpitaux généraux seulement (sur 55) disposaient d'un bloc chirurgical fonctionnel, 37 d'un laboratoire et 11 d'un service de radiologie. On imagine donc le niveau technique des prestations qui peuvent être fournies à ce niveau de la pyramide sanitaire.

Ce triste état du système de santé publique tient essentiellement au fait que l'État n'a eu aucun souci de développer un système de santé périphérique. Il a hérité de la colonisation française les anciens services des grandes endémies, les a rebaptisés « bases de santé rurale », les a abandonnés à l'immensité de leurs tâches (certains couvrent trois départements), n'a jamais mis en place les services départementaux de la santé (pourtant prévus par un décret de 1991) et a attendu 1994 (arrêté n° 137) pour commencer à lancer l'idée de districts sanitaires, promue par l'Organisation mondiale de la santé depuis près de vingt ans (Banque mondiale 1996, volume II, annexe 3). Cette situation ne provient donc pas d'une insuffisance du budget de l'État, qui, au contraire, consacre une part non négligeable de son budget de fonctionnement à la santé : environ 8 % régulièrement depuis des années, un pourcentage qui est important si on le compare à celui qu'on relève dans beaucoup de pays ouest-africains. Mais la part des dépenses de personnel est telle (par exemple 88,4 % en 1992 et 79,7 % en 1995, cf. ASDES, 1995a tableau B7) que ni le fonctionnement ni l'entretien ne peuvent être assurés correctement.

Le secteur public emploie 1 325 médecins, et 219 autres travaillent dans le secteur privé. On ne connaît pas exactement le nombre des établissements privés, leur recensement étant difficile, surtout à Abidjan même. Apparemment, selon les données officielles, on ne compterait que 24 cliniques privées, 24 cabinets médicaux et 212 infirmeries privées officiellement agréés (mais le secteur moderne informel est beaucoup plus développé, et ce à tous les niveaux de qualification du personnel impliqué : depuis le médecin titré jusqu'au lointain « petit frère » de l'infirmier retraité, ancien titulaire d'un agrément) ; le secteur pharmaceutique, quant à lui, est essentiellement privé : 364 pharmaciens, 400 officines (dont la moitié à Abidjan) et 250 dépôts pharmaceutiques (sans parler de la vente libre sur les marchés, ni du colportage de médicaments).

L'orientation vers le curatif qui caractérise ce système de santé se traduit par la faiblesse des taux de couverture vaccinale des enfants de moins de 1 an : 68 % pour le BCG, 48 % pour le DTC 3^e dose, 56 % pour le vaccin

anti-rougeoleux et 46 % pour le vaccin anti-amaril⁵. Jouent aussi leur rôle dans ces médiocres résultats les résistances obstinées à la réforme des services préventifs eux-mêmes (Coulibaly *et al.*, 1999). Il est remarquable enfin que le niveau de malnutrition observé par les services de santé (5 % des enfants vus en consultations préventives souffrent de malnutrition et 20 enfants pour 1 000 souffrent de malnutrition sévère ou d'anémie clinique) soit inférieur à celui qui est révélé par les enquêtes directes dans la population (cf. plus haut).

Le système de santé publique est faiblement utilisé par la population : en 1996, le taux d'utilisation est de 25 % pour la population générale, il n'est élevé (près de 60 %) que pour les enfants âgés de mois de un an ; un tiers seulement des accouchements sont assistés, c'est-à-dire se sont déroulés sous surveillance (dans une maternité ou même une simple case de santé), et 34 % des femmes enceintes ont bénéficié d'une consultation prénatale de 3^e rang⁶. Faut-il vraiment s'étonner que les résultats de la Côte d'Ivoire en matière de mortalité infantile ou de mortalité maternelle (République française, ministère des Affaires étrangères, de la Coopération et de la Francophonie, 1998) soient si décevants ?

L'exemple de la planification familiale montre assez clairement comment fonctionne l'ensemble du système de santé. Ainsi, en 1995, et même si la situation s'est depuis améliorée, seulement 35 formations sanitaires publiques offraient des prestations de planning familial en 1995, et donc, parmi les utilisatrices de la pilule, 73 % des femmes s'adressaient au secteur médical privé, dont 43 % dans les pharmacies et 26 % dans les centres de planification familiale ; le secteur public ne contribuant alors que pour 24 % à l'approvisionnement en pilule.

La politique pharmaceutique illustre aussi la répartition des rôles, après plusieurs années d'intervention de l'Union européenne dans ce domaine : sur un chiffre d'affaires de 100 milliards au détail, environ 10 % sont délivrés par le secteur public par l'intermédiaire de la Pharmacie de la santé publique (PSP) et 90 % par l'intermédiaire du secteur privé (400 officines et 250 dépôts pharmaceutiques). La PSP répartit son chiffre d'affaires par moitié entre les médicaments génériques et les autres ; en outre, elle importe

5. Les chiffres donnés par l'enquête démographique et de santé de 1998 (république de Côte d'Ivoire, 1999, p. 17) sont un peu plus élevés, mais ils concernent les enfants de 12 à 23 mois.

6. La situation est très différente dans certains pays voisins, malgré des moyens bien plus limités : voir, par exemple, le cas de Niamey dans C. Vangeenderhuysen *et al.* : « La mortalité maternelle à Niamey, pour une analyse globale », p. 29-45 in J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA, 1999.

les mêmes molécules et sous la même présentation que ce qu'on pourra trouver dans les officines privées (Cidef *et al.*, 1997, p. 129) : on comprend pourquoi les « médicaments PSP » arrivent jusqu'aux formations sanitaires publiques, mais pas jusqu'à leurs malades (Cidef *et al.*, 1997, p. 126).

Cependant, les enquêtes réalisées auprès des officines montrent que l'ordonnance moyenne comporte trois médicaments (2,7 en 1994 et 2,9 en 1995), dont aucun générique, qu'elle a un coût moyen de 8 000 F CFA (7 692 en 1994 et 8 226 en 1995), et qu'environ 40 % seulement des malades munis d'une prescription est en mesure d'acheter la totalité des médicaments prescrits (Guessan et Portal, 1996, p. 14-16).

Évolution de l'activité des services

Nous aurions voulu considérer d'abord l'évolution des taux de fréquentation des formations sanitaires publiques (pour les consultations, d'une part, pour les hôpitaux, d'autre part) : le fait que les statistiques disponibles soient inutilisables montre que les services publics de santé étaient à l'abandon avant que l'ajustement ne commence. On peut cependant, à nouveau, recourir à des résultats d'enquête, et notamment à ceux des enquêtes niveau de vie. Mais il faudra encore se garder d'imputer les évolutions récentes, comme beaucoup le font notamment chez les hospitaliers, à une diminution des budgets sociaux : il faudra vérifier quel a été le sort de ces derniers.

En ce qui concerne les activités sanitaires, on ne dispose en réalité, jusqu'à plus ample informé, que d'informations extrêmement parcellaires. L'Institut national de santé publique compilait et publiait, sous le nom de rapport annuel de morbidité, des statistiques portant sur les consultants reçus dans les formations sanitaires, les consultations délivrées, les états morbides, les vaccinations, les évacuations, les décès. L'important est de savoir que ces données couvraient essentiellement l'activité des bases de secteur de santé rurale, puisque les autres formations (formations sanitaires urbaines et hôpitaux), celles où travaillent les médecins de la santé publique, étaient en pratique dispensées de ce compte rendu de leur activité. D'après les données relatives à l'année 1987 (Rapport Guimier, tableau annexe hors texte), on aurait enregistré 3,3 millions de consultants et 6,7 millions de consultations : en ordre de grandeur, une personne sur trois aurait donc, cette année-là, fréquenté les services publics de santé (et chaque personne qui se serait présentée aurait été reçue deux fois).

Ces statistiques nationales, certainement incomplètes, ignorent totalement Abidjan, dont les formations sanitaires ne fournissent aucune donnée d'activité. Pour cette ville, aux 650 000 consultations enregistrées en 1990 dans les centres de santé urbains et formations sanitaires urbaines, il faut ajouter l'activité des centres médico-sociaux de la Caisse nationale de

prévoyance sociale (CNPS), environ 200 000 consultations, et les consultations externes des hôpitaux (ordre de grandeur : 85 000 à Cocody, 160 000 à Treichville, Cidef *et al.*, 1997, p. 106). Au total, si l'on juge de la fréquentation d'après l'activité des formations publiques, il faut admettre que la population d'Abidjan a environ 0,5 contact par habitant et par an.

Il conviendrait naturellement d'ajouter, à ceux qui viennent d'être considérés, les contacts en clientèle privée avec les praticiens publics ou privés. Les seules données disponibles pour le faire sur l'ensemble de la population proviennent de l'enquête réalisée par la Banque mondiale (Kanbur, 1990), d'où il résulte que le nombre total de recours à un professionnel de santé qualifié (médecin ou infirmier, d'après les déclarations des répondants), par personne et par an, serait de l'ordre de 2 pour la population d'Abidjan et de 1,7 pour l'ensemble de la population ivoirienne (République française, 1991 p. 42 pour Abidjan; et Kanbur, 1990, p. 27 et 17 pour l'ensemble de la Côte d'Ivoire). Pour Abidjan, on relève que les déclarations des malades conduisent à penser que la fréquentation du secteur privé est trois fois celle du secteur public : on voit quelle doit être l'importance de l'activité du secteur privé informel, puisqu'il est bien évident que le secteur privé formel ne peut jouer qu'un rôle limité. On vérifie aussi que la différence entre la capitale et le reste du pays n'est pas considérable ; cependant, à Abidjan, les médecins donnent 60 % des consultations considérées, et dans le reste du pays 28 % seulement (Kanbur, 1990, p. 27). Pour le groupe des adhérents de la Mutuelle générale des fonctionnaires, les données qui nous avaient été aimablement communiquées en 1991 montraient que le nombre de contacts (avec les médecins, seuls habilités à signer les ordonnances ouvrant droit à remboursement, des services de santé publics et privés) par personne et par an était sans doute de l'ordre de 2 (République française, 1991, p. 41) : bien qu'on ignore tout des éventuels recours à d'autres praticiens (donc hors remboursement), il n'est pas évident que le groupe des fonctionnaires ait une consommation de soins beaucoup plus importante que le reste de la population, même si la nature des soins recherchés et reçus diffère sans doute profondément.

Cette fréquentation est donc faible, non seulement par rapport aux pays qui servent de modèle (on compte par exemple 5,5 consultations par habitant et par an aux Pays-Bas, et 5,7 en Angleterre, 7,2 en France, etc., cf. *Problèmes économiques*, 1995), mais aussi par rapport à ce qui se faisait il y a vingt ans encore au Sénégal par exemple (où on comptait 2 consultations par personne et par an). Mais il faut comprendre que cette fréquentation faible est un résultat de la politique mise en œuvre : les épisodes morbides déclarés sont, au contraire, extrêmement nombreux, on l'a souligné plus haut, et, si la fréquentation est faible, c'est qu'il s'y oppose des obstacles que beaucoup de malades ne peuvent pas franchir. Parmi ces obstacles, le

coût des soins est assurément important, mais on ne devra pas oublier aussi leur qualité, qu'elle soit objective ou subjective.

Et, en effet, comme on le lit dans un langage admirablement diplomatique : « la motivation professionnelle est insuffisante pour que soient valorisées à leur meilleur niveau les compétences acquises. Le sens du service public n'a pas atteint toutes les consciences, ce qui induit de graves lacunes dans l'accueil et la prise en charge des patients » (république de Côte d'Ivoire, 1995a, p. 5). Quant à la qualité objective, on n'en sait presque rien. Mais, tout de même, pour prendre un cas simple, voici ce que l'on observe en matière de prise en charge des complications obstétricales à Abidjan même : à la médiane, pour les femmes « évacuées » des maternités, le transfert entre la maternité et le CHU prend 1 h 30 (et 5 h pour le 3^e quartile), parce que les ambulances des formations sanitaires « sont utilisées abusivement pour des tâches diverses et restent souvent indisponibles » ; ensuite, le délai entre l'admission au CHU pour complication de l'accouchement et la réalisation de la césarienne est de 4 h 55 min, et dans le 3^e quartile de 10 h 27 min : car la première chose à faire après l'admission et avant de procéder aux gestes vitaux les plus urgents, c'est d'attendre que la famille ait réuni les fonds nécessaires ! (Portal *et al.*, 1999).

Pourtant, est-ce vraiment à l'État qu'incombe toute la responsabilité de cette situation ?

Les dépenses publiques de santé ont-elles diminué ?

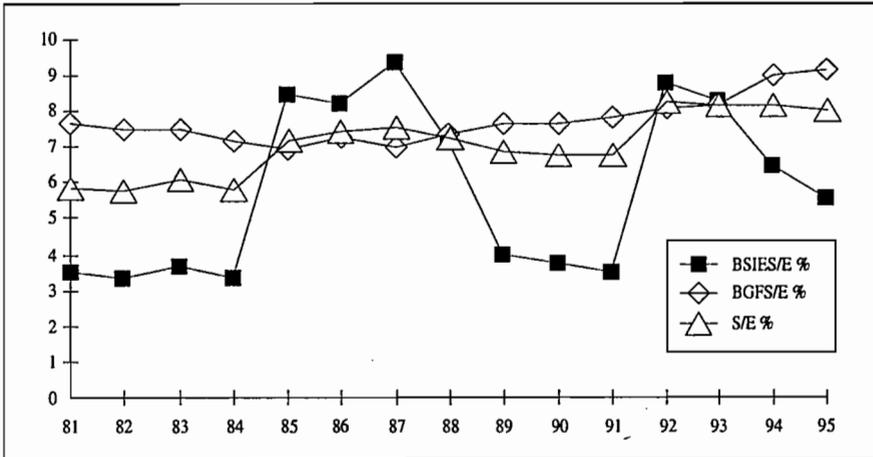
En Côte d'Ivoire, les années 1980 ont connu une augmentation de la part des dépenses de santé dans le budget de l'État : elle est passée de moins de 6 % au début de cette période à près de 10 % en 1986 et 1987 (République française, 1991 p. 20). La mise à jour de ces séries permet d'obtenir la figure 7.

Ces séries montrent :

- que la part de la santé dans le budget général de fonctionnement de l'État est restée approximativement constante, de l'ordre de 7,5 % dans la première moitié des années 1980, puis de 7 % dans les années 1985 à 1988 ; cette part tend à augmenter à partir de 1987 ; elle était cependant déjà de 10,6 % en 1970, et comprise entre 8 et 9 dans les années 1974-1978 : la chute par rapport à ces niveaux historiques est donc nettement antérieure à l'ajustement structurel ;
- que la part de la santé dans le budget spécial d'investissement et d'équipement a augmenté au cours de la décennie : de l'ordre de 3,5 % dans la première moitié, elle est passée à plus de 8 % entre 1985 et 1988 ; elle suit depuis lors une évolution en dents de scie (d'après Rapport Guimier).

Figure 7

Part de la santé (en %) dans le budget de l'État, 1981-1995



Source : d'après Rapport Guimier, mis à jour à l'aide de ASDES, 1995b.

BGF S/E % : part de la santé, en pourcentage, dans le budget général de fonctionnement de l'État.

BSIE S/E % : part de la santé, en pourcentage, dans le budget spécial d'investissement et d'équipement de l'État.

S/E % : total des crédits (investissement et fonctionnement) de la santé en pourcentage du total des crédits de l'État.

N. B. : il s'agit (en principe) du budget réalisé.

On ne peut pas exclure, cependant, une détérioration de ces masses budgétaires en valeur réelle, du fait de l'élévation des prix des biens qu'elles servent à acheter ; mais on ne dispose d'aucun indice qui serait adapté à l'usage qu'on voudrait en faire ici (plus généralement, la Côte d'Ivoire est notoirement sous-développée en matière d'indices de prix).

Le plus important est, en outre, de savoir à quoi servent les dépenses publiques. De nombreux travaux réalisés sur ces dernières années ont illustré le fait que le système de santé ivoirien a continué à développer son niveau tertiaire et à négliger les niveaux primaire et secondaire de la pyramide sanitaire⁷. Dans les années 1987 à 1989, d'après les budgets prévisionnels, le niveau primaire devait recevoir 23 % du budget général de fonctionnement alloué à la santé, le niveau secondaire 27 % et le niveau tertiaire 50 %

7. Le niveau primaire est celui du premier contact offert par les services de santé (dispensaires généralement tenus par des infirmiers, voire des aides-soignants, maternités confiées à des infirmiers et matrones, centres de PMI, service de santé scolaire et universitaire, bases de santé rurale, plus l'Institut national d'hygiène et l'Institut national de santé publique) ; le niveau secondaire est celui qui offre au moins une possibilité d'hospitalisation et la compétence d'un médecin (hôpitaux de médecine générale) ; le niveau tertiaire est celui qui offre les plateaux techniques spécialisés (hôpitaux dits de catégorie 1, centres hospitaliers régionaux, centres hospitalo-universitaires et centres hospitaliers spécialisés).

(Rapport Guimier, tableau 4). Pour les années 1991 à 1995, on a voulu citer des chiffres légèrement différents, qui semblaient traduire une certaine évolution (Demery, Dayton et Meyra, 1995, p. 5), alors même que la comparabilité avec les chiffres antérieurs n'était pas garantie. Et puis, il a bientôt fallu se rendre à l'évidence : alors qu'il était prévu que la part consacrée aux soins primaires passerait de 35 % en 1991 à 42 % en 1995, dans les faits elle a décliné de 37 % à 32 % selon la Banque mondiale (1997, p. 79), ou au mieux elle est restée stable à 32 ou 33 % selon les chiffres établis par le ministère de la Santé lui-même (Banque mondiale, 1996, annexe 4), et ne devait commencer à augmenter qu'ensuite (d'un point de pourcentage par année entre 1996 et 1999). La part fixée au début des années 1990 comme objectif du PVRH⁸ ne sera pas atteinte dix ans plus tard !

Mais cette allocation des fonds publics a permis la multiplication par deux des crédits des Établissements publics nationaux du secteur de la santé entre 1985 et 1992, soit une croissance à un taux annuel moyen supérieur à 10 %, ce qui est le triple du taux de croissance du BGF de la santé (Viossat, 1992, p. 46). Évidemment, le CHU de Yopougon a été ouvert au cours de cette période, mais un simple transfert d'activité ne justifiait pas une telle augmentation des moyens. En fait, rien qu'entre 1989 et 1991, années pour lesquelles on dispose d'informations colligées un peu détaillées sur les établissements publics nationaux placés sous la tutelle du ministère de la Santé, le nombre de journées d'hospitalisation a diminué de 21 % au CHU de Treichville et de 12 % au CHU de Cocody, en particulier du fait de la réduction des durées de séjour (notamment pour le CHU de Treichville, qui a, en sens inverse, enregistré un fort accroissement du nombre des entrées). Seule une étude précise aurait pu permettre de dire si cette intensification de l'activité suffit à expliquer l'augmentation des coûts : il n'est pas possible de le tenir pour acquis. Dans le même temps, le nombre des consultations externes a diminué de 8 % (ou 25 000), alors même que s'ouvraient les services de Yopougon (Viossat, 1992 p. 42-44). L'augmentation des moyens s'est donc produite en même temps que l'activité diminuait, et rien ne permet de supposer que la qualité des soins se serait améliorée.

Quelle est la principale conséquence de cette orientation du financement public ? En combinant les résultats de l'enquête niveau de vie en matière de fréquentation des services de santé (cf. plus haut) avec une analyse détaillée de la destination des subventions publiques, une étude récente établit que « la subvention sanitaire par habitant en milieu rural est de 34 % inférieure à ce qu'elle est en zone urbaine, [...] la subvention allant au quintile le plus

8. Programme de valorisation des ressources humaines, premier programme financé par la Banque mondiale en Côte d'Ivoire (1991-1995), et portant sur l'éducation, la formation professionnelle et la santé.

pauvre est de 64 % inférieure à celle obtenue par le quintile supérieur » (Demery, Dayton et Meyra, 1995, p. 11). Autrement dit le recours aux services de santé est en Côte d'Ivoire, comme dans d'autres pays d'ailleurs, l'une des façons d'obtenir une aide de l'État, mais, et ceci est relativement original, cette redistribution est actuellement en Côte d'Ivoire plus favorable aux plus riches qu'aux plus pauvres. Cela tient au fait que les malades les plus pauvres ne fréquentent guère que le niveau primaire, alors que l'État subventionne très largement le niveau tertiaire qui, en pratique, reçoit les malades les plus riches. Le secteur public de la santé est donc, en Côte d'Ivoire, l'un des instruments de la redistribution à l'envers (un autre, mais à un degré moindre, est l'éducation, cf. Demery, Dayton et Meyra, 1995).

Ces observations ne sauraient surprendre : le système de santé de la Côte d'Ivoire a été bâti de telle sorte que ses prestations ne peuvent qu'être réparties inégalement, quel que soit l'effort financier de l'État. C'est donc toute la stratégie d'imitation du modèle français, et toute la stratégie d'acquisition de l'aide qui doivent être remises en cause si l'on veut obtenir de meilleurs résultats en terme de santé publique.

Une interprétation d'ensemble de la dynamique sanitaire ivoirienne

En mars 1991, le représentant de la Banque mondiale à Abidjan s'adressait au Premier Ministre, pour lui annoncer une mission venant de Washington. Parmi les documents annexés à cette lettre figure une « Note de réflexion » où on lit notamment le passage suivant : « Depuis plus de trente années, le jeu relatif des groupes de pression actifs dans la société ivoirienne ont façonné, en fonction de leurs intérêts respectifs, et souvent conflictuels, l'actuel système des ressources humaines, dont les observateurs relèvent les déséquilibres. Ces déséquilibres ne peuvent être restaurés que si, d'une part, les intérêts des groupes en présence sont correctement analysés et si, d'autre part, un processus dynamique de changement est mis en place et influencé par les acteurs eux-mêmes, qui doivent comprendre le bien-fondé de la recherche d'un nouvel équilibre. L'originalité fondamentale du programme actuel du gouvernement – et du rôle que la Banque mondiale a joué dans l'élaboration de celui-ci – a été de déclencher un tel processus de changement, dont la robustesse a été démontrée par le fait que la nomination de trois gouvernements successifs n'a pas altéré la préparation dudit programme. [...] Ce processus dynamique débouche sur un programme plus cohérent que la situation précédente, mais également moins rationnel que s'il s'agissait de faire table rase des intérêts en présence, et de déterminer *ex nihilo* un tel programme sans considération desdits intérêts.

Pour pouvoir soutenir ce processus, il s'agit bien plus de pouvoir s'adapter à une négociation (tant entre groupes sociaux qu'entre le gouvernement et les bailleurs de fonds) que d'imposer une solution techniquement optimale. À ce titre, il est possible que les solutions techniques proposées soient considérées comme insatisfaisantes pour un observateur non averti des circonstances ivoiriennes. Elles ont cependant l'avantage d'être réalistes et comprises par les parties en présence» (Banque mondiale, 1991, p. 2).

Comme le rappelle cette citation, l'ajustement structurel se négocie, naturellement, et les négociations qui se déroulent entre bailleurs de fonds et autorités nationales se passent sous l'œil – éventuellement sous la pression – des groupes sociaux concernés et de leurs alliés ou agents. Il va de soi également que les bailleurs de fonds, qu'il s'agisse de la Banque mondiale, de l'Union européenne ou de tout autre, ont besoin de l'accord des autorités administratives et politiques dans chaque pays, et qu'ils le recherchent donc par tous les moyens (y compris, comme on sait, en motivant leurs agents qui y réussissent et en pénalisant les autres). Cette insistance sur le consensus, sur l'accord, sur la ratification politique nationale ne peut faire oublier qu'aux distraits – ou à ceux qui veulent l'être précisément à ce moment – que le volume de l'aide est déterminé par des circonstances et des arbitrages qui dépassent de loin les préoccupations du secteur de la santé, et même par un système d'aide qui ne survit qu'en augmentant le volume des aides, par un système d'aide qui bénéficie prioritairement à l'administration, à ses agents et au personnel politique qui les dirigent. Prendre en compte les intérêts des groupes sociaux qui ont du pouvoir, qui savent s'exprimer, est alors une obligation évidente. Et c'est bien ce qu'on a fait dans le domaine de la santé, avant l'ajustement structurel, lorsque l'argent venait essentiellement de l'ancienne puissance coloniale, comme aujourd'hui par temps d'ajustement avec les fonds de la Banque mondiale, ou bien ceux du Japon ou de tel ou tel généreux donateur.

Ce qui a été fait depuis une génération en Côte d'Ivoire n'est pas une véritable politique de santé, en ce sens que ce n'est pas une politique qui se préoccupe du grand nombre des malades, mais une politique qui vise à édifier ici un système de santé conçu ailleurs, et comme il était là-bas il y a une ou deux générations, en oubliant et les réalités du pays et les évolutions qui se produisent au sein de ce système dans son pays d'origine. Ce faisant, sous la pression d'un corps médical formé pour l'essentiel en France, et qui y a notamment appris ce qu'est le mandarinat médical, on a édifié à Abidjan un étage quaternaire de niveau international, d'abord dans le secteur public puis, lorsqu'il a commencé à se dégrader, à ses marges (Yopougon), et ensuite encore en dehors de lui (secteur hospitalier privé où exercent, aussi, les plus qualifiés des praticiens du secteur public, ou leurs assistants). De ce fait, on a négligé le niveau secondaire et oublié le niveau primaire, dont le déve-

loppement était volontiers considéré comme indigne d'un grand et riche pays.

Les causes de l'inégalité dans le recours aux soins, et la cause des mauvais résultats en terme de variation de l'état de santé, ont ainsi été coulées dans le béton : le budget de l'État devait suivre, tant qu'il le pourrait il devait assurer le financement de cet étage surdimensionné, sous-utilisé, mal géré, et il n'y avait plus d'argent pour les niveaux secondaire et tertiaire. Lorsqu'il n'a plus pu faire face, on s'est trouvé opportunément en phase d'ajustement structurel, et l'Union européenne était disposée à financer, non plus seulement l'investissement, mais encore le fonctionnement.

L'imitation a prévalu aussi en matière de médicament, avec le développement des officines et des spécialités médicales comme en France. Et, pour l'approvisionnement du secteur public, on a assisté jusqu'au début des années 1990 à trente ans de déboires à la Pharmacie de santé publique, incapable d'assurer la priorité aux médicaments essentiels et aux génériques, jugés bons pour les seuls pays pauvres.

Ces raisonnements, dans lesquels l'argent des grands chantiers, des marchés protégés et des marges inépuisables joue un rôle décisif, ont fait une politique parfaite aux yeux des professionnels de la santé et apparemment aussi aux yeux des experts. Il a donc été relativement facile, sans doute, pour les bailleurs de fonds, d'obtenir l'accord des autorités nationales et des groupes sociaux consultés, puisqu'on tenait parfaitement compte de leurs intérêts. Ils y ont à la vérité parfaitement réussi en créant, entretenant et développant le pouvoir d'une *nomenklatura* médicale et celui des intermédiaires du commerce des médicaments, sans attenter à aucun intérêt des partenaires commerciaux anciens de la Côte d'Ivoire. Le consensus est là et il est durable.

Le seul problème, c'est que, avec les financements disponibles, il aurait certainement été possible d'obtenir des résultats considérablement meilleurs que ceux qui aujourd'hui rangent la Côte d'Ivoire, si on utilise les indicateurs sanitaires habituels, malgré leurs imperfections, dans une situation qui n'est pas plus favorable que celle de plusieurs de ses voisins immédiats, qui, en Afrique de l'Ouest, sont très sensiblement plus pauvres qu'elle.

Car il est bien évident qu'une politique soucieuse des intérêts des malades n'aurait développé les soins hospitaliers qu'après s'être assurée qu'une gamme minimum de soins (à définir) était fournie, partout, aux malades ambulatoires ; n'aurait développé les services de qualité hospitalo-universitaire qu'après s'être assurée que des soins hospitaliers essentiels (à définir) étaient fournis, partout, aux malades qui en ont besoin ; aurait résisté aux investissements hospitaliers qui entraînent des coûts de fonctionnement incompatibles avec la capacité de payer de l'État et des malades ; aurait développé les activités préventives essentielles en puisant sur ses propres

ressources humaines, matérielles et financières, au lieu d'attendre de fortes sollicitations extérieures accompagnées de fortes subventions ; aurait visé à abaisser le coût des médicaments jusqu'au minimum incompressible, au lieu de laisser se développer un commerce profitable (et un puissant groupe de pression) appuyé sur les spécialités pharmaceutiques ; aurait développé des notions de déontologie pratique et quotidienne à la place des comportements mercantiles qui infestent le système de santé de sa base à son sommet.

Est-il trop tard ?

Des orientations pour l'avenir

Comme on l'a montré rapidement ci-dessus, la stratégie sanitaire de la Côte d'Ivoire a consisté à développer un système public de santé très fortement influencé par le modèle français, et à laisser se développer parallèlement, sans entraves d'aucune sorte, un système privé en partie officiel et en partie privé. Mais cela n'est pas une stratégie de santé publique : la considération de la santé publique exige que l'on détermine quels sont les problèmes de santé les plus graves qui affectent la population, et que l'on sélectionne parmi ces problèmes ceux qui peuvent être traités efficacement par des interventions sanitaires appropriées, et que l'on choisisse parmi ces dernières celles que l'on réalisera, en tenant compte du fait que, de toute façon et quel que soit le niveau de développement, les ressources disponibles pour la santé sont très inférieures aux ressources qui seraient nécessaires pour mettre en œuvre toutes les connaissances médicales au profit de toute la population. Hors de ces choix difficiles, il n'y a pas de stratégie de santé publique, il n'y a que des activités de santé distribuées de façon aléatoire et inique.

La notion de santé publique, ainsi entendue, est donc absente de la stratégie sanitaire adoptée par la Côte d'Ivoire. L'ambition a été de bâtir la partie émergée de l'iceberg, le niveau quaternaire, sur le modèle français, et de tenter de le faire fonctionner sans l'avoir adapté ni au contexte sociopolitique (notamment celui qui a mobilisé en faveur des intérêts privés toutes les capacités de gestion dont pouvait disposer l'administration) ni au contexte épidémiologique (qui n'est pas celui d'un pays développé, mais celui d'un pays tropical encore pauvre, où les principales endémies peuvent être combattues par des moyens simples, mais où la population reste globalement peu convaincue de la supériorité des soins de santé modernes). La réflexion internationale sur la sélection des priorités de santé dans les pays en développement a considérablement progressé depuis le début de cette décennie, et tous ceux qui se soucient effectivement de santé publique le savent ; ils savent aussi que les orientations retenues à l'issue de cet effort de réflexion sont très différentes de ce qui a été l'inspi-

ration commune de la politique de santé des pays francophones d'Afrique depuis les indépendances.

Enfin, il ne faut pas attendre de l'évolution démographique la solution des problèmes laissés irrésolus par la première génération de l'indépendance. Certes, il est possible que l'indice synthétique de fécondité diminue sensiblement en Côte d'Ivoire, comme résultat d'une politique de santé de la reproduction et de planification familiale. Mais personne ne peut attendre que l'évolution démographique seule provoque des changements dans la façon d'aborder les problèmes de santé. Il est, en tous cas, absurde de compter sur une réduction de la morbidité et de la mortalité (Atelier de réflexion, 1998) : d'une part, la politique de santé de la reproduction elle-même, telle qu'elle est effectivement mise en pratique, crée de nouveaux besoins de santé, s'il apparaît par exemple que près de 40 % des femmes de moins de vingt ans en 1997 qui ont eu au moins une grossesse ont déjà subi un avortement provoqué (Desgrées du Loû *et al.*, 1999) ; d'autre part, la Côte d'Ivoire n'est pas isolée d'un contexte dans lequel les frontières de la morbidité évoluent de jour en jour⁹, et les moyens d'y faire face aussi¹⁰. Ce qu'il faut comprendre aujourd'hui, c'est qu'une politique de santé publique repose sur des choix, sur des priorités, et qu'elle donne la priorité aux actions les plus efficaces pour leur coût, et concernant le plus grand nombre.

Dans les pages qui suivent, on donnera une idée de cette orientation et de la façon dont elle pourrait s'appliquer au contexte ivoirien. On précisera aussi quelques points de bon sens, notamment en matière de politique pharmaceutique.

Activités de santé publique versus prestations curatives discrétionnaires

Voici en peu de mots la réalité que les responsables de la stratégie sanitaire doivent aujourd'hui affronter s'ils prétendent encore défendre sur le terrain de la santé publique les moyens dont ils disposent et les activités qu'ils mènent : « Pratiquement aucune intervention efficace pour son coût n'exige des équipements plus spécialisés que ceux qu'on trouve dans l'hôpital de district¹¹. Ainsi, alors même qu'on ne peut pas conclure en général en faveur de la prévention par rapport au traitement, ou en faveur de la santé

9. Le Viagra n'est-il pas commercialisé à Abidjan ?

10. Les polythérapies n'ont-elles pas été « mises à la disposition » de certains des malades du sida à Abidjan ?

11. Le district est la circonscription sanitaire qui dessert entre 100 000 et 300 000 habitants environ, sous la responsabilité d'un ou plusieurs médecins : il s'agit donc du cercle au Mali, de la circonscription médicale au Sénégal, de la base de secteur de santé rurale en Côte d'Ivoire, etc.

publique par rapport à l'intervention clinique, on peut conclure que les hôpitaux de district et les formations sanitaires de niveau plus modeste offrent potentiellement toutes les interventions intéressantes » (Jamison, Mosley, Koffi *et al.*, 1993, p. 14). Telle est en effet la conclusion de Dean Jamison, professeur de santé publique à l'université de Californie à Los Angeles, au terme de la revue des priorités du secteur de la santé que lui a confiée la Banque mondiale, et à laquelle il a travaillé de 1989 à 1992 avec une énorme équipe très qualifiée ; c'est sur cette revue que repose le Rapport sur le développement dans le monde 1993, rapport dont le sous-titre ne devrait laisser indifférent aucun professionnel de santé : « Investir dans la santé » (Banque mondiale, 1993).

Cette conclusion a été établie en utilisant les meilleurs travaux sur les résultats qui peuvent être attendus, dans les conditions de la pratique, d'un grand nombre d'interventions médicales préventives et curatives. Ces résultats ont uniformément été mesurés en années de vie corrigées de l'invalidité, pour les bénéficiaires. Le coût a été estimé d'après les informations disponibles, telles qu'elles apparaissent dans les publications scientifiques spécialisées de niveau international. On dit qu'une activité est la plus efficace pour son coût si, pour un montant donné de dépenses consacrées à cette activité, on obtient un nombre d'années de vie corrigées de l'invalidité (AVCI) supérieur à celui qu'on atteindrait par n'importe quelle autre activité préventive ou curative. Cet ensemble de travaux reste ignoré des milieux francophones, qui, il est vrai, y ont peu contribué, tant est grand leur retard dans les domaines de l'épidémiologie et de l'économie de la santé. Mais ces travaux existent, et ce sont eux qui vont inspirer d'une façon de plus en plus pressante les politiques de santé publique.

Par exemple, on sait désormais, en ordre de grandeur (mais l'ordre de grandeur suffit), que pour gagner une AVCI par un programme de vaccination DTCoq + polio, il faut dépenser entre 20 et 40 dollars, alors que pour gagner une AVCI en traitant un cancer du poumon, il faut y consacrer un montant de l'ordre de 12 000 dollars. Des résultats de ce genre sont disponibles pour une centaine d'interventions préventives et curatives : il suffit désormais d'en prendre connaissance.

Ces ordres de grandeur s'expriment aussi, par exemple, de la façon suivante : « une dépense de 100 000 dollars en chimioprophylaxie de la tuberculose pourrait sauver environ 500 malades et les empêcher de transmettre la maladie à d'autres, ce qui ferait 35 000 AVCI gagnées. La même somme consacrée au traitement du diabète profiterait aussi à 500 malades, mais ne ferait gagner que 400 AVCI : chaque malade gagnerait moins d'une année de vie pleine par année de traitement » (Banque mondiale, 1993, p. 64).

Dans la perspective de santé publique qu'illustrent ces approches, il faut évidemment s'interroger sur la pertinence des arbitrages effectués hier en

faveur d'un hôpital cardiologique, tout récemment en faveur d'un programme de traitement des malades du sida par antirétroviraux, aujourd'hui peut-être en faveur d'un projet d'hôpital pédiatrique, etc. Ces arbitrages tournent le dos à une méthode réfléchie de résolution des problèmes de santé de la masse de la population, par la mise en place progressive de services accessibles depuis la base, et par l'élévation progressive de la qualité des prestations et du niveau technique des formations sanitaires décentralisées. En contraste saisissant, la méthode employée pour élaborer le PNDS¹² suppose l'acceptation entièrement implicite de tous les programmes à la mode dans les milieux professionnels et internationaux, de tous les programmes que ces milieux conçoivent et financent – pas une once d'esprit critique, pas une once d'adaptation aux spécificités de la Côte d'Ivoire –, et n'a rien à voir avec la pensée actuelle en matière de santé publique, qui associe désormais étroitement l'épidémiologie, la connaissance clinique et thérapeutique, l'analyse économique et l'évaluation des résultats.

Une orientation à retenir pour l'avenir pourrait donc être l'introduction en Côte d'Ivoire des connaissances actuelles de la santé publique dans le choix des priorités. Cette orientation exigerait assurément un travail considérable de recueil des données pertinentes sur les coûts, et surtout sur les résultats effectifs des activités préventives et curatives développées au sein du système de santé de ce pays. Mais, de forcer ainsi les professionnels de santé à expliciter leurs objectifs et à éliminer tout ce qui n'a pas d'intérêt de santé publique dans les choix qu'ils proposent au gouvernement, il résulterait inéluctablement une clarification salutaire, et la possibilité d'un choix partagé avec la population, puisque les questions de santé posent désormais, chacun le sait, des problèmes d'éthique, qui exigent une adhésion massive des intéressés (Williams, 1999). Et que l'État limite son rôle à la promotion de ce qui concerne la santé publique n'interdirait en rien au secteur privé de prendre en charge, sur ressources privées, tout le reste, qui est considérable mais sans intérêt pour le grand nombre.

Une politique du médicament essentiel à la hauteur des besoins

Telle est en effet la seconde orientation qui peut être suggérée. Plusieurs années après une intervention massive de l'Union européenne au profit de la Pharmacie de santé publique, les résultats observables sont encore modestes.

12. Programme national de développement sanitaire, préparé pour la période 1996-2005 grâce à un financement de la Banque mondiale, qui a suscité partout en Afrique de l'Ouest l'élaboration de programmes décennaux.

1°) La PSP a désormais un chiffre d'affaires de l'ordre de 12 milliards de F CFA, dans lequel les génériques représentent 50 % en valeur (et 75 % en volume); dans le même temps, le chiffre d'affaires du secteur privé est de l'ordre de 90 à 92 milliards (en ordre de grandeur, il a doublé depuis la dévaluation, ce qui signifie donc que les volumes ont sensiblement augmenté); par conséquent, le générique représente un chiffre d'affaires d'à peu près 6 milliards sur un total de plus de 100; il est maintenu dans des limites qui le rendent supportable aux yeux du secteur pharmaceutique privé; en volume, si l'on considère que le médicament générique est 2 à 3 fois moins cher que les spécialités, il représenterait une proportion un peu plus grande (de l'ordre de 10 à 15 %); cette proportion ne couvre évidemment pas les besoins des malades qui restent incapables de payer les ordonnances en spécialités.

2°) Toutes les enquêtes disponibles montrent que les produits PSP (et parmi eux les médicaments génériques) n'arrivent pas à leurs destinataires que sont les malades : alors même que ces médicaments sont disponibles dans les formations sanitaires publiques, les malades sont très peu nombreux à en bénéficier. Il ne suffit probablement pas d'invoquer la réglementation pour comprendre cette situation. Comment se fait-il que 25 % seulement des patients venus consulter à l'hôpital de Treichville, ou 12 % de ceux qui sont venus à la FSU de Marcory, aient reçu sur place des médicaments (Cidef *et al.*, 1997, tableau 30, p. 126)? N'a-t-on délivré une ordonnance qu'à un quart des consultants? Non, mais 75 % des ordonnances rédigées par les médecins et 57 % de celles des paramédicaux ne contiennent aucun des produits commercialisés par la PSP (Guessan et Portal, 1996, p. 10); et ensuite, aux malades qui auraient reçus des prescriptions en produits commandés par la PSP, on dira que ces médicaments ne sont pas disponibles à la pharmacie de l'établissement; en réalité, on sait que les médicaments PSP arrivant dans les formations sanitaires sont, en partie au moins, utilisés au profit de la clientèle privée que les professionnels de santé, agents de l'État, traitent en dehors des formations sanitaires publiques (certain rapport d'experts, par exemple DCGTx, 1994, au ton pourtant très modéré, parle effectivement, p. 12, de « détournements de produits PSP »).

3°) La Côte d'Ivoire a donné aux pharmaciens le droit de substitution (droit de remplacer une spécialité prescrite par le générique correspondant), mais la différence sur les marges est telle que la substitution n'est pas pratiquée. Le médicament générique reste donc inaccessible à ceux qui en ont besoin : il n'est pas prescrit, il n'est pas substitué (Guessan et Portal, 1996, p. 8 et 16).

Pourtant, il serait tout à fait possible de résoudre ce problème, puisqu'il suffirait de faire en sorte que :

1°) ne soient prescrits par les professionnels de santé agents de l'État, et sauf exception justifiée par la nature du mal ou par les exigences particu-

lières du malade (chaque exception devant être acceptée par un jury), que des médicaments essentiels, et même que des médicaments génériques ;

2°) ces médicaments soient rendus disponibles partout et, en particulier, dans toutes les formations sanitaires publiques ou communautaires, en quantité suffisante pour faire face à tous les besoins et au prix le plus bas qu'une saine politique d'achat, de stockage et de distribution est capable d'obtenir.

Seule une analyse détaillée du secteur pharmaceutique ivoirien (depuis l'importation – privée et publique – jusqu'à la commercialisation au détail) permettrait de mesurer quel est exactement le risque que représenterait pour ce secteur l'adoption d'une véritable politique du médicament essentiel. L'opposition bien compréhensible de la profession à cette politique ne signifie pas que cette dernière ne peut pas être mise en œuvre. La distribution pharmaceutique, elle aussi, peut prendre des formes diverses, et il existe certainement des marges d'innovation.

Assurance maladie, mutualité, pré-paiement

Il est très fréquemment question, désormais, de développer l'assurance maladie pour faciliter l'accès aux soins. Le Gouvernement lui-même a annoncé son objectif de créer un système de couverture sociale adaptée (république de Côte d'Ivoire, 1995b, p. 14). Il n'est pas douteux que l'assurance maladie, lorsqu'elle fonctionne, facilite l'accès aux soins, mais il n'est pas sûr que la création d'un système d'assurance maladie soit facile. Certains secteurs de l'économie, celui des grandes entreprises et administrations, sont déjà mieux organisés que d'autres (Aventin et Guichaoua, 1999), mais les difficultés qu'ils ont rencontrées doivent être bien analysées : difficultés d'organisation, difficultés tenant au comportement des assurés, difficultés tenant à la dépendance de l'assureur par rapport à des prix et des volumes sur lesquels il n'a ni contrôle ni action. Ces difficultés seront encore bien plus grandes si l'on cherche à atteindre les groupes sociaux moins favorisés, ceux qui vivent largement ou essentiellement dans l'économie informelle. Les risques de gigantisme et d'inefficacité bureaucratique doivent aussi être pris en considération.

Dans ce domaine, il faut admettre que les expériences ivoiriennes ne sont que négatives. La Caisse nationale de prévoyance sociale a des frais de gestion extraordinairement élevés, parce que l'objectif véritable est de créer des emplois pour les petits frères et autres dépendants des « grandes personnes » (République française, Inspection générale des affaires sociales, 1990, p. 185) et les efforts de la Banque mondiale, conditionnant l'adoption du PVRH à une baisse de 30 % des frais de fonctionnement (Banque mondiale, 1995, partie II B1) ont été vains : il est donc exclu de s'appuyer sur elle. Quant à la MUGEF, elle ne croule pas tant à cause des mauvais

payeurs qu'à cause de son incapacité à contrôler le nombre des bénéficiaires, le volume des consommations (c'est-à-dire la qualité de la prescription) et les prix (c'est-à-dire les marges des producteurs et intermédiaires, et les revenus des prestataires).

Dans cette situation, il existe manifestement une place considérable pour l'innovation, pour l'expérimentation, pour l'aide au démarrage d'expériences plus modestes et plus judicieusement conçues que celles auxquelles il vient d'être fait allusion (république de Côte d'Ivoire et Mission française de coopération, 1999). Nous ne pouvons ici que les mentionner. Mais il faut bien comprendre que leur caractéristique commune sera inéluctablement d'introduire un contrôle des assureurs sur les coûts et sur les volumes des prestations fournies par les professionnels de santé, qu'ils soient publics ou privés. Les libertés exceptionnelles qui ont été laissées à ces professionnels dans ce pays depuis trois décennies ne les ont pas préparés à cette évolution pourtant certaine. Car, si aucune régulation n'est mise en œuvre, la concurrence sauvage s'installera au détriment de la qualité : à vrai dire, elle fait déjà rage, comme le montrent les infirmeries privées d'un côté (il y aurait quatre fois plus d'infirmeries privée illicites que d'infirmeries privées agréées), la tradition de l'autre (les ordres professionnels sont comme paralysés devant ce qu'il faut bien appeler, dans certains cas, exercice illicite de la médecine, cf. Berche, 1999). Il est vrai que, dans le contexte de libéralisation totale qui est celui de la Côte d'Ivoire aujourd'hui, le rôle régulateur de l'État doit être complètement redéfini. On sait cependant que le secteur de la santé, du fait de l'inégalité en matière d'information entre le client (le malade) et le fournisseur (le médecin), est l'un de ceux que le marché est incapable de réguler. Comme les assureurs publics ont fait la preuve de leur inefficacité, et comme les assureurs privés commerciaux n'ont aucune compétence particulière en matière de santé publique, il y a là manifestement un rôle décisif pour un secteur mutualiste, c'est-à-dire privé à but non lucratif, et largement décentralisé pour permettre une participation effective des bénéficiaires à la décision et à la gestion.

Une politique pour la médecine de campagne et de quartier

Dans tous les pays, la Banque mondiale prescrit de recouvrer les coûts plus fermement dans les hôpitaux que dans les autres formations sanitaires : en Côte d'Ivoire, on s'est fixé comme objectif un taux de recouvrement de 80 % dans les CHU dès 1992, un taux de 60 % dès 1994 dans les autres formations, sauf les formations primaires pour lesquelles on se contentera de 40 % (cf. république de Côte d'Ivoire, 1991, p. 45). Officiellement, il s'agit de peser sur la demande, pour la détourner en partie des hôpitaux, et

la diriger vers les formations capables de faire face aux premiers recours. La question n'a pas été posée de savoir si les formations publiques de premier recours sont capables de faire face à la demande actuelle ou future ; la réponse eût été, au moins pour Abidjan, nécessairement négative (cf. République française, 1991).

Sans doute le secteur privé est-il bien développé en Côte d'Ivoire. Apparemment seuls 31 médecins étaient installés en exercice libéral en 1989 (certains cabinets libéraux disposent de lits), et 29 autres exerçaient à plein temps et 105 à temps partiel dans l'une des 23 cliniques privées qui totalisaient alors plus de 500 lits (république de Côte d'Ivoire, 1989). En 1993, 219 médecins au total exercent dans le secteur privé, qui compte 25 hôpitaux et cliniques totalisant 524 lits (république de Côte d'Ivoire, 1996 p. 18 ; voir aussi Credess-Ceprass, 1996a). Au-delà, chacun sait qu'une clinique de 229 lits, installée à Abidjan et offrant toutes les spécialités, n'emploie pas un seul médecin à plein temps, mais 75 médecins à temps partiel. Au-delà encore, il faudrait considérer la partie immergée de l'iceberg : d'une part, l'exercice privé, toléré en pratique à mi-temps, pour les agents des formations sanitaires publiques, ce qui explique leur absentéisme massif, en particulier l'après-midi ; d'autre part, les infirmeries qui, échappant à tout contrôle, ont infesté Abidjan et sont désormais tenues par qui veut. En fait, on laisse entendre à ceux qui ne connaissent pas la question que, pour saisir tout ce qui se passe en dehors du « privé légal, possédant une autorisation de création officielle », « un recensement exhaustif des établissements privés est en cours de préparation » (république de Côte d'Ivoire, 1996, p. 18), alors qu'un tel recensement a déjà été tenté il y a dix ans, et s'est avéré strictement irréalisable.

Dans le programme des bailleurs de fonds, il est bien prévu « la libération des praticiens durant un certain quota d'heures hebdomadaires (8 heures correspondant à 20 % du total hebdomadaire), soit pour des activités privées extérieures à l'hôpital, soit pour des activités privées organisées dans le cadre de l'hôpital » (république de Côte d'Ivoire, 1991, p. 36). Il est aussi prévu une aide à l'installation des jeunes médecins, combinée avec une tarification nationale des consultations, différente de celle pratiquée dans les établissements publics, et d'un montant « modique », pour permettre « la consultation d'une clientèle nombreuse » (république de Côte d'Ivoire, 1991, p. 35). La première mesure ne pouvait pas permettre de développer l'offre dans les quartiers ou dans les campagnes, car elle concerne des praticiens déjà parfaitement installés. La seconde n'a pas été mise en œuvre.

Mais on sait désormais comment va évoluer la démographie médicale et quelles dispositions pourraient être prises pour donner de l'emploi aux jeunes médecins. La question essentielle est celle de savoir si l'on cherche avant tout à protéger le niveau des honoraires ou si l'on cherche à augmen-

ter significativement l'offre en tenant compte des effectifs formés, d'un côté, et du pouvoir d'achat de la population à desservir, de l'autre.

Actuellement, le syndicat des médecins privés fait avaliser ses tarifs par l'administration (ministère du Commerce) sans d'ailleurs qu'on sache pourquoi cette dernière intervient : il n'y a pas de système de tiers-payant, et il n'y a donc aucun intérêt public à intervenir. Ces tarifs rendent les prestations médicales inaccessibles à l'immense majorité de la population : en 1994, 10 000 F CFA pour la consultation de généraliste, soit le tiers du salaire minimum (et tous les salariés ne bénéficient pas du salaire minimum, chacun le sait bien). Une certaine modicité de la tarification s'imposerait donc sans aucun doute, d'autant plus qu'il y a désormais surabondance de l'offre. Cette tarification, à ce niveau, est manifestement un moyen de veiller aux privilèges des grands anciens, qui, officiellement autorisés à développer leur pratique privée en marge du service public, voudront probablement se réserver la clientèle intéressante d'Abidjan et des grandes villes, et souhaiteront être protégés de la concurrence indélicate de leurs jeunes confrères qui seraient tentés de « casser les prix » pour attirer les clients.

On sait cependant depuis peu qu'il est possible d'assurer un revenu décent à de jeunes médecins installés en clientèle, « dans un environnement matériel modeste mais suffisant pour des soins de qualité », avec des prix de consultation de généraliste de 1 000 F CFA seulement, et que la demande solvable à ce niveau de prix devrait permettre l'installation de 100 à 300 médecins (Credess-Ceprass, 1996b, p. 40-50). Ceci n'est pas négligeable dans le contexte de la démographie médicale ivoirienne : la Côte d'Ivoire pourrait se trouver, en 2010, avec 1 400 médecins chômeurs (Credess-Ceprass, 1996b, p. 126). La même étude estime qu'une trentaine d'emplois de médecins (nombre identique à l'effectif actuel) pourraient être créés dans le secteur de la médecine associative. Ces formes d'installation ont comme point commun de développer l'offre de services qualifiés dans les campagnes ou les quartiers (cf. Escalon *et al.*, 1999). Leur développement est visiblement limité par le niveau de ce qui est considéré comme une « rémunération raisonnable » par les jeunes diplômés sortant de la Faculté de médecine et par leurs grands anciens qui parlent parfois en leur nom, ainsi que par l'hostilité foncière de la corporation qui n'hésitera pas à dire qu'il s'agit là d'une « parodie de médecine », puisqu'il ne s'agit ni de médecine libérale ni d'exercice clandestin sous la protection d'un mandarin.

Dans ce pays qui, pendant une génération, a pu concentrer tous les avantages de l'exercice médical au profit des premiers diplômés (et, par exemple, donner à ses praticiens débutants dans le service public des salaires 6 fois supérieurs à ceux que pratique le Mali, alors que les PIB par habitant sont, entre ces deux pays, dans le rapport de 1 à 3 en ordre de grandeur), une véritable libéralisation du marché ne peut qu'entraîner une diminution générale

des revenus relatifs, et une réduction corrélative du coût des prestations pour les malades. La solution de la Banque mondiale, probablement celle aussi de l'*Establishment* médical que sert le ministère de la Santé, consiste à protéger les revenus de ceux qui sont bien installés, à proposer un « filet social » à ceux qui vont devoir s'installer (en leur laissant le soin de lutter contre les « injectionnistes » ?), et à opposer un *numerus clausus* à ceux qui, désormais, voudraient entrer dans la profession. Il y a mieux à faire.

Ces choix reviennent à admettre que le système public de santé n'est pas capable, notamment à cause de sa faible productivité, de rendre disponibles partout les prestations essentielles et de qualité qu'attend la population. Il convient donc de favoriser toute initiative susceptible d'accroître l'offre de ces prestations. Le segment le plus favorisé de la population ivoirienne trouve déjà, auprès de praticiens titrés et installés, et dans des établissements privés de qualité, une grande partie des prestations dont il a besoin : il convient simplement de supprimer toutes les formes de subvention dont peuvent disposer ces praticiens et ces établissements pour que, ici comme ailleurs, les prestations curatives élémentaires soient payées à prix coûtant. Le segment le plus défavorisé de la population, quant à lui, doit être desservi par des établissements modestes, nombreux, localisés à proximité de la demande, et autofinçant, eux aussi, leurs activités curatives élémentaires. Il s'agit là d'un système de santé où, comme aujourd'hui, les riches et les pauvres ne recevront pas les mêmes soins, mais où, à la différence de ce qui se fait aujourd'hui, les fonds publics ne seront pas redistribués aux plus riches.

Le rôle de l'État n'est pas de satisfaire aux seules revendications de ses agents, en oubliant que ces derniers sont payés pour rendre des services bien définis à la population. Il est de garantir la distribution de certaines prestations présentant des caractéristiques de bien public (par exemple les vaccinations, la lutte vectorielle) et de garantir le respect de certaines règles d'exercice des professions médicales.

Conclusion

Il est heureux que les bailleurs financent ce que demandent les autorités du pays, dira-t-on. Assurément. Notre argument consiste donc à dire, au risque de passer pour « un observateur non averti des réalités ivoiriennes », au sens de la Banque mondiale, c'est-à-dire qui serait incapable de reconnaître des solutions « réalistes et comprises par les parties en présence » (Banque mondiale, 1991, p. 2), que ce qui a été fait depuis une génération dans ce pays n'est pas une politique de santé publique : ce n'est pas une politique qui se préoccupe du grand nombre des malades, c'est une politique qui vise à construire dans ce pays un système de santé conçu ailleurs, et comme il était là-bas il y a une ou deux générations, en oubliant et les

réalités du pays d'adoption et les évolutions qui se produisent au sein de ce système dans son pays d'origine. C'est une politique qui donne la priorité aux intérêts professionnels et commerciaux qui s'attachent aux activités sanitaires : niveaux de rémunérations (privées et publiques, officielles et informelles) des professionnels, marges des importateurs, grossistes et détaillants en produits pharmaceutiques, marges des attributaires de marchés publics, etc., et qui néglige l'accessibilité des prestations, leur diffusion effective dans la population, l'ajustement de leur volume aux besoins raisonnablement évalués, leur qualité technique, leur acceptabilité sociale, etc.

C'est en raison de cette priorité donnée aux intérêts professionnels et commerciaux qu'a été volontiers entrepris tout ce qui pouvait concourir à donner l'impression que le niveau technique de ce secteur augmentait, et qu'a été négligé tout ce qui aurait pu contribuer à rendre plus accessibles les prestations élémentaires dont a d'abord besoin la population modeste ou pauvre. Ce faisant, elle a laissé la Côte d'Ivoire, malgré une apparence générale et quelques éléments indubitables de modernité, dans une situation démographique et sanitaire d'un autre âge. En voici une seule illustration : le Ghana voisin, qui a un produit par habitant peu supérieur à la moitié de celui de la Côte d'Ivoire, est « à un stade plus avancé de la transition démographique que la Côte d'Ivoire » (Benefo et Schutz, 1994, p. 47), pays dans lequel la mortalité infantile pourrait être facilement diminuée « par un accès plus proche aux soins médicaux », et par un effort d'éducation des femmes, puisque, comparativement au Ghana, « relativement peu de femmes sont éduquées » en Côte d'Ivoire (Benefo et Schutz, 1994, p. 48).

Il est nécessaire, dans une perspective de santé publique, la plus adaptée à la création de conditions favorables au développement, de porter une attention vigilante à la situation de la population modeste et pauvre : c'est là que se trouvent les grands effectifs et les résultats qui font honte, c'est donc là qu'il faut agir. Mais cela vaut aussi, ne l'oublions pas, pour le secteur de l'éducation, comme la littérature nous le rappelle opportunément (Grootaert, 1994). Il est donc dangereux de faire des travaux sur la répartition des revenus, de la consommation, des recours aux soins, de la fréquentation scolaire, etc., des secrets d'État (cf. les incidents qui ont émaillé la publication des résultats de l'enquête de niveau de vie 1995).

Pour l'avenir, il est très souhaitable que le secteur de la santé soit effectivement traité dans une perspective de « ressources humaines », c'est-à-dire comme l'un des deux secteurs (l'autre étant l'éducation) qui ont la charge de mettre à la disposition du pays une main-d'œuvre de bonne qualité. Les interactions entre l'état de santé des enfants et leurs résultats scolaires, les interactions entre état de santé, absentéisme et productivité du travail (voir une synthèse des résultats dans Behrman, 1996) sont trop importantes pour pouvoir être négligées dans le contexte de mondialisation qui s'impose à la

Côte d'Ivoire comme à toute l'Afrique. Maintenant que la rente née de l'abondance et de la qualité des terres se réduit considérablement avec l'arrivée du front pionnier jusqu'à la frontière Ouest, maintenant que la rente de l'aide extérieure paraît de plus en plus difficile à mobiliser, surtout si le climat politique se dégrade, maintenant que la concurrence des autres producteurs mondiaux de café et de cacao se fait de plus en plus forte, les chances de la Côte d'Ivoire seront beaucoup plus qu'hier dans la qualité de sa main-d'œuvre, qu'elle soit autochtone ou étrangère. Les investissements dans la santé et dans l'éducation prennent ici tout leur sens : il ne s'agit pas, ni dans l'un ni dans l'autre cas, de couler du béton, il s'agit d'investir dans les hommes en leur donnant des capacités qui leur permettront d'affronter un monde dans lequel beaucoup de pays ont déjà pris de l'avance.

Si l'on avait eu, depuis une génération, une claire conscience de ces enjeux, il eut été possible d'obtenir, avec les financements qui ont été mobilisés, des résultats considérablement meilleurs que ceux que nous avons constatés. Il est temps, du moins nous l'espérons, de se ressaisir, mais c'est urgent.

Bibliographie

- ASDES, 1995a, *Revue des dépenses publiques*, Document intermédiaire, Préparation du séminaire. ASDES Consultants, république de Côte d'Ivoire, ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (juin), 37 p. + annexes.
- ASDES, 1995b, *Examen des dépenses publiques dans le secteur de la santé*, Rapport final. ASDES Consultants, république de Côte d'Ivoire, ministère de la Santé publique et des Affaires sociales (septembre), Annexes, pagination multiple.
- ATELIER DE RÉFLEXION SUR LES ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES MAJEURS ET LE DÉVELOPPEMENT HUMAIN DURABLE EN CÔTE D'IVOIRE, 1998, *Rapports des commissions*, pagination multiple.
- AUDIBERT M., 1982, « Statistiques sanitaires et indicateurs de santé dans les pays en voie de développement », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 30, p. 437-450
- AVENTIN L. et GUICHAOUA Y, 1999, « Qu'attendre des dispositifs de prise en charge médicale des salariés dans les entreprises ? L'exemple d'Abidjan », in BRUNET-JAILLY J. (sous la dir. de), *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, CEDA, Abidjan, p. 223-240.
- BANQUE MONDIALE, 1991, Mission régionale en Afrique de l'Ouest, Note technique en vue de la mission du 18 mars au 5 avril 1991 de la Banque mondiale pour un éventuel prêt de soutien au secteur des Ressources

- humaines et de la Dimension sociale de l'Ajustement en Côte d'Ivoire, annexée à la lettre n° WA/0086 du 19 mars 1991.
- BANQUE MONDIALE, 1993, *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé*, Washington DC, 333 p.
- BANQUE MONDIALE, 1995, *Rapport de fin d'exécution*, Côte d'Ivoire, Programme de valorisation des ressources humaines, Rapport n° 14841, 29 juin 1995.
- BANQUE MONDIALE, 1996, Staff Appraisal Report, Republic of Côte d'Ivoire, *Integrated Health Services Development Project*, June 5, 1996, Report No. 15607-IVC.
- BANQUE MONDIALE, 1997, *La pauvreté en Côte d'Ivoire, cadre d'action*, Rapport n° 15640-IVC, 110 p.
- BEHRMAN J.-R., 1996, « The impact of health and nutrition on education », *The World Bank Research Observer*, Vol. 11, No. 1, p. 23-38.
- BENEFO K.D. et SCHUTZ T.P., 1994, *Determinants of fertility and child mortality in Côte d'Ivoire and Ghana*, LSMS Working Paper N° 103, World Bank, 88 p.
- BERCHE T., 1999, « Qu'attendre des guérisseurs ? Conflits de légitimité et stratégies dans le domaine du sida à Abidjan », in BRUNET-JAILLY J. (sous la dir. de), *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, CEDA, Abidjan, p. 327-345.
- CIDEF, UNION EUROPÉENNE et MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1997, *Sida et secteur de santé : analyse des conséquences et stratégies de réponse (le cas de la Côte d'Ivoire)*, Rapport final, 321 p.
- COULIBALY D., PORTAL J.-L., PEYRE M., TANO-BIAN A. et COULIBALY I.M., 1999, « Évolution récente de l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse dans la ville d'Abidjan (1994-1996) », in BRUNET-JAILLY J. (sous la dir. de), *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, CEDA, Abidjan, p. 141-151.
- CREDES-CEPRASS, 1996a, *Les nouvelles orientations en matière d'exercice des professions de santé*, vol. I, 129 p. + annexes, Vol. II, Credes-Ceprass, ministère de la Santé publique, république de Côte d'Ivoire, 94 p. + annexes.
- CREDES-CEPRASS, 1996b, *Les nouvelles orientations en matière d'exercice des professions de la santé*, Vol. 1, Document préliminaire, Credes-Ceprass, ministère de la Santé publique, république de Côte d'Ivoire, 129 p. + annexes.
- DCGTx, 1994, *Étude sur le recouvrement des coûts*, partie I : *Évaluation de la politique de recouvrement appliquée par la Pharmacie de la santé publique de Côte d'Ivoire (PSP-CI)*, Olivier Mafrand, Cellule technique Ressources humaines, juin, 40 p. + annexes.

- DEMENY L., DAYTON J., MEYRA K., 1995, *L'incidence des dépenses sociales publiques en Côte d'Ivoire* (projet révisé, version provisoire, février, 36 p.)
- DOMERGUE-CLOAREC D., 1986. *La santé en Côte d'Ivoire, 1905-1958*, Association des publications de l'université de Toulouse-Le Mirail-Académie des Sciences d'Outre-Mer, 2 vol., 1 319 p.
- ESCALON E., BARBE T., ORTIZ C. et EONO P., 1999, «Qu'attendre d'une gestion privée à but non lucratif ? L'exemple des FSUCom d'Abidjan», in BRUNET-JAILLY J. (sous la dir. de), *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, CEDA, Abidjan, p. 241-259.
- GROOTAERT C., 1993, *The Evolution of Welfare and Poverty Under Structural Change and Economic Recession in Côte d'Ivoire 1985-1988*, WPS 1078, World Bank, January, 114 p.
- GROOTAERT C., 1994, «Education, poverty and structural change in Africa, lessons from Côte d'Ivoire», *International Journal of Educational Development*, Vol. 14, No. 2, p. 131-142.
- GUESSAN BI G.B. et PORTAL J.-L., 1995, *Effets de la dévaluation du franc CFA sur l'accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, direction régionale de la Santé du Sud-Coopération Française-Organisation mondiale de la santé, novembre 1994-février 1995, 91 p.
- GUESSAN BI G.B. et PORTAL J.-L., 1996, *Accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan (Côte d'Ivoire) deux ans après la dévaluation du franc CFA*, direction régionale de la Santé du Sud-Coopération française-Organisation mondiale de la Santé, janvier, 24 p. + annexes
- HUNTER J. M. et ARBONA S., 1984, «Disease rate as an artefact of the health care system, tuberculosis in Puerto Rico», *Social Science and Medicine*, Vol. 19, No. 9, p. 997-1008.
- JAMISON D.T et al., 1993, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford Medical Publications for the World Bank, 746 p.
- JONES C., XIAO YE, 1977, *Issues in comparing poverty trends over time in Côte d'Ivoire*, Policy Research Working Paper N° 1711, World Bank, Washington DC, 77 p.
- KANBUR R., 1988, *Poverty and the Social Dimensions of Structural Adjustment in Côte d'Ivoire*, Social Dimensions of Adjustment Working Paper, No. 2, World Bank, Washington DC, 60 p.
- KANBUR R., 1990, *Poverty and the Social Dimension of Structural Adjustment in Côte d'Ivoire*, Social Dimension of Adjustment in Sub-Saharan Africa, SDA Working Papers Series, World Bank, Washington DC.

- MEMEL-FOTE H. (sous la dir. de), 1995, *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens (juillet 1994-juillet 1995)*, OMS-Giresca, 380 p.
- MEMEL-FOTE H., 1999, «La modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire», *Revue internationale des sciences sociales*, n° 161, p. 379-392.
- MURRAY C.J.L. et LOPEZ A.D. 1996, *The Global Burden of Disease*, World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank, 990 p.
- N'CHO S. et al., 1995, *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire 1994*, république de Côte d'Ivoire, Institut national de la statistique, ministère délégué auprès du Premier ministre, chargé de l'Économie, des Finances et du Plan, Abidjan, Côte d'Ivoire, Macro International Inc., Calverton, Maryland, 294 p.
- NDIAYE S., DIOUF P.D. et AYAD M., 1994, *Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS-II) 1992-1993*, république du Sénégal, ministère de l'Économie, des Finances et du Plan, et Macro International Inc., 284 p.
- OUATTARA S., PORTAL J.-L., ORTIZ P., SHAW E., TANO-BIAN A. et TAGLIANTE-SARACINO J., 1999, «Les activités vaccinales de routine dans les établissements sanitaires publics et communautaires d'Abidjan», in BRUNET-JAILLY J. (sous la dir. de), *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, CEDA, Abidjan, p. 105-119.
- PORTAL J.-L., WELLFENS-EKRA C., TOURE-COULIBALY K. et BOUHOSSOU K.M., 1999, «Qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur sanitaire public à Abidjan», in BRUNET-JAILLY J. (sous la dir. de), *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, CEDA, Abidjan, p. 81-101.
- RAPPORT GUIMIER (dit), rapport sans titre ni date, probablement pour la Banque mondiale, 56 p. + annexes.
- PROBLÈMES ÉCONOMIQUES, 1995, «La maîtrise des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE», *Problèmes économiques*, n° 2421, 26 avril 1995, p. 27-32.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, ministère de la Santé et de la Population, direction de la Planification et de la Statistique sanitaires, *Annales de la santé 1989*, sans date, 187 p.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, ministère de la Santé et de la Protection sociale, 1991, *Programme de valorisation des ressources humaines, Planification-Programmation-Budgétisation dans le secteur de la santé*, octobre, 65 p. + annexes.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 1995a, Réunion du groupe consultatif 1995 : *Stratégie et programme d'investissements publics 1995-1997*,

- Développement des ressources humaines, secteur Santé*, mai, 16 p. + annexes.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 1995b, Réunion du Groupe consultatif 1995, *Programme de valorisation des ressources humaines, Axes stratégiques 1995-1997*, 21 p.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, ministère de la Santé publique, 1995c, *Rapport annuel sur la situation sanitaire 1995*, 97 p.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, ministère de la Santé publique, 1996, *Plan national de développement sanitaire 1996-2005*, t. 1 : *Diagnostic, politique et stratégie*, 50 p.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, ministère de la Planification et de la Programmation du Développement, 1999, *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire, EDSCI-II 1998-1999*, mai, 20 p.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, ministère de la Santé publique, 1999, *Rapport annuel sur la situation sanitaire 1997*, Abidjan, 175 p.
- RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE/MISSION FRANÇAISE DE COOPÉRATION ET D'ACTION CULTURELLE, 1999, *Étude de faisabilité d'une mutuelle s'adressant à la clientèle des FSU-Com*, par Anne Juillet, 52 p.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, Inspection générale des affaires sociales, 1990, *Rapport d'audit de la Caisse nationale de prévoyance sociale de Côte d'Ivoire (analyse)*, 230 p. + annexes
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, ministère de la Coopération et du Développement, république de Côte d'Ivoire, ministère de la Santé et de la Protection sociale, 1991, *Projet Santé Abidjan 1992-1996*, 163 p.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, ministère des Affaires étrangères/ministère délégué à la Coopération et à la Francophonie, 1998, *Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest, Résultats d'une enquête de population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack*, 116 p.
- TRAORÉ B., KONATE M. et STANTON C., 1989, *Enquête démographique et de santé au Mali 1987*, Bamako/Columbia, Maryland, Institut du Sahel, CERPOD/IRD Westinghouse, 187 p.
- VIOSAT L.-C., 1992, *Rapport sur l'évaluation des dépenses de santé en Côte d'Ivoire : les établissements publics nationaux du secteur de la santé et de la protection sociale*, Inspection générale des affaires sociales, Paris, octobre, 70 p. + annexes.
- WILLIAMS A., 1999, «Economics, ethics and the public in health care policy», *International Social Science Journal*, n° 161, p. 297-312.

Brunet-Jailly Joseph. (2002)

La santé

In : Photios Tapinos G. (ed.), Hugon P. (ed.), Vimard Patrice (ed.). La Côte d'Ivoire à l'aube du 21ème siècle : défis démographiques et développement durable

Paris : Karthala, 325-367. (Hommes et Sociétés). ISBN 2-84586-257-1