

REPUBLIQUE FRANÇAISE

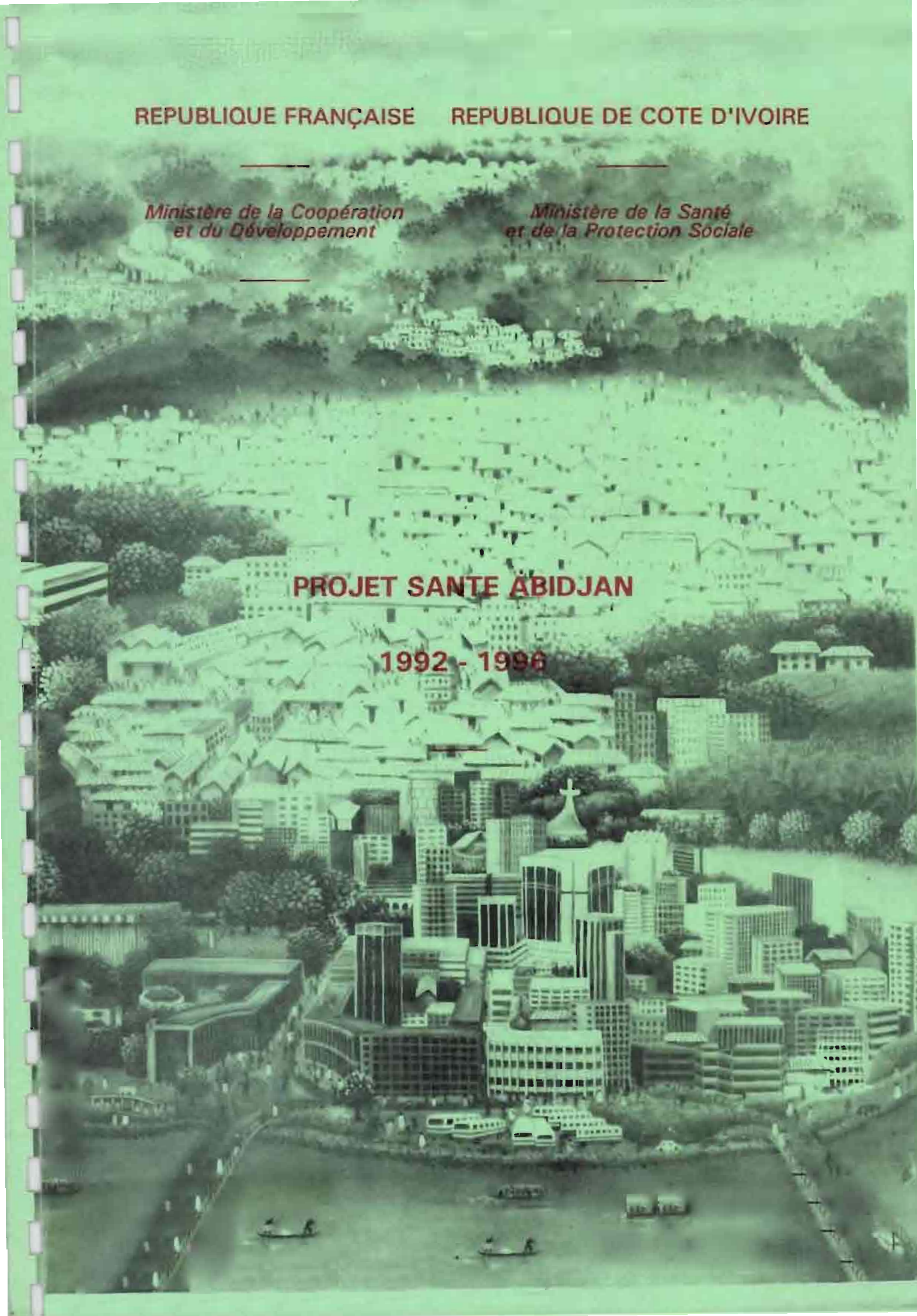
REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

*Ministère de la Coopération
et du Développement*

*Ministère de la Santé
et de la Protection Sociale*

PROJET SANTE ABIDJAN

1992 - 1996



AVANT - PROPOS

Le Projet Santé Abidjan a été élaboré par une équipe composée des personnes suivantes :

- ▶ **Dr TANO BIAN Aka**, Directeur Régional de la Santé, Sud-Abidjan; Ministère de la Santé et de la Protection Sociale de Côte d'Ivoire;
- ▶ **M. AMADI Nestor**, Direction des Etablissements sanitaires et sociaux, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale de Côte d'Ivoire;
- ▶ **Pr BRUNET-JAILLY Joseph**, Economiste de la santé, Directeur de recherche à l'ORSTOM, INRSP du Mali;
- ▶ **Dr BALIQUE Hubert**, Maître de Conférence en Santé Publique, Ecole de Médecine et de Pharmacie du Mali;
- ▶ **Dr PAQUET Christophe**, Epidémiologiste, Epicentre, France;
- ▶ **Dr FLOURY Bruno**, Conseiller Régional Santé, Coopération Française, Togo, Bénin, Côte d'Ivoire.

Les grandes orientations du "Projet Santé Abidjan" ont été définies avec les autorités Ivoiriennes au cours d'une mission réalisée du 21 au 31 mai 1991 par le Dr Jean Marie Laure, chargé de mission à la Sous-Direction Santé du Ministère de la Coopération et du Développement, M. Bernard Laborderie, Secrétaire Général de la Mission de Coopération d'Abidjan, et par le Dr Bruno Flourey.

La collecte des informations, les rencontres avec les acteurs du système de santé et l'analyse de la situation ont été réalisées à Abidjan du 14 octobre au 3 novembre 1991.

Les entretiens se sont toujours déroulés dans un excellent climat de confiance réciproque et les auteurs tiennent à exprimer leurs sincères remerciements aux nombreuses personnes qu'ils ont rencontrées, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, dans les communes d'Abidjan et dans les organismes de Coopération, pour leur disponibilité et leur contribution à l'élaboration de ce document.

La Mission Française de Coopération en Côte d'Ivoire a assuré un appui technique et logistique sans faille permettant aux travaux d'être réalisés dans de très bonnes conditions. Que le personnel de cette Mission trouve ici l'expression de la gratitude des consultants.

TABLE DES MATIERES

1 Le contexte	1
1.1 Généralités sur la Côte d'Ivoire	1
1.1.1 Situation et évolution récente	1
1.1.2 Perspectives pour les prochaines années	3
1.1.2.1 Les perspectives décrites par les modèles économiques	3
1.1.2.3 Les perspectives d'un modèle démo-économique	4
1.2 La situation sanitaire	5
1.2.1 L'état de santé de la population	5
1.2.2 La politique de santé	9
1.2.2.1 Etat des lieux	9
1.2.2.2 Orientations politiques actuelles	9
1.3 Abidjan	10
1.4 Le système de santé	16
1.4.1 Organisation générale	16
1.4.1.1 Tendances générales	16
1.4.1.2 Organigramme du ministère de la santé	16
1.4.2 Le financement de la santé	18
1.4.2.1 Présentation du budget de l'Etat	18
1.4.2.2 Evolution du budget de l'Etat	20
1.4.2.3 Le recouvrement des coûts	20
1.4.3 La carte sanitaire du secteur public	21
1.4.3.1 Les établissements	21
1.4.3.2 Personnel	21
1.4.4 La carte sanitaire du secteur privé	22
1.4.5 Le système d'information	22
1.4.5.1 Le système national d'information	22
1.4.5.2 Autres sources de données sanitaires pour Abidjan	24
1.4.6 Les grands programmes	25
1.4.6.1 Sida	25
1.4.6.2 Tuberculose	29
1.4.6.3 MST	30
1.4.6.4 Maternité sans risque	31
1.4.6.5 Autres problèmes	32
1.4.7 La formation	32
1.4.8 L'approvisionnement pharmaceutique	33
1.4.8.1 Le secteur privé	33
1.4.8.2 Le secteur public	34
1.5 Les partenaires	36
2. Les contraintes du projet	40
2.1 Fréquentation des services de santé à Abidjan	40
2.2 Projections de population	43
2.3 Dépenses de santé	44
2.4 Niveau des revenus à Abidjan	45
2.5 Projections de la population et des revenus par zone	47
2.6 Développement du secteur privé	54
2.6.1 Services médicaux	54
2.6.3 Financement du secteur privé par l'assurance	55
2.6.4 Rôle de la CNPS	57
3. Conception générale du projet	59
3.1 Considérations préliminaires	59
3.1.1 Justification du projet	59
3.1.2 Choix stratégiques fondamentaux	60
3.1.3 Les buts du projet	61

3.2 La Direction Régionale de la Santé	62
3.2.1 Présentation générale	62
3.2.2 Le plan d'action sanitaire d'Abidjan	63
3.2.3 Aspects spécifiques	64
3.3 Les Centres de Santé Communautaires	65
3.3.1 Définitions et fonctions	65
3.3.2 Modalités de fonctionnement	65
3.3.3 Modalités de mise en place	69
3.3.4 Modèle de financement	70
3.3.4.1 Prévisions d'activité et personnel correspondant	70
3.3.4.2 Financement du fonctionnement courant du centre de santé	72
3.4 Les structures communales de santé	77
3.4.1 Le Bureau communal de santé publique	77
3.4.2 L'Hôpital général	78
3.4.2.1 Définition et fonctions	78
3.4.2.2 Modalités de fonctionnement	78
3.4.2.3 Modalités de gestion	81
3.4.2.4 Modalités de mise en place	
3.5 Autres fonctions	82
3.5.1 Les CHU	82
3.5.2 Le système d'informations sanitaires	83
3.5.3 L'information-éducation-communication	84
3.5.4 L'approvisionnement pharmaceutique	85
3.6 Les modalités de financement des formations sanitaires	86
3.6.1 Le système de tickets	86
3.6.2 Les allocations contractuelles	86
3.6.3 L'aide sociale	87
3.6.4 Les indigents	88
3.6.5 Les organismes de prise en charge	88
3.6.5.1 La CNPS	88
3.6.5.2 Les fonctionnaires	89
3.6.5.3 La Mutuelle Générale des fonctionnaires	89
3.6.5.4 Les autres mutuelles	89
3.6.5.5 Les assurances privées	89
3.7 Les grands programmes	90
3.7.1 La lutte contre la mortalité maternelle et contre la mortalité infantile	90
3.7.2 La lutte contre la tuberculose	92
3.7.2.1 Promouvoir une stratégie d'intégration de la lutte antituberculeuse	92
3.7.2.2 Renforcement du centre national antituberculeux (CNAT)	93
3.7.3 La lutte contre le Sida et les MST	93
3.8 Travaux préparatoires	95
3.8.1 Un indicateur physique des conditions de vie	96
3.8.2 Fréquentation et motifs de recours	96
3.8.3 Prise en charge du coût des soins	97
3.8.4 Enquête sur les formations sanitaires	98
3.8.5 Besoins en médicaments essentiels	98
3.8.6 Recours aux soins et dépenses de santé	99
3.9 Autres aspects du projet	100
3.9.1 L'intégration des secteurs privés et parapublics	100
3.9.2 Le personnel	100
4 Modalités de mise en oeuvre du projet	101
4.1 Cadre des actions à réaliser	101
4.1.1 Le renforcement de la Direction Régionale	101
4.1.2 Le choix de la zone d'intervention	101
4.1.3 Les modalités de mise en oeuvre	102
4.2 Les moyens à mobiliser	106
4.2.1 Les ressources humaines	106

4.3 Plan d'opération	113
4.5 Modalités de gestion du projet	115
4.5.1 La direction du projet	115
4.5.2 Le suivi	116
4.5.3 Le Comité de suivi	116
4.5.4 Les évaluations	117
Annexe 1 : bibliographie	119
Annexe 2 : textes en vigueur	120
Annexe 3 : équipements sanitaires des deux communes	120
Annexe 4 : listes des besoins par unité	128
Annexe 5 : schémas et plans	144
Annexe 6 : assistance technique	148

1 LE CONTEXTE

1.1 GENERALITES SUR LA COTE D'IVOIRE

1.1.1 Situation et évolution récente

L'évolution de l'économie ivoirienne est décrite ci-dessous à l'aide de trois graphiques, dont on attend surtout qu'ils mettent le lecteur en garde contre toute interprétation trop simple du passé et toute prophétie trop assurée concernant l'avenir.

Le premier graphique utilise deux indicateurs par tête, en monnaie constante (valeur 1987 dans les deux cas) :

- le produit national brut par tête en dizaines de dollars (cette unité ayant été choisie uniquement pour obtenir deux courbes de même amplitude sur le graphique) ramené à une base 1987 par l'utilisation du déflateur le plus approprié, celui du produit national brut justement (cet indicateur est repéré par GNPC \$87/10 ; les données sont celles que publie la Banque Mondiale, Cf. [11], pp. 204-205);
- la consommation privée par tête en milliers de FCFA, obtenue en divisant la consommation privée nationale de chaque année aux prix de 1987 par la population totale de la même année (cet indicateur est repéré par CPC 1000 FCFA87; la source est la même que ci-dessus).

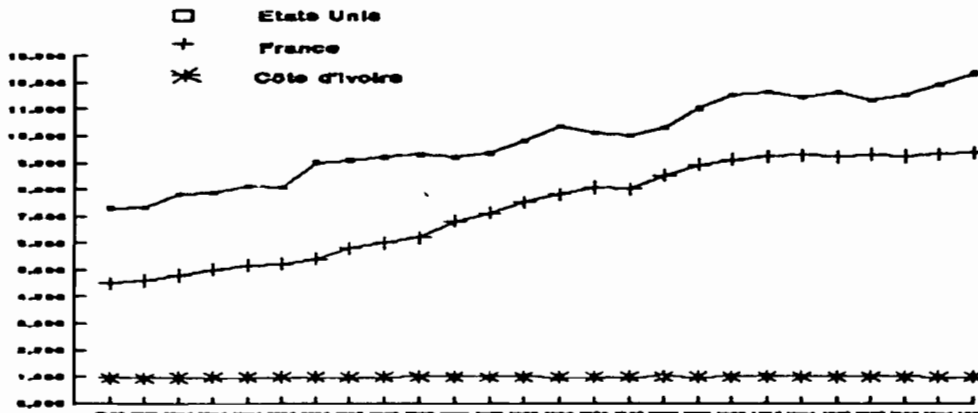
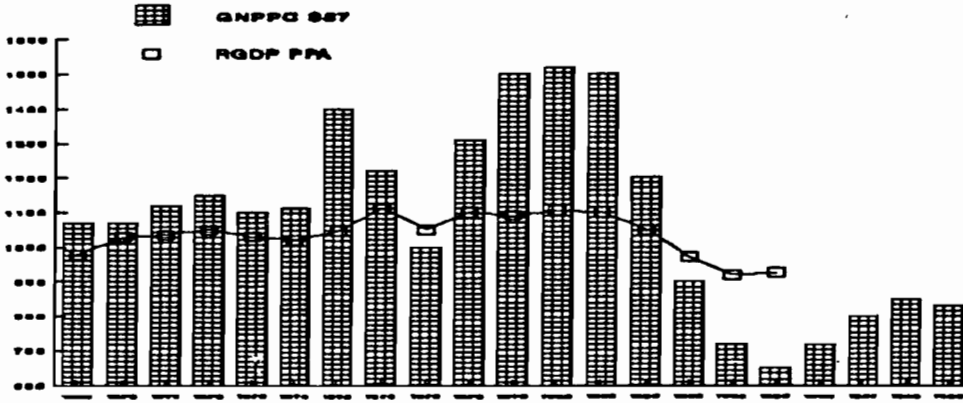
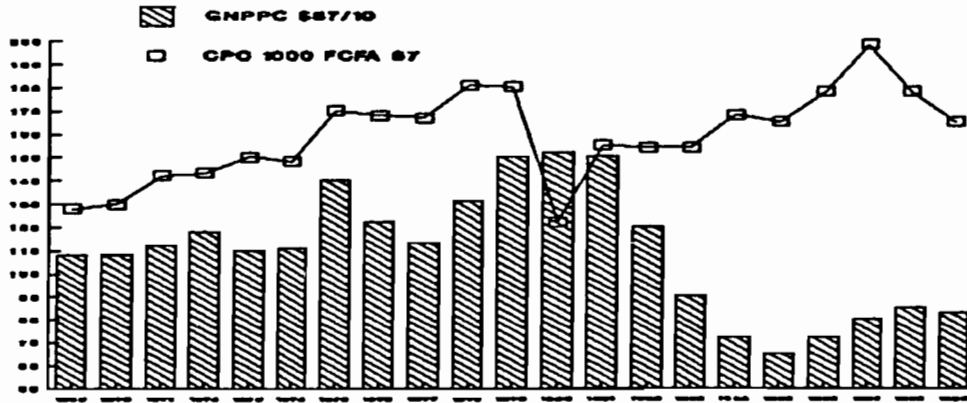
Ce graphique montre que, en ce qui concerne la production par tête, évaluée en dollars, la Côte d'Ivoire a connu une croissance irrégulière mais incontestablement rapide de 1969 à 1980, puis une chute vertigineuse de 1980 à 1985 (le produit par tête de cette dernière année n'atteint que 40% de celui de 1980!), suivie d'un très léger redressement de la situation au cours des dernières années connues (1986 à 1989). L'évaluation en dollars enregistre notamment l'effondrement du cours mondial des produits d'exportation de la Côte d'Ivoire, mais elle présente des difficultés d'interprétation bien connues des spécialistes parce qu'elle utilise simplement le taux de change entre les deux monnaies considérées.

La courbe de la consommation par tête montre que l'évolution désastreuse de la valeur de la production ne s'est pas répercutée directement et entièrement sur la consommation privée. Celle-ci a brutalement chuté dès 1979, mais elle a repris une allure rapidement ascendante de 1980 à 1987, avant de connaître une nouvelle baisse, inférieure cependant à celle de 1979-1980, entre 1987 et 1989, dernière année connue.

Le second graphique combine les informations fournies par les comptes nationaux (on reprend ici le produit national brut par tête en dollar constant 1987) à celles qui ont été rassemblées et traitées par le programme de comparaisons internationales à parité de pouvoir d'achat (et qui donne un produit domestique brut par tête en prix internationaux de 1980, noté RGDP PPA sur le graphique). Les évaluations à parité de pouvoir d'achat ont pour principal avantage de réduire les différences artificielles créées dans les comparaisons entre pays par le recours à des taux de change qui n'ont fréquemment pas grand chose à voir avec le pouvoir d'achat comparé des monnaies considérées. Lorsque toutes les quantités consommées sont évaluées aux prix internationaux de 1980, le produit domestique brut par tête de la Côte d'Ivoire apparaît remarquablement stable au cours de la période étudiée, au moins jusqu'en 1982, alors que les estimations en dollars donnent l'impression d'une croissance irrégulière mais indubitable jusqu'en 1981.

Le troisième graphique permet de situer le niveau de vie de la Côte d'Ivoire par rapport à celui des Etats-Unis et de la France, sur une période de vingt-cinq ans : on utilise pour les trois pays le même indicateur, provenant de la même source, le produit domestique par tête aux prix internationaux de 1980 (Cf. [12] tableaux 17 pour la Côte d'Ivoire, 75 pour la France et 104 pour les Etats-Unis). Comme on le voit, les écarts se sont accrus : le rapport entre Côte d'Ivoire et France était de 1 à 6

au début de la période, il est de 1 à 10 au milieu des années 1980, et le rapport entre la Côte d'Ivoire et les Etats-Unis qui était de 1 à 10 au début des années 1960 est de 1 à 13 au milieu des années 1980.



De ces graphiques, nous retiendrons essentiellement deux enseignements. D'abord, l'évolution de la situation économique de la Côte d'Ivoire, au moins pendant la période considérée, ne dépend visiblement pas que du cours de ses produits d'exportation sur les marchés mondiaux. En effet, sur les deux premiers graphiques qui donnent, à une échelle différente en ordonnée, la même série du produit national brut par tête, on remarque immédiatement qu'un premier accroc dans la croissance s'est produit dès 1976 et 1977, c'est-à-dire avant la chute des prix du café et du cacao sur les marchés mondiaux, chute qui n'est intervenue qu'entre 1977 et 1980. Et si se manifestent en 1982 et 1983 les effets de la stabilisation financière entreprise en 1980-1981, s'y ajoutent, en 1983, les conséquences d'une chute spectaculaire de la production de café, du fait de la sécheresse. Notons encore qu'en 1985, l'investissement public n'est plus que 30% de ce qu'il était en 1980, et que l'investissement privé a, lui aussi, sensiblement diminué, tout en restant aux deux tiers de ce qu'il était en 1980 (Cf. [15], pp. 9 sq.).

En second lieu, il n'y a pas eu de miracle ivoirien. Le troisième graphique montre que l'écart entre la Côte d'Ivoire et deux pays développés s'est accru. Sans doute est-il encourageant de savoir ce que l'échelle du graphique ne permet pas de constater, à savoir que le produit réel domestique par tête en prix internationaux de 1980 est passé de 743 en 1960 à plus de 1000 pour toutes les années de 1970 à 1980, ce qui est bien une croissance appréciable par rapport à ce qu'ont fait les voisins africains; mais il reste que quelques années de croissance ne suffisent ni à accumuler assez de patrimoine ni à bâtir les structures d'une économie capable de résister à un retournement de conjoncture : l'Etat qui s'est cru riche n'est plus capable d'honorer ses dettes (voir par exemple [10]), et même les particuliers qui ont bénéficié de la croissance sont dans une situation extrêmement fragile (voir par exemple [19]).

1.1.2 Perspectives pour les prochaines années

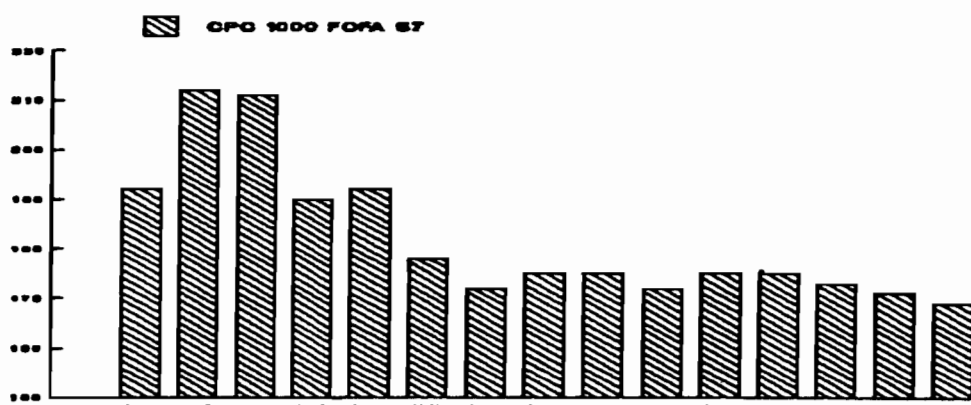
1.1.2.1 Les perspectives décrites par les modèles économiques

La mission n'a pas eu la possibilité de faire le point sur tous les travaux de prospective économique qui lui auraient été utiles pour dessiner le cadre macro-économique futur dans lequel le projet devrait s'insérer. En particulier, elle aurait souhaité obtenir plus de précisions qu'elle n'en a glanées sur la fiabilité des modèles disponibles.

L'un de ces modèles utilisé en particulier pour le cadrage du Plan de Transport d'Abidjan (Cf. [1] pp. 25-26) a été mis au point depuis une décennie par les services ivoiriens de planification. Il permet d'effectuer, par équilibres successifs, des projections liées à la préparation des budgets économiques, de la loi triennale et du plan quinquennal. En principe les résultats obtenus par ce modèle pour les premières années de la projection ont été utilisés comme valeurs d'amorçage d'un second modèle, le modèle dynamique endettement-croissance de la DCGTx (MODDCGTx) élaboré en 1987, qui a pour but d'analyser l'impact des politiques d'investissement, de mesures de politique fiscale ou budgétaire et de stratégies d'endettement sur la croissance économique et sur la situation financière du pays. Malheureusement ce dernier modèle a été élaboré par des experts en mission et il semble que personne ne sache plus aujourd'hui ni le faire fonctionner ni même décrire sa construction. On a aussi appris par la DCGTx l'existence d'un autre modèle destiné à élaborer les budgets économiques, modèle qui est bien documenté (Cf. [13]), mais dont nos interlocuteurs ne connaissent pas les résultats.

Des travaux de ce genre, il semble qu'on ne doive retenir que les projections pour les années les plus proches, et les plus pessimistes. On remarque en consultant les tableaux de résultats (Cf. [1] p. 153-156) que les variantes ne diffèrent pas par les exogènes (en particulier par les prix des produits d'exportation), mais essentiellement par la politique d'investissement du secteur public et par le taux d'investissement : dans la variante pessimiste il ne dépasse pas 10,5% alors que dans la variante optimiste il est croissant de 1990 à 2000, partant de 10% environ pour atteindre 15% en fin de période.

Le graphique ci-après donne l'évolution de la consommation par tête en milliers de FCFA 1987 d'après la variante pessimiste, qui est considérée actuellement (fin 1991) comme le mieux qu'on puisse espérer des prochaines années. On part d'environ 200.000 FCFA dans les années 1986-88 pour tomber à 175.000 environ pendant toute la décennie des années 1990.



1.1.2.3 Les perspectives d'un modèle démo-économique

Les modèles de ce genre peuvent être l'objet de discussions techniques portant par exemple sur le détail de la formulation des relations et sur les techniques d'estimations, sans mettre en cause le cadre général des hypothèses qui les sous-tendent. On évitera naturellement de poursuivre ici dans cette direction. Par contre, il semble utile de mentionner l'existence de discussions qui portent plus profond, en s'attaquant à la représentation des échanges économiques qui sont incluses dans les modèles courants.

C'est ainsi que l'économie de la Côte d'Ivoire et ses perspectives apparaissent sous un jour assez différent si on les examine sous un éclairage qui donne aux échanges ville-campagne (Cf. [14]) une place qu'ils n'ont pas dans les modèles dans lesquels cette simple mais fondamentale dichotomie est ignorée. Il est bien connu que les estimations des comptes nationaux sont dépendantes de la part des échanges qui ont une contrepartie monétaire, de sorte que la taille du marché intérieur, parfois largement non monétarisé, est minimisée. Si l'on est capable de donner de cette dernière une image plus exacte, la perspective de décroissance de la consommation privée, à laquelle on a conclu plus haut, pourrait être modifiée (Cf. [14] p. 1).

Si les conclusions diffèrent, c'est que la représentation de la réalité économique diffère aussi. Signalons deux points importants dans cette perspective.

En premier lieu, toutes les activités qui n'ont pas de trace monétaire reçoivent dans le modèle démo-économique une évaluation aussi exacte que possible. Par exemple, l'activité du secteur de la construction est estimée à une valeur quatre fois plus grande que dans les comptes nationaux (Cf. [14] p. 5). Pour l'année 1988, les activités sans trace monétaire sont chiffrées à plus de 500 milliards FCFA, qui doivent être ajoutés aux 3257 milliards des activités ayant une traduction monétaire (Cf. [14] p. 4), ce dernier chiffre étant d'ailleurs supérieur de 200 milliards environ à celui que fournissent les comptes nationaux (3070 milliards estimés, Cf. [11] p. 205).

En second lieu, comme l'évaluation des agrégats est faite, d'entrée de jeu, sur une base géographique, on connaît les dépenses séparément pour les villes et les campagnes. On peut ainsi montrer que si la crise s'est accompagnée d'une réduction importante des échanges extérieurs, les échanges sur le marché intérieur ont continué à croître dans les années 1980; qu'ils représentent en

1988 une valeur plus importante que les exportations; et que, contrairement à ce qu'on aurait pu attendre, l'économie urbaine est plus sensible aux variations des prix des cultures d'exportation que ne l'est l'économie rurale (Cf. [14] p. 7). Autrement dit, le marché intérieur est plus important que le marché extérieur pour l'économie rurale, et par conséquent "seules les zones rurales qui sont et resteront effectivement reliées à des marchés urbains croissants pourront passer de l'agriculture de subsistance, qui n'engendre aucune croissance, à une production commercialisée qui génère des revenus monétaires, de nouvelles structures de dépenses et un marché domestique pour les activités correspondantes" ([14] p.9).

Une telle révision des descriptions ordinairement utilisées entraîné une modification des perspectives macro-économiques pour la Côte d'Ivoire. Rien ne fait cependant disparaître la nécessité pour le pays de retrouver rapidement une balance des paiements équilibrée et une relative stabilité des prix par une croissance et une diversification des exportations : on ne change rien à la nécessité d'un programme d'ajustement structurel. Mais à plus long terme, "les facteurs qui influenceront le plus fondamentalement les tendances d'évolution future de l'économie ivoirienne sont le taux de croissance global de la population (y compris l'immigration) et le rythme de distribution de cette population croissante entre les régions et entre villes et campagnes" ([14] p. 16). Ce taux de croissance sera inéluctablement positif, et le problème est donc de jouer sur la distribution de la population entre régions, d'une part, entre villes et campagnes d'autre part, pour arriver aux meilleurs résultats possibles en termes de production. L'urbanisation est alors, dans une large mesure, une condition de la croissance économique : une grande partie des activités urbaines est "tirée par la demande", par exemple l'habitat privé, la fabrication de produits alimentaires, et si la demande est là, l'activité se développe et nourrit son monde.

Trois scénarios ont été étudiés grâce au modèle démo-économique dont on vient de donner une idée très sommaire. Tous trois reposent sur une croissance appréciable de la population urbaine (de 3,6% l'an dans le scénario d'urbanisation lente à 7% dans le scénario d'urbanisation rapide). Tous trois supposent par contre le même taux de croissance des cultures d'exportation. Tous trois permettent d'espérer un taux de croissance positif de la consommation par habitant entre 1988 et 2000 : dans le scénario d'urbanisation lente, le taux de croissance de la consommation réelle par tête des ruraux n'est que de 0,1% l'an, et de 0,4% l'an pour les urbains; dans le scénario d'urbanisation rapide, on atteint respectivement 0,7 et 2,2% l'an (Cf. [14] p. 20).

Il apparait donc que, même dans une projection fondée sur la prise en considération du dynamisme du marché intérieur, et donc par certains aspects optimiste, la consommation par tête des habitants de villes ne devrait pas croître beaucoup d'ici la fin du siècle. Il est vrai qu'en 1988 la dépense moyenne de l'habitant urbain est 2,4 fois celle de l'habitant rural (Cf.[14] p. 5). Mais il ne faut pas attendre beaucoup des années qui viennent.

1.2 LA SITUATION SANITAIRE

1.2.1 L'état de santé de la population

Compte tenu des insuffisances du système d'information sanitaire, il est difficile d'obtenir des données fiables sur l'état de santé de la population de Côte d'Ivoire. Les sources d'information sont multiples et fragmentaires, l'origine et la méthode d'obtention des données sont souvent imprécises, les chiffres ci-dessous, concernant la mortalité sont donc à prendre avec précaution.

Tableau 1 : indicateurs de mortalité en Côte d'Ivoire

Taux brut de mortalité.....	12,3 p. mille
Taux de mortalité infantile.....	110 p. mille
Quotient de mortalité juvénile.....	63 p. mille
Mortalité maternelle.....	> 200 p. cent mille
Espérance de vie à la naissance	55,6 ans

Source : Banque Mondiale, 1988, *Données nationales*.

Une analyse de l'évolution de ces indicateurs permet de constater leur nette amélioration au cours des 30 dernières années.

Tableau 2 : évolution des indicateurs de mortalité en Côte d'Ivoire.

		(pour mille)	Urbain	Rural
Taux brut de mortalité	1960	30		
	1988	12,3		
Taux de mortalité infantile	1965	185		
	1988	110	92	122
Quotient de mortalité juvénile	1978	85		
	1988	63	42	79
Espérance de vie à la naissance	1958		33 ans	
	1988		55,6 ans	

Cependant, lorsqu'on rapproche ces taux de ceux de pays voisins ayant un niveau économique beaucoup plus bas que celui de la Côte d'Ivoire, on doit constater que l'état de santé n'a pas bénéficié autant qu'on aurait pu l'espérer de l'enrichissement du pays.

Tableau 3 : indicateurs socio-sanitaires en Afrique de l'Ouest.

	PNB per capita usd(89)	quotient de mortalité (p. mille)		espér. de vie à la naissance.	taux de scolar. (%)
		< 1 an	< 5ans		
Mali	270	167	221,6	47,6	23
Niger	290	130,9	210,9	45,1	29
Burkina	310	135,3	195,6	47,6	31
Bénin	380	113	158,1	50,8	63
Togo	390	90,4	137,3	53,5	86,1
Sénégal	650	76,7	113,5	48,1	60
Côte d'Ivoire	790	93	143,5	52,9	70

Source : Banque Mondiale, *Social indicator of development 1990*.

Les indicateurs qui permettent de définir l'état de santé de la population d'Abidjan sont globalement meilleurs que ceux de l'ensemble de la Côte d'Ivoire. On retiendra en particulier :

Tableau 4 : indicateurs de mortalité à Abidjan.

	Abidjan	Côte d'Ivoire
Taux brut de natalité	41 p.m.	47,5 p.m.
Indice synthétique de fécondité	4,8	6,3
Taux brut de mortalité	6,9 p.m	12,3 p.m
Taux de mortalité infantile	87,2 p.m	110,0 p.m
Quotient de mortalité juvénile	36,0 p.m	63,2 p.m

Source : Banque mondiale, *Unicef*.

L'étude de la mortalité proportionnelle chez les adultes montre clairement qu'à Abidjan, la première cause de mortalité est le Sida chez les hommes et les complications obstétricales chez les femmes.

Tableau 5 : principales causes de mortalité (%) chez les adultes (âge > 14 ans, N = 698). Abidjan, 1988-89.

Causes	Hommes	femmes
SIDA	15	13
Mortalité maternelle		15
Accidents	14	7
Tuberculose (dont 50% séropositifs VIH)	11	6
Maladies gastro-intestinales	7	8
Cancers	6	10
Maladies cardio-vasculaires	6	2
Hépatopathies chroniques	5	3
Acc. cérébro-vasculaires	5	6
Méningites	5	4
Diarrhées	4	3
Homicides + suicides	4	1
Autres, infectieux	12	10
Autres, non-infectieux	9	13
Total	100%	100%

Source : Kevin De Cock et al. AIDS - The leading cause of adult death in the West African city of Abidjan, Ivory Coast. Science, 1990, (249), 793-96.

Le tableau ci-dessus présente les résultats d'une enquête par autopsie réalisée dans les morgues des deux principaux CHU d'Abidjan; 25% des cadavres étudiés provenaient de décès survenus à domicile et les résultats apparaissent représentatifs des causes de mortalité chez les adultes de la ville. Ces résultats confirment les priorités identifiées lors de la phase préliminaire du projet. La même enquête a permis aux auteurs d'estimer le taux brut de mortalité chez les adultes de la ville à 8,8 p. mille par an.

Chez les enfants, les principales causes de mortalité en pédiatrie au CHU de Treichville en 1989 étaient les suivantes :

Tableau 6 : mortalité hospitalière des enfants; CHU de Treichville, 1989.

Affections néonatales	33,2%
Anémie	21,9%
Malnutrition	11,1%
Diarrhée	11%
Affections respiratoires.....	8,9%
Méningites	4,4%
Hyperthermies	3,1%
Autres.....	6,3%

Source : service de pédiatrie du CHU de Treichville.

Les figures 1 à 3 page 14 et 15 présentent les principaux motifs de consultation dans différentes formations sanitaires de la ville. Les dispensaires du secteur de santé rurale (figure 1) sont les formations qui envoient des rapports à l'INSP et ces chiffres proviennent du système national d'information sanitaire. Chez les enfants, en plus des pathologies classiques : diarrhées, IRA (infections respiratoires aiguës), on note l'importance de la morbidité liée au paludisme, aussi bien au dispensaire que dans les CHU où elle représente près de 10% des admissions (hors néonatalogie).

Malgré la non disponibilité de statistiques fiables, il est possible de retenir un certain nombre de problèmes évoqués précédemment en tant que priorités :

- le sida, dont le taux de séropositivité a dépassé à Abidjan le seuil des 10% de la population sexuellement active et connaît une progression rapide;

- la mortalité infanto-juvénile, qui reste encore très élevée puisque près d'un enfant sur 6 décède encore avant l'âge de 5 ans, alors que les principales causes de cette mortalité sont parfaitement vulnérables;
- toute la pathologie liée à la maternité, qui se traduit par la mort de la parturiente ou par des complications parfois très invalidantes;
- la tuberculose, qui connaît depuis 2 ans une augmentation importante de son incidence (de l'ordre de 10% par an). Cette véritable explosion peut être attribuée au sida;
- le paludisme pose de difficiles problèmes dus à l'extension des résistances à la chloroquine et aux autres antipaludéens.

Autres indicateurs socio-sanitaires

Sur une population totale de 10 815 694 habitants (RGPH 1988), 6 595 159 vivaient en zone rurale (soit 61%), 4 220 525 en zone urbaine (soit 39%).

En matière de revenus, une étude réalisée par l'EPAM en 1985 a situé l'importance de la pauvreté de la façon suivante : 5,2% de pauvres à Abidjan, 60% en zone de savane, 30% pour l'ensemble de la Côte d'Ivoire.

En matière d'habitat, la majorité des ménages de Côte d'Ivoire vit encore dans des habitats de type évolutif (c'est à dire autour d'une cour traditionnelle) qui ne disposent pas toujours d'un approvisionnement en eau potable, d'un éclairage électrique, de lieux d'aisance fonctionnels. Cependant, la proportion des ménages utilisant de l'eau potable à partir d'une fontaine publique ou d'une adduction individuelle est de 96,9% en zone urbaine, 72,7% en zone rurale, 82,5% pour l'ensemble de la Côte d'Ivoire et 97% à Abidjan.

Les dispositifs d'assainissement sont encore insuffisants :

Tableau 7 : assainissement en Côte d'Ivoire

	Urbain	Rural
Fosse septique	38%	31%
Collectif	19%	0%
Latrines traditionnelles	37%	40%
Nature	6%	28%

Source: recensement général de la population 1988.

On note cependant que l'évacuation des ordures ménagères à Abidjan est effectué à 80,6% par camion.

Le taux d'alphabétisation, est de :

- 51,9% chez les hommes (72% en zone urbaine, 38% en zone rurale);
- 32,4% chez les femmes (62,1% en zone urbaine. 20,5% en zone rurale);
- soit 42,4% pour les deux sexes (67,8% en zone urbaine. 29,4% en zone rurale).

Enfin, les taux de scolarisation sont de :

- 62,6% chez les garçons (81% en milieu urbain, 51,4% en milieu rural);
- 46,2% chez les filles (60,8% en milieu urbain, 35,6% en milieu rural);
- soit 54,6% pour les deux sexes, (70,7% en milieu urbain, 44% en milieu rural).

1.2.2 La politique de santé

1.2.2.1 Etat des lieux

L'analyse du système actuellement en place en Côte d'Ivoire laisse entendre que la politique de santé s'est principalement appuyée sur la recherche d'une complémentarité entre un secteur public et un secteur privé.

En fait, il apparaît que :

- Le secteur privé a bénéficié d'une très grande liberté qui lui a permis d'occuper le maximum d'espace, sans qu'une réglementation ne semble être venue entraver son développement;
- Le secteur public a été guidé par deux pôles d'influence : d'une part un pôle "universitaire", qui s'est efforcé de mettre à la disposition de la population de Côte d'Ivoire un réseau hospitalier aussi pointu que possible, d'autre part un pôle fidèle à l'esprit des grandes endémies, qui s'est efforcé de poursuivre les principes de la médecine de masse développée dans les colonies françaises d'Afrique Noire.

L'ensemble de ce système s'est développé d'une façon qui a semblé efficace. Il est vrai que lorsqu'on visite le Centre National de Cardiologie, la clinique PISAM ou le CHU de Yopougon, on est rapidement convaincu des possibilités thérapeutiques du système de soin de la capitale. Mais, lorsqu'on analyse les indicateurs de santé, on constate que malgré sa richesse économique relative, la population de Côte d'Ivoire n'est dans son ensemble guère mieux lotie que celle des pays voisins.

On peut admettre que la responsabilité de cette situation incombe au moins en partie à l'importance de l'immigration (28% des habitants). Elle apporte un flux constant de populations qui viennent principalement du Mali et du Burkina où les conditions sanitaires sont particulièrement précaires. Elle constitue un sous prolétariat dont les caractéristiques socio-économiques et les conditions de vie contribuent au maintien des indicateurs de santé à un niveau plutôt bas.

Cependant, on ne peut négliger le faible degré de médicalisation dont souffrent les populations des zones péri-urbaines et des zones rurales; par exemple, la commune d'Abobo ne compte qu'une seule maternité pour une population de plus de 500 000 h. Malgré cela, le niveau relativement élevé de la couverture vaccinale (52% d'enfants complètement vaccinés) montre les possibilités de performance du système.

Le secteur public qui reposait quasi exclusivement sur le budget de l'Etat ne parvient plus à trouver les ressources nécessaires à son fonctionnement : les malades doivent acheter leurs produits dans les pharmacies privées de la ville, alors qu'autrefois les médicaments étaient tous fournis gratuitement par les formations sanitaires; les fournisseurs habituels des hôpitaux ne veulent plus les approvisionner tant que leurs livraisons n'auront pas été payées; le matériel qui tombe en panne ne peut plus être réparé.

Il est à préciser que le décret présidentiel n°86-449 du 25 Juin 1986 a transféré aux communes les dispensaires, centres de santé et maternité. Cependant, faute de publication des arrêtés d'application, cette mesure est restée lettre morte jusqu'à ce jour. L'esprit qui a présidé à cette décision doit être malgré tout pris en considération, car il témoigne de la volonté de décentralisation du Gouvernement de Côte d'Ivoire.

1.2.2.2 Orientations politiques actuelles

Le constat des insuffisances du système de santé de la Côte d'Ivoire a été fait par un Comité de suivi sur la valorisation des ressources humaines (Cf [5] p.3-5), qui a estimé que "la Côte d'Ivoire, pays à revenu intermédiaire (770 US \$/habitant/an en 1988) ne présente pas des indicateurs meilleurs que ceux des Etats de la sous région qui sont presque tous des pays à faible revenu"...L'efficacité externe comme interne du système sanitaire ivoirien sont donc sérieusement mis en cause et (...)

l'objectif fondamental et prioritaire à retenir pour le secteur de la santé apparaît bien être l'amélioration de l'efficacité globale du système sanitaire."

Fort de ce constat, le Gouvernement de la Côte d'Ivoire a adopté une déclaration dite "Politique de Développement des Ressources Humaines", dont l'objectif fondamental est "d'améliorer le niveau de vie et le bien-être de la population par une meilleure adéquation quantitative et qualitative entre l'offre et la demande en matière de santé, d'éducation et d'emploi" (Cf [5] p.6-8) .

Il s'agit plus précisément de :

- ▶ doter l'Etat des outils de conception et de suivi de la mise en oeuvre d'une politique de développement des ressources humaines dans le domaine de la Santé et de la protection Sociale :
 - créer un cadre institutionnel adapté : officialisation du Comité de Suivi pour la mobilisation des Ressources Humaines et de ses organes annexes, renforcement des services ministériels de planification;
 - mettre au point des mécanismes adaptés : renforcement du système de Planification-Programmation-Budgétisation, gestion par objectif, nouvelles réglementations et procédures en matière de gestion du personnel et des finances publiques, mise au point d'un système intégré d'informations sur l'offre et la demande;
- ▶ améliorer l'efficacité externe du système sanitaire et social :
 - mieux maîtriser la demande : adoption d'une politique de population basée sur la planification familiale et la régulation de l'immigration, étude des facteurs agissant sur la demande, définition des besoins essentiels et choix des priorités en accord avec les populations;
 - mieux s'adapter à la demande : application effective d'une politique de Soins de Santé Primaires, développement des programmes prioritaires de santé, ajustement des effectifs et des programmes de formation aux besoins du marché du travail et aux besoins du secteur de la santé, évaluation permanente du degré de satisfaction des usagers;
- ▶ améliorer l'efficacité interne du système sanitaire et social :
 - rationaliser l'emploi des ressources actuelles : renforcement des moyens au niveau périphériques et primaires, rééquilibrage de la couverture géographique par l'adoption d'une carte sanitaire et sociale plus rationnelle, utilisation optimale des infrastructures existantes, baisse de la part de dépenses de personnel, redéploiement des effectifs, réduction des coûts unitaires non salariaux, intégration horizontale des programmes prioritaires, organisation et contrôle du secteur privé;
 - mobilisation de ressources nouvelles : recouvrement des coûts sur les usagers, partenariat avec les collectivités locales et les communautés villageoises, participation du secteur privé non lucratif (ONG) appel à l'aide extérieure.

1.3 ABIDJAN

Sa population a été estimée en 1988 à 1 929 000 habitants, ce qui représente une densité de l'ordre de 291 h/km². Elle est composée de 38% d'étrangers (contre 28% pour la Côte d'Ivoire) dont environ 50% de burkinabés et 25% de maliens.

L'indice synthétique de fécondité à Abidjan est de 6,17 enfants par femme, alors qu'il est de 6,76 pour l'ensemble du pays. Les démographes considèrent qu'il demeurera constant jusqu'en 2008, puis baissera sous l'effet de l'urbanisation.

La ville est divisée en 10 communes, dont le noyau central est représenté par le Plateau :

- à l'Ouest du Plateau se trouve Atécoubé (163 000 h. en 1988) qui est la commune la plus pauvre d'Abidjan. Sa population y est très dense et vit dans des conditions difficiles;

- plus à l'Ouest se trouve Yopougon (374 000 h.) qui est principalement peuplée de migrants. La commune se développe sous l'action de sociétés immobilières qui aménagent les infrastructures, en leur apportant voirie, assainissement, eau potable. Cette commune, frappée de plein fouet par le chômage, devrait tirer un grand profit de l'extension du Port;
- au Nord se situe Adjamé (199 000 h.), l'un des deux "villages indigènes" de l'époque coloniale: C'est le centre où s'effectue l'essentiel du commerce en gros et où se trouve la gare routière;
- plus au Nord la commune d'Abobo (401 000 h.) est la plus peuplée et l'une des plus défavorisées de la capitale.
- à l'Est, s'étend Cocody (128 000 h.), qui a débuté son extension en 1960 et abrite la zone résidentielle d'Abidjan;
- au Sud l'île de Petit-Bassam est couverte par les trois communes: Treichville, Koumassi et Marcory. Treichville (110 000 h.) est le second "quartier indigène" de l'époque coloniale. Dominé par des maisons sur cours, son assainissement est défectueux et la densité de population y est importante. L'ensemble Koumassi-Marcory (230 000 h. et 146 000 h) pose de difficiles problèmes d'assainissement dus à la proximité de l'eau de la lagune (à 2 mètre au dessous du niveau du sol);
- Port Bouet (168 000 h.) s'étale le long du littoral à proximité de l'aéroport international d'Abidjan.

En périphérie de la ville se trouvent 5 communes satellites (qui forment avec les dix précédentes "le Grand Abidjan") :

- Anyama est en contact direct avec Abobo et est en passe d'être intégrée dans la ville;
- il en est de même de Bingerville qui jointe Cocody;
- bien qu'éloigné de 25 km, grand Bassam, capitale historique de la Côte d'Ivoire, vit en phase avec Abidjan;
- Jacquerville est coupé d'Abidjan par un bac;
- Dabou est suffisamment isolé pour garder encore une certaine indépendance.

La ville comporte 68 secteurs de quartier considérés comme "précaires", c'est à dire faits de baraques en planches et en tôles, où vivent 370 000 personnes.

L'extension de la ville se fait principalement dans les deux communes de Yopougon et d'Abobo

Malgré l'aspect de grande cité moderne qui caractérise Abidjan, l'habitat y est encore très hétérogène. En effet, la population se répartit de la façon suivante :

Tableau 8 : type d'habitat dans la ville d'Abidjan;

Haut et moyen standing	5%
Economique	17%
Evolutif (habitat sur cour)	65%
Traditionnel et spontané.....	13%

Source : DCGTx

Par ailleurs, si 67,4% des habitations sont éclairées par l'électricité, 31,4% n'ont pour toute lumière que des lampes à pétrole; 86,2% de la population d'Abidjan dispose de l'eau courante, mais 2,8% utilisent encore des bornes fontaines, tandis que 8% ne peuvent consommer que de l'eau de puits.

Les conditions d'hygiène publique sont encore précaires: l'assainissement de la ville se fait par des canaux qui vont se déverser dans la lagune (il existe un projet de création d'un grand collecteur, qui ira se jeter à 1,2 km en pleine mer, mais cela ne concerne que 30% des ménages). La moitié des habitants utilise encore des fosses que l'on fait vider périodiquement. Quant au 20% restant, ils n'ont aucun système d'assainissement et se contentent de latrines.

L'évacuation des ordures ménagères, (550 000 tonnes par an), pose également un problème difficile. Le taux de collecte par les services officiels était estimé à 80,6% mais il semble que de sérieuses difficultés sont apparues dans l'organisation du ramassage.

Les communes sont gérées de façon collégiale par un conseil municipal, qui peut comprendre 50 conseillers, comme c'est le cas à Yopougon. Elles sont coordonnées au niveau de la ville par une mairie centrale dont le maire est élu par ses collègues des 10 communes. Elle réclament d'avantage d'autonomie par rapport à leur autorité de tutelle et un transfert à leur endroit d'une partie des ressources de l'Etat. A titre d'exemple, le budget d'une commune comme Yopougon s'approchera cette année du milliard de FCFA.

Shéma 1 : les communes d'Abidjan

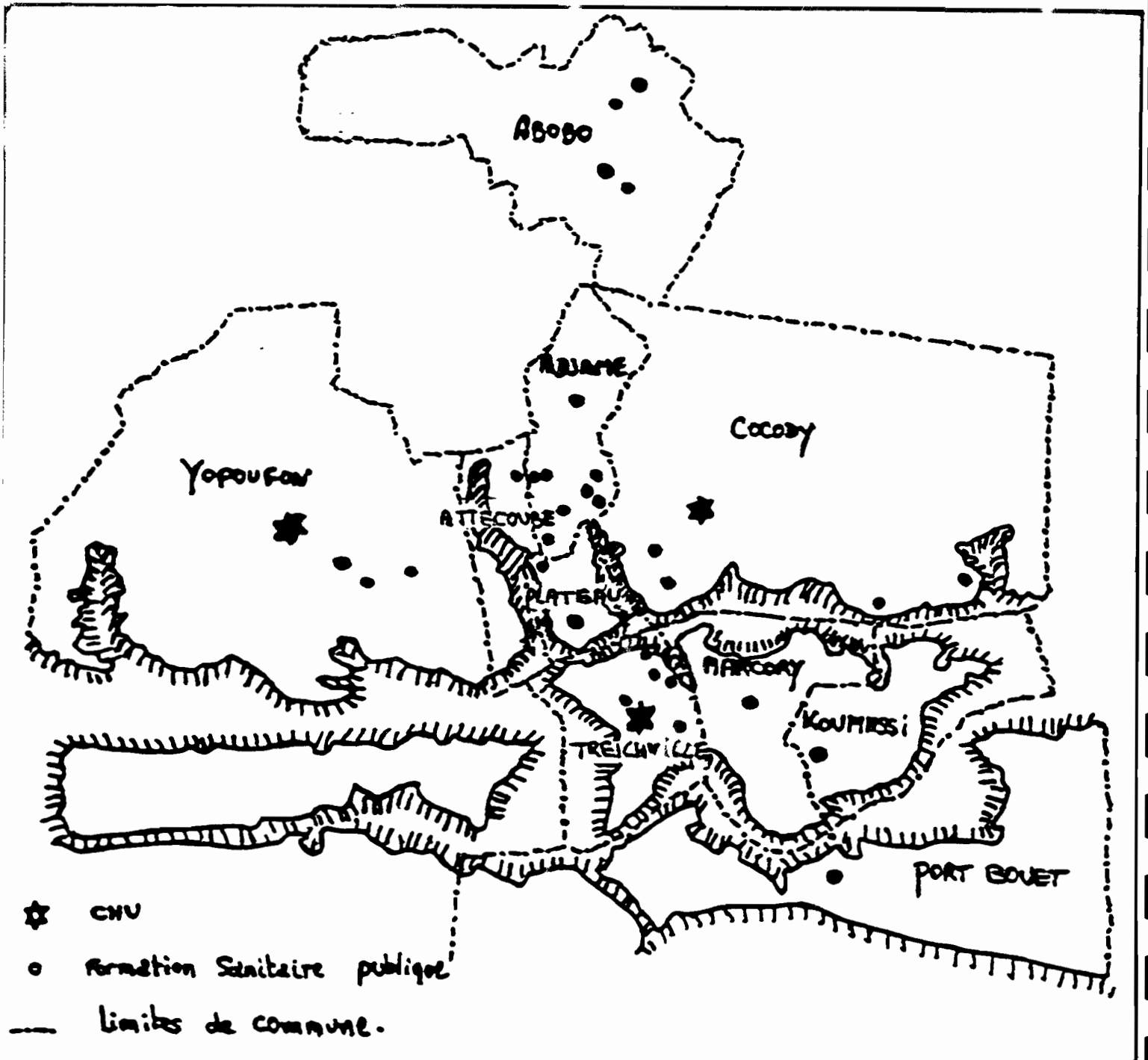


Schéma 2 : les zones d'habitat précaire à Abidjan

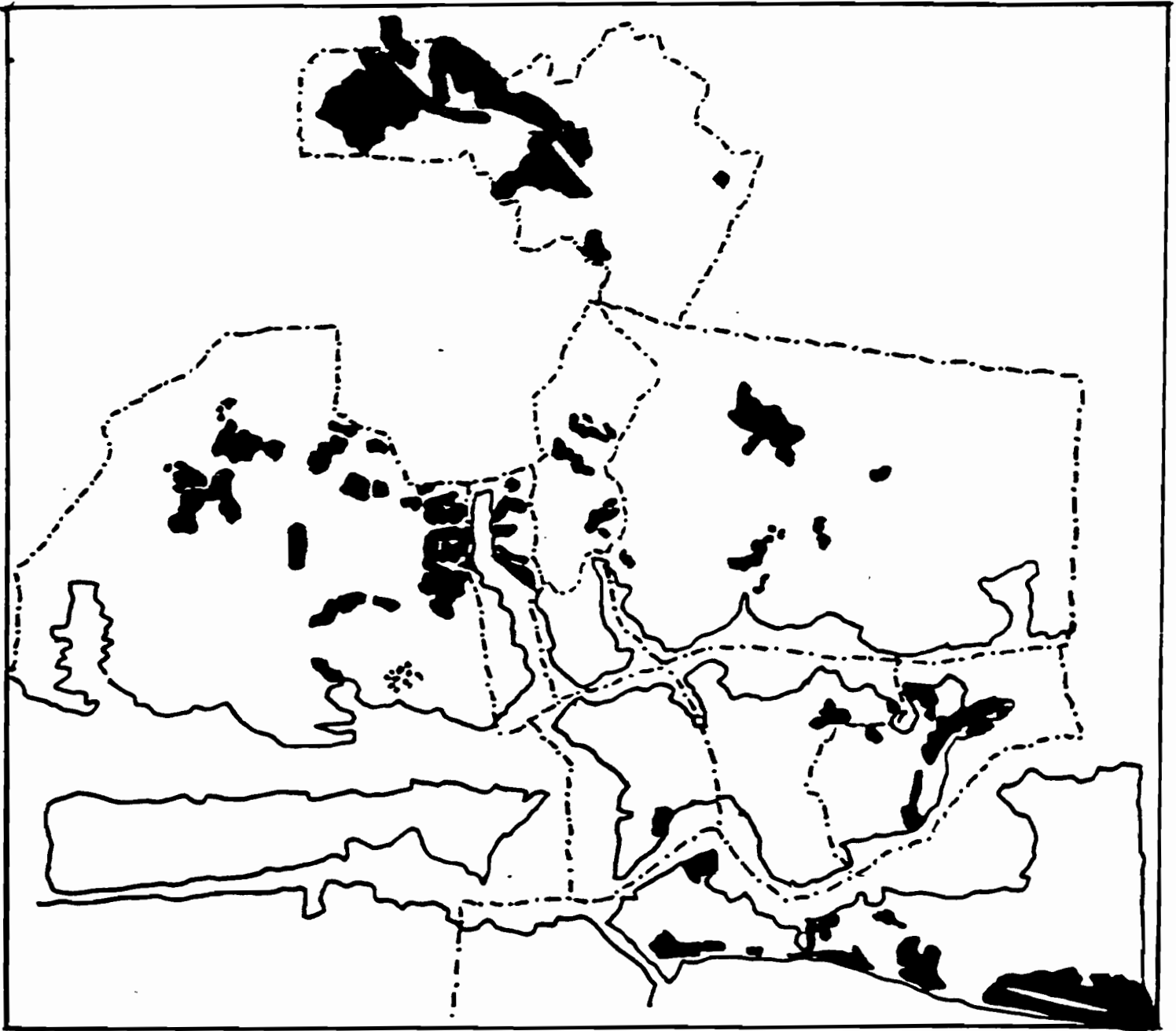
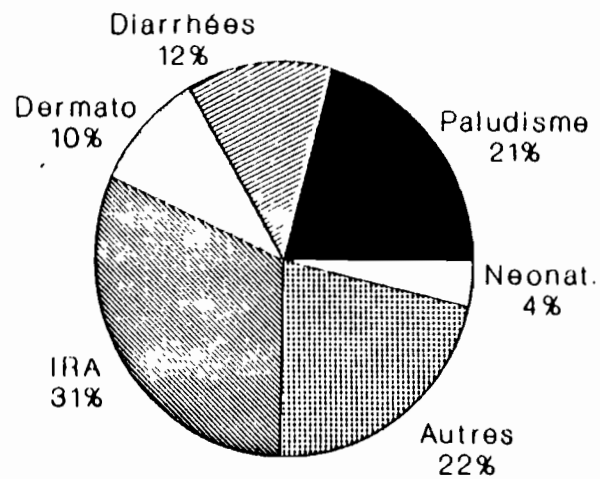
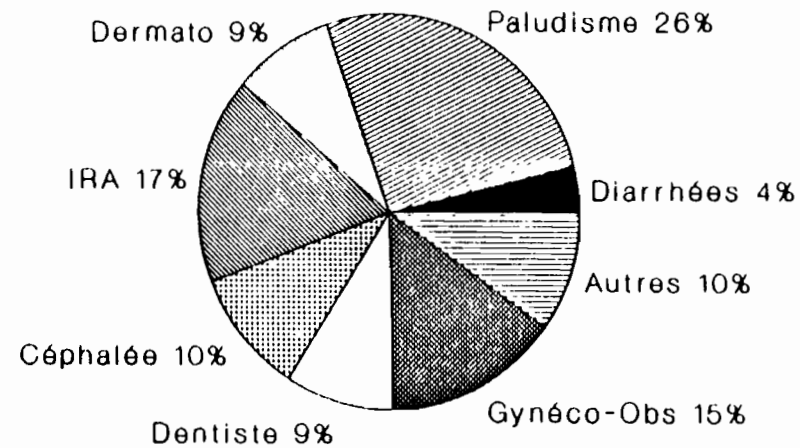


Figure 1: principaux motifs de consultation dans les dispensaires d'Abidjan notifiant à l'INSP en 1990



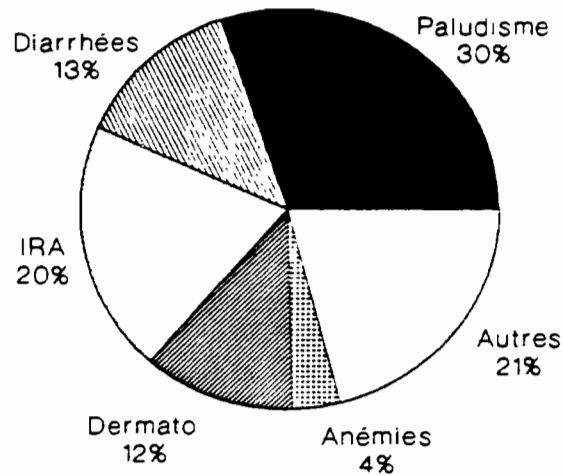
moins de 5 ans
(29224 consultations)



5 ans et plus
(1233925 consultations)

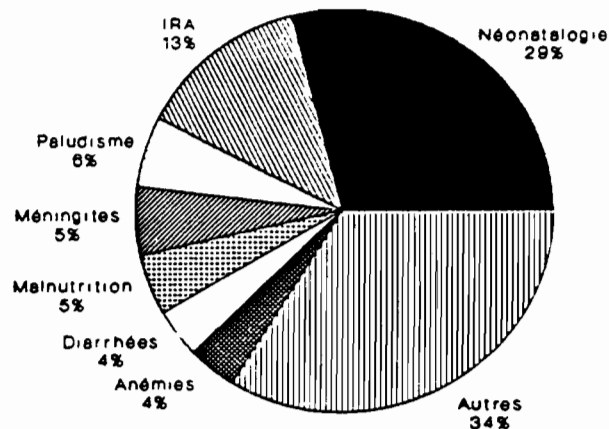
Source: INSP

Figure 2: principaux motifs de consultation pédiatrique au dispensaire d'Abobo-Nord (N=22526), Abidjan, 1990



Source: Dispensaire Abobo-Nord

Figure 3: principaux motifs d'admission en pédiatrie, CHU de Cocody (N= 5135) Abidjan, 1988



Source: CHU Cocody

1.4 LE SYSTEME DE SANTE

1.4.1 Organisation générale

1.4.1.1 Tendances générale:

Jusqu'à une période récente, le ministère de la santé était organisé autour de deux grandes directions : la direction de la médecine hospitalière et la direction de la santé publique qui s'occupait de tout ce qui était secteur rural et prévention. Chacune évoluait de façon parallèle en intervenant directement au niveau périphérique. Centralisation et verticalité constituaient leurs principes dominants.

C'est ainsi que dans une même zone donnée, se trouvaient d'une part des formations où travaillaient des médecins, dépendant directement de la direction hospitalière, d'autre part des centres de santé tenus par un personnel paramédical relevant de la direction de la santé publique et qui étaient gérés à travers un réseau de 26 secteurs de santé rurale.

Le système qui en résultait était caractérisé par :

- une très grande centralisation : tout le monde s'adressait directement au niveau central et on a pu entendre que "les directeurs nationaux étaient plus occupés à gérer des problèmes de personne qu'à concevoir et mettre en oeuvre la politique de santé du pays";
- un hospitalo-centrisme: les malades sont invités à se rendre directement dans les CHU s'il veulent être correctement soignés;
- une absence de réflexion en terme de santé publique.

Cependant, la volonté de déconcentration et de décentralisation du Gouvernement s'est également étendue au secteur de la santé et a conduit le ministère de la Santé à modifier son organisation en regroupant au niveau central, l'ensemble des directions autour d'une seule et unique direction générale de la Santé, en donnant aux grandes institutions (Instituts Nationaux, CHU) leur autonomie de gestion, et en créant, au niveau périphérique, de véritables services décentralisés : direction régionale, services départementaux, services sous préfectoraux.

1.4.1.2 Organigramme du ministère de la Santé

a) Niveau central

La direction générale de la Santé regroupe les directions suivantes :

- la direction des établissements sanitaires et sociaux qui est chargée de suivre l'ensemble des formations sanitaires. Elle comprend une sous direction des établissements publics et une sous direction des établissements privés.
- la direction des équipements chargée de suivre toutes les questions relatives aux constructions, réhabilitations ou équipement des formations sanitaires. Il semble qu'il n'y ait pas à proprement parler de plan directeur et que les décisions d'investissement soient prises par le niveau central. Cette direction a également du mal à suivre le grand nombre de chantiers qui couvrent le territoire (lors du passage de la mission il y en avait 325 en cours dont une centaine d'importants) et ne dispose que d'une équipe de 3 architectes, d'un urbaniste et de 3 ingénieurs biomédicaux. Elle peut cependant faire appel aux compétences des architectes communaux.
- la direction de l'informatique, des études et de la planification : l'une de ses missions serait de centraliser les données statistiques et de les traiter avant de les analyser ou des les répartir entre les services intéressés. Elle dispose de 2 ingénieurs statisticiens, 2 adjoints techniques des travaux statistiques et 3 ingénieurs informaticiens, mais pas d'épidémiologiste. Cette direction a demandé que son personnel soit complété par deux épidémiologistes, deux informaticiens et deux statisticiens.
- la direction des affaires financières;

- la direction des ressources humaines;
- la direction de la santé communautaire;
- la direction des services pharmaceutiques;
- la direction du développement social;
- la direction de la protection et de la promotion sociale;

b) Niveau régional

En 1985, huit directions régionales de la santé ont été créées à titre expérimental sans que leur rôle ne soit vraiment défini, ni que les moyens de travail indispensables ne leur aient été affectés (une direction régionale ne dispose que d'un crédit annuel de fonctionnement de 2 millions de FCFA).

En 1990, un décret a porté à dix le nombre de directions régionales. Les fonctions du directeur régional de la Santé en font le représentant du ministre et le correspondant privilégié de tous les directeurs centraux. Il est le chef hiérarchique de tous les services situés sur le territoire régional, participe à l'élaboration du budget santé de sa région et décide de l'affectation du personnel mis à sa disposition.

Les régions regroupent plusieurs départements (50 au total) qui seront dotés de services départementaux de la santé et de la protection sociale. Des secteurs sont prévus au niveau des sous-préfectures.

Au niveau d'un département, on distinguait deux types d'hôpitaux :

- H2 lorsqu'il y a présence de médecins, hospitalisation, laboratoire et radiologie;
- H1 qui correspond à un H2 équipé d'un bloc opératoire;
- lorsqu'il n'y a pas d'hospitalisation, mais présence d'un médecin, on parle de formations sanitaires.

La nouvelle classification établie par décret 81-814 du 11 décembre 1991 remplace la distinction H1, H2 par la notion d'hôpital général.

Ces établissements dépendent de la direction régionale de la santé.

Il existe encore 26 secteurs de santé rurale, qui résultent de l'évolution des anciens secteurs des grandes endémies. Ils devraient disparaître avec les nouveaux textes, leurs activités étant totalement intégrées au niveau des départements.

Comme tous les grands centres urbains de Côte d'Ivoire, Abidjan fait l'objet d'une communalisation, mais il n'y a pas d'organisation sanitaire spéciale pour la ville. On attend cependant les textes qui doivent régir les transferts de compétence de l'Etat aux Communes.

c) Les grands instituts

L'Institut national de santé publique (INSP) est chargé entre autre du recueil et du traitement de toutes les données fournies par les 26 bases de secteur de santé rurale. Les informations sont informatisées et traitées pour être publiées dans un bulletin de morbidité dont la parution est malheureusement suspendue depuis 1989. L'institut dispose également d'un studio audiovisuel bien équipé qui pourrait réaliser des spots télévisés.

L'Institut national d'hygiène (INH) est un établissement public national (EPN) spécialisé dans la lutte contre les maladies transmissibles. A ce titre, il est chargé :

- de l'organisation et du suivi des activités de vaccination en Côte d'Ivoire;
- de la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles;
- de la lutte contre le paludisme;
- de la surveillance des enfants sains;
- de l'hygiène publique et de la surveillance aux frontières;

► En ce qui concerne les vaccinations, il intervient dans 3 domaines :

- le Programme Elargi de Vaccination, qui jusqu'à présent a été financé à 75 % par la Côte d'Ivoire et à 25 % par l'Unicef et le Rotary International. L'INH est chargé de son organisation, de sa supervision et de son évaluation. Il lui appartient de suivre l'évolution de la couverture vaccinale et les tendances de certaines maladies cibles (coqueluche, rougeole, tétanos néonatal). En ce qui concerne la rougeole, il existe 5 centres qui jouent le rôle de postes sentinelles en milieu urbain, en fournissant des relevés hebdomadaires;
- les vaccins aux voyageurs internationaux, financés à 100 % par les bénéficiaires;
- les vaccins contre la rage, le choléra et les méningites, financés en totalité par la Côte d'Ivoire.

► En ce qui concerne les MST, l'Institut dispose en son sein d'un dispensaire antivénérien, qui effectue 12 à 16 000 consultations par an; Ce DAV sert de poste sentinelle dans le cadre de la surveillance épidémiologique de l'infection à VIH. L'Institut est appelé à jouer un rôle dans le cadre du nouveau programme national de lutte contre les MST qui doit voir le jour dans les premiers mois de l'année 1992.

► En ce qui concerne l'hygiène, l'Institut souhaite développer ses capacités de contrôle des eaux. Une clarification doit être faite entre le rôle de l'INH et celui des communes.

► La lutte contre le paludisme, est l'une des missions traditionnelles de l'INH, mais elle est pour l'instant au point mort. La direction envisage de la relancer en débutant par une étude vectorielle par zone écologique, permettant de dégager des stratégies adaptées à chaque situation.

d) Autres établissements

On doit également citer les autres formations érigées en établissements publics nationaux :

- CHU d'Abidjan (au nombre de trois);
- Institut de Cardionlogie d'Abidjan;
- Institut Raoul Follereau (Adzopé);
- Pharmacie de la Santé publique;
- CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine)
- SAMU
- Laboratoire National de la Santé Publique
- INFAS (Institut de formation des agents de la santé)
- INFS (Institut de formation sociale).

1.4.2 Le financement de la santé

1.4.2.1 Présentation du budget de l'Etat

En 1990, sur un budget de l'Etat de 648,926 milliards de FCFA, le budget de la santé a été de 38,462 milliards (soit 5,9%) représentant une dépense annuelle de 3 500 FCFA par habitant et par an.

Tableau 9 : budget de l'Etat et budget de la santé en 1990 (en milliards FCFA)

	ETAT	MSP	% santé
B.G.F	499,478	38,457	7,7%
B.S.I.E	149,448	5,662	3,8%
Total	648,926	44,119	6,8%

Source : ministère de la santé.

Le budget général de fonctionnement du ministère de la Santé se décompose de la façon suivante :

Tableau 10 : structure du budget de fonctionnement du ministère de la Santé en 1990 (en milliers de FCFA).

	hors EPN	EPN	Total	%
Personnel				
Permanent	15 938 771	5 843 910	21 782 681	56,68
Journalier	3 593 634	621 384	4 215 018	10,97
A.T	1 056 000	1 144 000	2 200 000	5,72
Sous total	20 588 405	7 609 294	28 197 699	73,37
Exploitation				
Fonctionnement	2 783 742	4 892 712	7 676 454	19,97
Abonnement	1 396 100	762 400	2 158 500	5,62
Sous total	4 179 842	5 655 112	9 834 954	25,59
Equipement	168 513	230 140	398 653	1,04
Total	24 936 760	13 494 546	38 431 306	100

(Budget hors médicaments).

Dans la ville d'Abidjan, ce budget se répartit entre les établissements de soins de la manière suivante :

Tableau 11 : budget des formations sanitaires d'Abidjan hors EPN (en FCFA).

CSU Delafosse	Treichville	9 300 000
CSU	Marcory	9 217 310
FS	Koumassi	12 800 000
CSU Nord	Cocody	13 400 000
CSU Sud	Cocody	1 950 000
CS Nord	Abobo	9 300 000
CSU Sud	Abobo	8 200 000
FS	Adjamé	16 900 000
CSU 220 logt	Adjamé	7 818 250
FSU	Attécoubé	3 700 000
FSU	Yopougon	9 500 000
Total		102 085 560

(Budget hors médicaments, salaires des fonctionnaires et eau-électricité-téléphone;
Comprend budget de fonctionnement et salaires contractuels)

1.4.2.2 Evolution du budget de l'Etat

De 1981 à 1988, le budget du MSP consacré à la santé est passé de 38,2 à 46,4 milliards de FCFA. Les économistes (Cf [7] p.23) notent que si l'accroissement des dépenses de santé "a été inférieur à celui du PIB, il a été supérieur à celui des dépenses totales de l'Etat". Il faut préciser que "le taux moyen d'accroissement naturel de ces dépenses (+ 2,8 %) a été cependant inférieur à celui de la population (+ 3,6 % pendant la période considérée)".

Tableau 12 : évolution du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat de 1981 à 1988 (en millions de FCFA)

Année	Population (milliers)	Budget Etat	Budget Santé	BS/BE %	Bud.Santé/h. en FCFA courants
1981	8 288	647 400	38 143	5,9	4 602
1982	8 586	721 600	41 462	5,8	4 829
1983	8 895	675 900	41 595	6,2	4 676
1984	9 215	670 700	38 690	5,8	4 199
1985	9 547	506 100	36 513	7,2	3 825
1986	9 891	433 600	40 907	9,4	4 136
1987	10 247	481 000	47 317	9,9	4 618
1988	10 626	637 100	46 353	7,3	4 362

Source : rapport Guimier (Cf [7])

Tableau 13 : Evolution de la part du budget Général de Fonctionnement et du Budget d'Investissement au sein du Budget annuel du ministère de la Santé (en millions de FCFA).

Année	BGF	BSIE	BUDGET MSP
1981	28 853	9 290	38 143
1982	31 574	9 888	41 462
1983	32 853	8 742	41 595
1984	30 665	8 025	38 690
1985	29 085	7 428	36 513
1986	31 441	9 466	40 907
1987	33 666	13 651	47 317
1988	36 175	10 178	46 353

Source : rapport Guimier (Cf [7])

1.4.2.3 Le recouvrement des coûts

La grande question à l'ordre du jour en Côte d'Ivoire tourne autour du problème de recouvrement des coûts. En réponse aux insuffisances croissantes des crédits de l'Etat, plusieurs expériences conduites au niveau de certaines formations sanitaires ont montré tout l'intérêt d'une telle approche.

L'expérience de tarification tentée à Abobo Nord à l'initiative de la directrice est ainsi riche d'enseignements et ouvre d'intéressantes perspectives pour le fonctionnement des formations sanitaires. Un projet de recouvrement est envisagé à la nouvelle maternité de Williamsville construite par la mairie et remise au ministère de la Santé.

D'autres expériences plus ou moins bien contrôlées ont été entreprises ici ou là, donnant lieu parfois à des abus dénoncés par la population ou par les élus locaux. L'absence de toute base juridique a conduit le ministère de la Santé à suspendre toute initiative dans ce domaine, en attendant que des textes officiels définissent les tarifs à appliquer et les modalités de recouvrement. Ceci concerne également les carnets de santé. Le ministère impose donc un respect complet des règles prévues par le droit et veut s'opposer à toute comptabilité de fait.

Les seules structures autorisées à effectuer des recettes restent à l'heure actuelle les établissements autonomes (EPIC, EPA) et les secteurs de santé rurale, qui disposent d'une régie de recettes pour les médicaments. Ils reçoivent le montant des ventes effectuées au niveau des formations périphériques et reversent les sommes recues à la PSP. Signalons également l'expérience du CHU de Yopougon qui se rapproche par contre de l'assurance maladie (le paiement d'une cotisation de 60 000 F par an donne accès aux soins à l'ensemble de la famille; l'expérience, en cours d'évaluation, ne concerne dans un premier temps qu'un nombre limité d'adhérents).

1.4.3 La carte sanitaire du secteur public

1.4.3.1 Les établissements

Le réseau sanitaire public de Côte d'Ivoire comprend 1100 formations sanitaires qui se répartissent de la façon suivante :

- ▶ 86 hôpitaux :
 - 3 CHU avec 1988 lits
 - 7 CHR avec 1943 lits
 - 20 H1 avec 2054 lits
 - 56 H2 avec 3208 lits

- ▶ 85 centres de santé urbains dont :
 - 60 dispensaires
 - 13 maternités
 - 10 centres de PMI
 - 2 hôpitaux de jour

- ▶ 26 secteurs de santé rurale regroupant :
 - 494 dispensaires
 - 227 maternités

- ▶ A cela s'ajoutent :
 - 46 services de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU)
 - 70 centres de PMI
 - 31 centres antituberculeux
 - 15 instituts spécialisés
 - 9 centres médicaux sociaux de la CNPS
 - 37 centres de médecine militaire.

1.4.3.2 Personnel

Sur un total de 7 018 agents en 1989 (hors journaliers), la fonction publique ivoirienne comprenait (Cf. [7])

- ▶ Médical :
 - 663 médecins
 - 148 pharmaciens
 - 12 chirurgiens dentistes

- ▶ Paramédical :
 - 1201 sages femmes
 - 2245 infirmiers diplômés d'Etat
 - 607 infirmiers brevetés
 - 81 agents de santé
 - 3 kinésithérapeutes
 - 99 assistantes sociales

- ▶ Autres agents :
 - 123 cadres administratifs et techniques
 - 1727 employés divers

A ces chiffres, il faut ajouter 6000 journaliers. En 1992, l'effectif total du MSPS (affaires sociales incluses) est de l'ordre de 14500 agents.

1.4.4 La carte sanitaire du secteur privé

La production de soins par le secteur privé à but lucratif repose sur des cabinets médicaux, des cabinets dentaires, des centres de soins infirmiers et des cliniques, dont certaines d'entre elles disposent d'un niveau technologique très perfectionné.

Tableau 14 : Répartition des établissements privés.

		Abidjan	Intérieur	Total
Cliniques	Nombre	26	8	34
	Nb de lits	586	70	656
Cabinets médicaux		20	4	24
Cabinets Dentaires	Nombre	27	5	32
	Nb de fauteuils	35	5	40
Officines pharmaceutiques		139	89	228
Dépôts de pharmacie		243	243	
Laboratoire d'analyse		4	0	4

Source : enquête des auteurs.

Tableau 15 : Répartition du personnel dans les établissements privés.

		Abidjan	Intérieur	Total
Médecins	Temps plein	52	12	64
	Temps partiel	115	7	122
	Total	167	19	186
Paramédicaux	Temps plein	213	27	240
	Temps partiel	49	0	49
	Total	262	27	289
Chirurgiens dentistes		33	5	38

Source : enquête des auteurs.

L'importance du temps partiel est due aux nombreux employés du secteur public qui assurent des vacances dans le privé.

A côté de ce secteur à but lucratif, se trouvent une médecine d'entreprise qui compte 77 services de soins et un secteur privé à but non lucratif qui compte 3 hôpitaux regroupant un total de 160 lits.

1.4.5 Le système d'information

1.4.5.1 Le système national d'information

a) Description

Le système national d'information sanitaire de la Côte d'Ivoire s'appuie sur le réseau des Secteurs de Santé Ruraux et sur la structure intermédiaire des Bases de Secteurs. Les données collectées par les formations périphériques sont transmises à l'Institut National de la Santé Publique (INSP) qui en assure le traitement. Une fois mise en forme, l'information est transmise pour exploitation à la direction du ministère de la Santé chargée de la Statistique.

Le département et la ville d'Abidjan sont aussi découpés en "secteurs de santé ruraux". En zone urbaine, cette appellation recouvre une organisation hiérarchique et non pas géographique : seules les formations sanitaires qui ne possèdent pas de médecin transmettent des rapports à l'INSP.

La feuille de collecte de l'INSP, ou "Rapport Mensuel de Morbidité", comporte une première partie sur les activités de la formation sanitaire : consultation curative, consultation prénatale, maternité, consultation de PMI, vaccination et laboratoire. La deuxième partie du rapport est constituée par une

grille de morbidité regroupant 135 "états morbides" classés par appareil, stratifiés par âge (4 classes) et par sexe. Cette feuille de collecte a été établie en 1983, après une enquête réalisée dans 5 dispensaires sur les diagnostics portés par les infirmiers. Il n'existe pas de définitions de cas standardisées accompagnant la grille de morbidité.

En pratique, seule la deuxième partie du rapport (données de morbidité) est remplie par les formations sanitaires. L'INSP reçoit environ 1000 rapports par mois pour l'ensemble du pays. Le traitement de ces données a été informatisé en 1984. L'analyse réalise les cumuls nationaux des cas déclarés pour chacun des 135 états morbides, et calcule la morbidité proportionnelle pour chaque formation sanitaire. Les cumuls nationaux sont disponibles par mois et par années.

Jusqu'en 1989, l'INSP a produit un bulletin épidémiologique qui avait, entre autres, une fonction de rétro-information. Ce bulletin donnait une information synthétique, sous forme de tableaux, de graphes et de cartes, sur les principaux problèmes de santé publique. Ces données de surveillance étaient complétées par des résultats d'enquêtes et des comptes-rendus de publications. La parution de ce bulletin a été interrompue pour des raisons financières. L'information sanitaire est aujourd'hui disponible uniquement sous forme de listings informatiques présentant les cumuls décrits plus haut, sans mise en forme graphique ni commentaire.

L'INSP est un organisme à vocation de recherche et de formation, dont la place dans l'organigramme du système de santé se situe hors du circuit opérationnel. L'analyse et l'exploitation de l'information sanitaire sont sous la responsabilité de l'une des Directions du ministère de la Santé, la Direction de la Planification et des Statistiques Sanitaires, récemment rebaptisée Direction de l'Informatique, des Etudes et de la Planification (DIEP). La réorganisation récente de cette structure rend difficile l'appréciation de ses activités antérieures en matière d'information sanitaire. Le document de synthèse produit annuellement par la Direction, les "Annales Sanitaires", donne la liste des formations sanitaires publiques et privées du pays, ainsi que des informations sur leur personnel, mais ne contient ni analyse des activités conduites ni information sur l'état de santé des populations.

b) Evaluation

L'évaluation du système d'information sanitaire de la Côte d'Ivoire sort du cadre de cette mission. Les points soulignés ci-dessous constituent, à notre avis, les principales faiblesses du système national dont le projet "Abidjan-Santé" devra tenir compte.

- ▶ Les objectifs du système national n'ont pas été définis. La grille de morbidité par exemple, a été élaborée pour intégrer la majorité des diagnostics portés par les cliniciens, et non pas pour répondre à des priorités de santé publique exprimées en terme de surveillance ou de planification. A un autre niveau, la pauvreté des analyses réalisées (aucun calcul de taux, pas de représentation graphique, etc.) traduit aussi cette absence d'objectifs définis.
- ▶ Le centralisme et le partage des tâches entre la DIEP et l'INSP pour l'analyse et l'exploitation des données alourdissent le fonctionnement du système et diluent les responsabilités.
- ▶ L'information disponible ne concerne que la morbidité. le domaine de la mortalité ainsi que celui des activités de santé ne sont pas abordés.
- ▶ Parmi les pathologies sous surveillance, beaucoup présentent peu d'intérêt en terme de santé publique. Par ailleurs, la représentativité de ces données, et particulièrement pour la ville d'Abidjan où les médecins ne participent pas au système, apparait très faible. On aboutit ainsi à une situation où l'on connaît le nombre de cas de ballonnements abdominaux dans la sous-préfecture de Sandégué en 1990, alors que l'on ignore l'incidence du paludisme et celle de la rougeole pour la ville d'Abidjan au cours de cette même année.

► Le recueil de données, trop compliqué, est mal accepté par le personnel de santé en périphérie. Plusieurs constatations vont dans ce sens :

- la partie concernant les indicateurs d'activité dans le rapport INSP n'est presque jamais remplie;
- chaque fois qu'une formation sanitaire change de statut, par exemple en intégrant un médecin, elle cesse de transmettre des rapports à l'INSP;
- lorsque des formations sanitaires qui ne dépendent pas des bases de secteurs présentent leurs données, elles choisissent d'elles-mêmes des listes de morbidité beaucoup plus simples (par exemple, Abobo-Nord présente les 20 principaux motifs de consultation en pédiatrie et en médecine adulte dans son rapport d'activité de 1990).

► Il n'existe pas de rétro-information, ni de diffusion de l'information sous une forme synthétique et adaptée à la prise de décision en santé publique.

► Les ressources, tant humaines que matérielles, sont limitées. La DIEP ne dispose ni de médecin de santé publique ni d'épidémiologiste. Si l'INSP possède une équipe médicale plus solide, ses moyens techniques et ses méthodes de travail ne sont pas aussi performants que l'exigerait une prise en charge dynamique de l'information sanitaire.

Tous ces aspects du système ont pour conséquence l'absence d'une réelle fonction de surveillance (alerte en cas d'événement inattendu et suivi des principaux indicateurs épidémiologiques et d'activités). Ceci est encore plus flagrant pour la ville d'Abidjan où s'ajoute le problème de la représentativité des données.

1.4.5.2 Autres sources de données sanitaires pour Abidjan

a) Les rapports des formations sanitaires

La plupart des formations produisent des rapports d'activité annuels. Le contenu de ces rapports n'est pas standardisé et leur taille varie entre 2 et 200 pages pour le même type de formation. Certains d'entre-eux contiennent quelques données de morbidité.

b) Les CHU

Beaucoup de services font réaliser à leurs étudiants des thèses sur des questions de santé publiques puisqu'il n'existe pas de données exploitables collectées en routine. La qualité méthodologique de ces travaux est bien sur variable, mais ils constituent une source intéressante de données descriptives dans de nombreux domaines.

c) L'état-civil des mairies

L'enregistrement des naissances et des décès est légalement obligatoire en Côte d'Ivoire. Les certificats de naissance sont exigés pour l'inscription des enfants dans le système scolaire et il semble que cette information soit exploitable. Le certificat de décès mentionne l'âge et le sexe de la personne. Une étude des registres de décès de la mairie de Yopougon retrouve moins de 300 décès déclarés en 1990, pour une population de 600.000 habitants. Cette sous déclaration manifeste (7800 décès attendus si l'on retient le taux de mortalité brut de 13/1000/an) rend inexploitable l'état-civil comme source de données de mortalité.

d) Les programmes verticaux

Certains programmes, organisés sur un mode plus ou moins vertical, possèdent leur propre système de collecte et d'analyse des données. C'est le cas pour les programmes de lutte contre le SIDA et la tuberculose que nous verrons plus loin.

e) L'Institut National d'Hygiène (INH)

Cet institut est chargé de la supervision du PEV en Côte d'Ivoire et donc de la surveillance des activités de vaccination et de l'épidémiologie des maladies cibles. Dans ce cadre, il coordonne sur Abidjan un système de surveillance sentinelle de la rougeole. L'INH possède aussi des données relatives à ses autres domaines d'intervention : MST, lutte contre les vecteurs, hygiène de l'eau et des aliments.

f) La Direction des Grands Travaux (DCGTx)

Cette direction possède de nombreuses informations sur la démographie, la distribution des populations de la ville, les profils socio-économiques des quartiers, les infrastructures et les équipements. Cette information, disponible sous forme de cartes, est facilement exploitable.

g) La Direction de la statistique, ministère du Plan

Cette direction est chargée du traitement des données du recensement de 1988. Aujourd'hui, seules les premières variables du questionnaire ont été analysées : taille des ménages, âge et sexe; mais ce questionnaire comporte un total de 51 items donc certains se rapportent directement aux problèmes de santé.

1.4.6 Les grands programmes

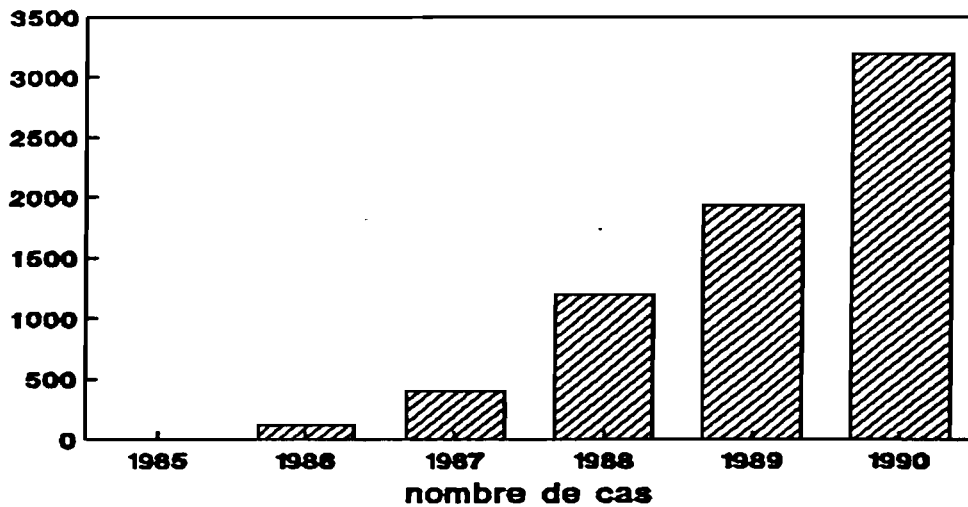
1.4.6.1 Sida

L'épidémie de Sida s'est déclarée plus tardivement en Côte d'Ivoire que dans les pays d'Afrique de l'Est et Centrale. Cependant, depuis 1985, on assiste à un développement très rapide de cette épidémie dans le pays, et particulièrement dans la ville d'Abidjan. L'une des caractéristiques de l'épidémie de Côte d'Ivoire est la présence des deux virus, VIH-1 et VIH-2.

a) Situation épidémiologique

La Côte d'Ivoire a officiellement déclaré 8297 cas de Sida (incidence cumulée) au 30 juin 1991, dont 3189 pour la seule année 1990. La progression du nombre de cas déclarés depuis 1985 est exponentielle (figure 4). Pour la ville d'Abidjan, une enquête réalisée par le projet Retro-CI à partir des admissions dans les CHU, a permis d'estimer à 3574/an le nombre minimum de nouveaux cas de Sida en 1989.

Figure 4: cas de SIDA notifiés par année en Côte d'Ivoire, 1985-1990.

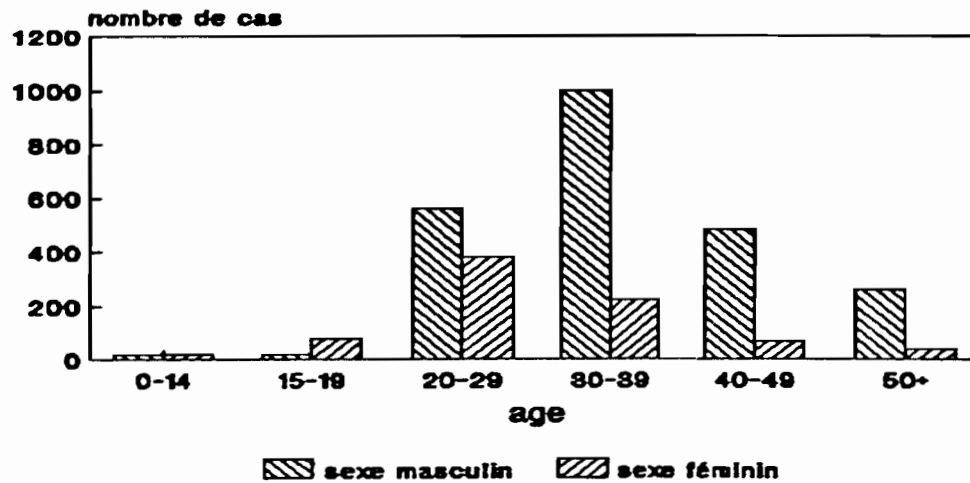


Source: BCC SIDA

Un système de surveillance du VIH par postes sentinelles existe depuis deux ans. A Abidjan, le taux de séroprévalence se situe autour de 10% dans la population générale (donneurs de sang, femmes enceintes) et est en progression rapide d'une année sur l'autre. Dans les groupes à risque, la séroprévalence du VIH est de 50% chez les prostituées, 45% chez les tuberculeux, 33% chez les porteurs de MST consultant dans les dispensaires spécialisés.

A Abidjan, le sexe-ratio H/F chez les malades était de 6/1 au début de l'épidémie, il est aujourd'hui d'environ 3/1. Chez les hommes, la tranche d'âge la plus touchée est celle des 30-39 ans, chez les femmes celle des 20-29 ans (figure 5). Ce sexe-ratio très déséquilibré, assez surprenant en Afrique, permet d'émettre des hypothèses sur la propagation de l'épidémie dans la ville et d'identifier les groupes à risque élevé de contamination. Le modèle le plus probable est celui où, dans un premier temps, les hommes viennent se contaminer auprès d'un pool restreint de jeunes femmes très infectées, avant d'être eux-mêmes responsables dans un deuxième temps de la dissémination du virus dans la population générale.

**Figure 5: cas de SIDA notifiés,
par age et par sexe, Côte d'Ivoire, 1990**



Source: BCC

Le Sida est la première cause de mortalité chez les hommes et la deuxième chez les femmes adultes de la ville. L'étude de Retro-CI sur la mortalité à Abidjan a permis d'estimer à 49/100.000/an le nombre minimum de décès dus au Sida parmi les adultes (15 ans et plus), ce nombre s'élevant à 64/100.000/an si l'on y ajoute les décès dus à la tuberculose survenant chez des malades séropositifs. La comparaison des chiffres de mortalité entre 1983 et 1988 montre une augmentation importante de la mortalité chez les adultes, cette augmentation étant maximale (+ 90%) chez les hommes âgés de 30 à 39 ans, le groupe le plus touché par l'épidémie de Sida.

Au delà de leur signification sur le plan médical, ces chiffres soulignent l'impact de l'épidémie dans la population des jeunes actifs urbains, avec les conséquences que cette situation risque d'entraîner pour le développement socio-économique du pays.

b) Programme de lutte

Le programme de lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire est défini par le Comité National et coordonné par un Bureau Central de Coordination (BCC), il s'appuie sur un Plan à Moyen Terme (PMT) sur le modèle recommandé par l'OMS. Ce plan s'articule autour des aspects suivants : épidémiologie, prise en charge des malades et des séropositifs, laboratoire et transfusion sanguine, lutte contre les MST, information-éducation-communication.

Sur le plan épidémiologique, si la déclaration des cas est très insuffisante, la séro-surveillance par réseau sentinelle en place depuis deux ans fonctionne de façon relativement satisfaisante et permet de suivre l'évolution de l'épidémie. Les études publiées par le projet américain Retro-CI des Centers for Disease Control (CDC) complètent et approfondissent cette information de routine.

La prise en charge des malades est assurée essentiellement par le service des maladies infectieuses de l'hôpital de Treichville (100 lits, 3000 admissions dont 60% de sidéens). Les capacités de prise en charge des affections opportunistes sont très limitées, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. La pénurie en médicaments a posé un problème général qui ne concernait pas uniquement le Sida. Jusqu'à la fin 1991, le service ne disposait que de quelques produits provenant de dons, et la plupart des malades devaient acheter les médicaments à l'extérieur, ainsi que le

matériel d'injection ou de pansement. La tuberculose étant la première infection opportuniste, beaucoup de malades sont aussi hospitalisés dans les services de pneumologie des CHU.

Dans la plupart des autres formations sanitaires, le personnel médical apparaît peu concerné par le problème, même chez ceux qui sont au contact d'un nombre important de séropositifs (dispensaires anti-vénériens et anti-tuberculeux) ou d'une population exposée au risque de transmission (consultations de gynécologie par exemple). La déclaration de la séropositivité au malade pose un problème au corps médical qui a tendance à fuir ses responsabilités. Il n'existe pas actuellement de structure de prise en charge des séropositifs, ni de structure de type hôpital de jour. A cause de la prévalence très importante du VIH parmi les tuberculeux (45% à Abidjan), les Centres Anti-Tuberculeux (CAT) se retrouvent peu à peu amenés à suivre en ambulatoire un nombre important de séropositifs (environ 1500 à Abidjan). Deux projets de centres pour les séropositifs sont aujourd'hui à l'étude, l'un au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) et l'autre au CHU de Treichville.

Le CNTS a été réhabilité et son équipement modernisé il y a deux ans. Il fonctionne comme une banque centrale de sang pour les hôpitaux d'Abidjan qui s'y approvisionnent chaque jour. Tous les donneurs sont testés et les séropositifs sont écartés du don du sang. Malgré cela, le risque de transmission du VIH persiste, estimé à 1/300 poches de sang, à cause de la période de séroconversion.

L'épidémie de Sida a entraîné peu de changement dans les habitudes de prescription des médecins et des chirurgiens, et les indications de transfusion ne sont pas toujours aussi strictes qu'elles devraient l'être dans ce contexte. Le CNTS a mis en place une structure d'auto-transfusion qui n'a pris en charge que 15 malades en 6 mois de fonctionnement. Les services de pédiatrie médicale sont les plus gros consommateurs de sang, essentiellement pour le traitement des anémies et des hémolyses liées au paludisme.

Des campagnes multimédia destinées au grand public ont été organisées en 1989 et en 1990 (affichages, spots radio et télé). L'impact de ces interventions, organisées au coup par coup et sans planification d'ensemble, n'a pas été évalué. Peu d'actions ont été entreprises récemment en direction du grand public, et il semble exister actuellement des problèmes d'accessibilité aux médias les plus performants (télévision en particulier).

Une ONG américaine (Population Service International), spécialisée dans le marketing social a débuté ses activités en Mars 1991, en s'appuyant sur les ressources du secteur privé. Elle envisage d'intervenir pendant 3 ou 4 ans en Côte d'Ivoire, avant de passer le relais à une ONG ivoirienne. Son principal intermédiaire est une société Ivoirienne (la SNEM ou Société Ivoirienne d'Exploitation des Marques). Elle conditionne les préservatifs par boîtes de 4 et en assure la vente au tarif de 100 FCFA sous le nom de "Prudence". Le grossiste les achète à 68,25 l'unité, le semi grossiste à 73,5 FCFA et le détaillant à 84 FCFA. Les préservatifs sont achetés 6 F sur le marché international et le prix des ventes couvre 40 à 45 % des dépenses, le reste étant couvert par une subvention de l'Usaid, via le PSI. Les ventes de préservatifs sont réalisées de 3 façons : au détail par des agents en mobylette qui font du porte à porte, directement dans le réseau pharmaceutique (40 % des ventes), ou encore dans les grandes surfaces. La promotion s'effectue par une agence de publicité, qui prépare une campagne télévisée de 5 mois (42 spots télé et 62 spots radio). Elle édite également des affiches, des portes clés, des fanions, des T-shirts, des sacs plastiques, etc... En 1990, la Côte d'Ivoire a utilisé 600 000 préservatifs. L'objectif à atteindre est de 6 millions d'unités par an. En Mars 91, 14 000 préservatifs ont été vendus contre 313 000 en août. Il est envisagé de créer une deuxième marque à partir d'un stock de 5 millions de préservatifs donnés par l'OMS.

Par ailleurs sont prévus des programmes d'information à l'égard des prostituées leaders pour encourager la vente de préservatifs aux clients.

On note la création récente d'une ONG ivoirienne appelée "Espoir". Son objectif est de développer la lutte contre le Sida au niveau communautaire par :

- l'appui aux malades et aux séropositifs;
- le développement d'actions de prévention au niveau de la jeunesse, afin de mettre à la disposition de ceux qui le désirent un service conseil;
- la formation des leaders au niveau des communautés d'Abidjan;
- la formation dans chaque centre de santé d'un ou plusieurs agents qui seront en mesure d'améliorer la prise en charge des séropositifs et les malades;
- la promotion du dépistage anonyme, volontaire et gratuit.

D'une manière générale, et malgré les différentes initiatives qui ont été évoquées, les membres de la mission ont été frappés par le large fossé qui semble exister entre l'extrême gravité de l'épidémie telle qu'elle apparaît à travers les données épidémiologiques, et la perception de cette réalité, aussi bien dans la population générale que chez le personnel de santé non directement au contact des malades.

1.4.6.2 Tuberculose

Un programme existe en Côte d'Ivoire depuis 1960. A Abidjan, il est organisé par deux Centres Anti Tuberculeux (CAT) situés à Treichville et Adjamé, et 2 centres de soins (Abobo et Koumassy). Certains quartiers très peuplés (par exemple Yopougon, 600 000 h) ne disposent pas de centre.

La stratégie du programme est la suivante : dépistage passif, diagnostic par microscopie directe, schéma thérapeutique de 6 mois (2RHZ/4RH), suivi ambulatoire, soins et médicaments gratuits financés en partie par le système des timbres anti-tuberculeux. Le traitement de la tuberculose est totalement gratuit en ce qui concerne les consultations et le dépistage. Une fois dépisté, le malade doit acheter un timbre antituberculeux dont le prix varie selon les régions. Le coût moyen du traitement d'un tuberculeux a été estimé à 26 000 FCFA (uniquement les consommables).

A Abidjan, le risque annuel d'infection (RAI) est passé de 4% en 1960 à 2% en 1990. Cette diminution est à replacer dans le contexte de l'amélioration du niveau de vie et du développement économique et social au cours de cette période. Selon le rapport d'activité de l'année 1990, l'impact du dépistage est estimé à 65%, l'impact de l'ensemble dépistage/traitement est estimé à 50%. Ces chiffres sont obtenus à partir du nombre théorique de malades de la ville, calculé à partir du RAI. Environ 10% des malades commençant le traitement sont perdus de vue. La lutte contre la tuberculose à Abidjan apparaît ainsi comme un programme bien organisé, autofinancé, disposant de stratégies adaptés et fonctionnant correctement. L'impact relativement limité peut s'expliquer par une couverture insuffisante.

Depuis deux ans, on assiste à une augmentation de l'incidence de la maladie. A Abidjan, 2900 malades ont été dépistés en 1989 et 3194 en 1990, soit une augmentation de 10%, sans que cela puisse être expliqué par une amélioration des performances du dépistage. En 1988, une enquête avait montré que 26% des tuberculeux étaient porteurs du VIH. Depuis deux ans, tous les malades sont testés et le taux de séroprévalence est passé de 33% en 1988 à 44% en 1990. L'impact de l'épidémie de Sida se répercute aussi sur la létalité de la maladie; en 1975, le taux de létalité était de 7,9% parmi les tuberculeux hospitalisés au CHU de Treichville, en 1989 il était de 18%.

Par ailleurs, de nombreux malades présentant un tableau d'altération générale avec toux viennent directement consulter dans les CAT. Certains ne sont pas des tuberculeux mais sont identifiés comme séropositifs lors du bilan d'admission. Pour ces différentes raisons, les CAT se trouvent être les institutions qui sont en contact avec le plus grand nombre de sujets infectés par le VIH (au moins 1500 nouveaux cas pour la ville d'Abidjan en 1990). L'évolution qui se dessine aujourd'hui est celle d'une épidémie commune Sida/tuberculose et cela va amener une redéfinition profonde des objectifs et des stratégies des CAT.

En ce qui concerne la lutte contre la tuberculose, deux types de problèmes ont été identifiés :

- la mauvaise couverture du programme qui, malgré un bon fonctionnement, limite son impact;
- les moyens limités du niveau central de coordination, en particulier pour le traitement de l'information et le laboratoire. Pour l'aspect tuberculose et Sida, l'absence de politique de prise en charge globale de ces malades, le manque de coordination avec les autres éléments de la lutte contre le Sida, sont ici les problèmes prioritaires.

1.4.6.3 MST

A l'inverse du Sida ou de la tuberculose, il n'existe pas actuellement de programme structuré de lutte contre les MST en Côte d'Ivoire, et on trouve peu d'informations concernant l'amplitude du problème. Pour Abidjan, les données disponibles proviennent des trois dispensaires spécialisés offrant des consultations de MST : CHU de Treichville, Institut National d'Hygiène (INH), et Institut National de la Santé Publique (INSP). L'INH qui a traité 10000 malades en 1990 est le plus gros de ces dispensaires.

Tous ces dispensaires fonctionnent essentiellement comme des consultations cliniques. Les moyens de laboratoire sont très limités (pas d'antibiogramme par exemple) et les médicaments prescrits doivent être achetés en pharmacie privée. Les consultations sont effectuées par des dermatovénérologistes, il n'y a pas de traitements standardisés. De nombreux porteurs de MST sont aussi vus dans les centres de santé généralistes, par les médecins et les infirmiers privés, ou bien ont recours à l'automédication, sans qu'il soit possible de mesurer aujourd'hui la part relative de ces différentes démarches. Il n'y a pas de réelle politique de dépistage systématique dans les formations sanitaires publiques (au cours des consultations prénatales par exemple).

La grande majorité des consultants des dispensaires spécialisés sont des hommes (9/10). Les principales pathologies sont les suivantes : 50% d'urétrites, 18% de chancroïdes (maladie de Ducrey), 2% de syphilis et 30% divers. La consultation de l'INH fait parti des postes sentinelle pour la surveillance du VIH à Abidjan depuis deux ans. Les taux de séroprévalence mesurés dans cette population (tests anonymes non corrélés) sont les suivants : en 1989, 19% pour l'ensemble de l'échantillon de consultants, 26% pour ceux avec un diagnostic confirmé de MST; en 1990, 20% pour l'ensemble de l'échantillon de consultant et 32% pour les diagnostics confirmés. Ces chiffres doivent être interprétés avec précaution, d'abord parce qu'il s'agit d'échantillons et que l'intervalle de confiance n'a pas été communiqué, ensuite parce que le recours au dispensaire spécialisé apparait comme la dernière étape d'un circuit qui commence avec l'automédication et passe par les consultations privées, ce qui fait que cette population n'est probablement pas représentative de l'ensemble des porteurs de MST.

Malgré les forts taux de séroprévalence observés parmi les consultants des dispensaires MST, il n'existe pas actuellement de politique de dépistage du VIH, ni de politique d'éducation et de prévention intégrées à ces structures. Bien que la lutte contre les MST fasse partie des objectifs du Plan à Moyen Terme de lutte contre le Sida, il s'agit d'un domaine qui n'a pas été financé ni organisé jusqu'à présent.

Au dispensaire de l'INH, le nombre annuel de consultant est passé de 16000 à 10000 au cours des cinq dernières années. Cette diminution, qui a été confirmée par d'autres centres spécialisés, est interprétée par certains comme une diminution de l'incidence des MST, obtenue grâce à l'utilisation des préservatifs. A notre avis, les données disponibles ne sont pas suffisantes pour conclure dans ce sens. Par ailleurs, cette baisse de fréquentation a été enregistrée au cours d'une période qui a vu les consultations et les médicaments devenir payants dans les dispensaires spécialisés et, en parallèle, le développement du secteur privé de la santé.

1.4.6.4 Maternité sans risque

La mortalité maternelle (décès d'une femme survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou le post partum immédiat) constitue la première cause de mortalité chez les femmes adultes à Abidjan, juste devant le Sida. Une enquête prospective réalisée par l'équipe du Pr Bohoussou (CHU Cocody) dans l'ensemble des maternités d'Abidjan en 1988 a permis d'estimer le taux annuel de mortalité maternelle à 224/100.000 naissances. Sur les 198 décès enregistrés, 190 (96%) se sont produits dans les CHU, mais à 85% chez des femmes transférées. Cette étude, ainsi que plusieurs autres, analyse les causes de ces décès. Sans rentrer ici dans le détail de ces données, il apparaît que plus de la moitié des décès surviennent au décours de l'accouchement, et que les problèmes hémorragiques en constituent la première cause suivies par les complications infectieuses (27%), des ictères (10%), les dysgravidies (5%). On retiendra aussi le nombre élevé de ruptures utérines (12% des causes obstétricales directes). D'autres études ont permis de retrouver les facteurs de risques habituellement associés à ce type de pathologie : primiparité, grande multiparité, niveau d'éducation autres facteurs socio-économiques. A cela s'ajoutent les conséquences des mauvaises conditions obstétricales sur la mortalité périnatale. Elles seraient responsables à elles seules de près de 30 % des décès avant 1 an.

Les principaux problèmes identifiés sont :

- le temps de latence entre la décision de faire une césarienne et sa réalisation. En 1970 il était de 15 mn, aujourd'hui il peut aller jusqu'à 24 et même 48 heures. L'une des raisons principales de ce délai réside dans les difficultés de financement; fort heureusement, grâce à l'introduction des médicaments sous nom générique, le prix des produits nécessaires pour effectuer une césarienne est tombé de 75 000 F à 18 000 FCFA;
- les consultations prénatales dans les maternités périphériques sont souvent inutiles; elles se limitent à la mesure de la hauteur utérine et à la recherche d'albumine sans identification de groupes à risque. Les sages femmes n'ont pas le temps de remplir leurs dossiers et dans certaines maternités, il manque de matériel (pas de pese personne, pas de doigtiers);
- soumises aux pressions des visiteurs médicaux, certaines sages femmes prescrivent des médicaments aussi inefficaces que coûteux (exemple: tot'héma, 2 ampoules par jour à 300 F par jour pendant plus d'un mois...);
- par ailleurs, il a été constaté qu'autrefois, les obstétriciens parvenaient à programmer 30 % des césariennes qu'ils réalisaient, alors qu'aujourd'hui cela concerne moins de 5 % d'entre elles. Ceci est dû au manque de performance des consultations prénatales et contribue d'une part à alourdir les taux de mortalité post opératoire, d'autre part à augmenter le coût moyen d'une césarienne.

Le niveau d'activité des maternités est particulièrement élevé : 16 379 accouchements par an à Abobo Sud, 12 068 à la maternité des 220 logements, 10 445 à Koumassi. De tels chiffres suffisent à comprendre la nature des problèmes qui se posent en matière de mortalité maternelle à Abidjan : les maternités sont insuffisamment équipées; les sages femmes sont débordées; elles n'ont pas le temps de suivre correctement chaque nouvelle parturiente qui arrive; elles travaillent dans de mauvaises conditions psychologiques.

L'association pour une maternité sans risque", animée par le professeur Bohoussou, a déjà contribué à attirer l'attention des pouvoirs publics et des médias sur la situation inacceptable de la mortalité liée à l'accouchement en Côte d'Ivoire. Elle propose que l'on ouvre un bloc opératoire dans toutes les maternités effectuant plus de 3 000 accouchements par an, c'est à dire en priorité à Yopougon (14 000 accouchements), Koumassi(13 000 accouchements), Abobo Gare (18 000 accouchements), 220 logements (12 000 accouchements). Un projet est déjà en cours de réalisation à Abobo Gare.

Les seuls problèmes que pose l'application d'une telle décision sont liés au manque de personnel qualifié que nécessite le bon fonctionnement d'un bloc. Ceci concerne moins les Gynécologues-obstétriciens, (il y a en permanence une trentaine d'étudiants en CES qui peuvent effectuer des gardes dans les maternités d'Abidjan), que les anesthésistes.

1.4.6.5 Autres problèmes

Il y a peu d'information disponible sur la santé des enfants d'Abidjan et les priorités pour cette population n'ont pas été identifiées précisément. Ce travail sera l'une des tâches de la future cellule d'épidémiologie de la DRS. La mission présente ici quelques problèmes qui devraient faire l'objet d'une attention particulière.

c) PEV et risque de rougeole

Le programme élargi de vaccination (PEV) est supervisé par l'INH. Une enquête de couverture (sondage en grappe, enfants de 12 - 23 mois) réalisée sur Abidjan en 1991 a donné les chiffres suivants: BCG-89%, DTC1-91%, DTC3-76%, Rougeole-73%, Fièvre jaune-65%, ECV-52%, enfants protégés à la naissances contre le tétanos néonatal : 55%. Le PEV a bénéficié d'un fort investissement en 1987-1988, qui n'a pas été soutenu depuis, et les taux de couverture sont en diminution par rapport aux enquêtes précédentes.

La dernière épidémie de rougeole a eu lieu en 1987, avec au moins 30 000 cas déclarés dans tout le pays. A la suite de cette épidémie, une surveillance épidémiologique a été mise en place à Abidjan, à partir des déclarations de cas hebdomadaires de 5 postes sentinelles (Abobo, Cocody, Koumassi, port Bouet et Yopougon). Ce système est coordonné par l'INH et semble fonctionner de façon satisfaisante, mis a part quelques signes faisant craindre une démotivation de certains postes entraînant une sous déclaration. Malgré cela, les données de surveillance montrent une augmentation régulière du nombre de cas depuis deux ans, indiquant qu'un nouveau pool d'enfants susceptibles est en train de se constituer, et faisant craindre une nouvelle épidémie dans les années qui viennent, car la couverture vaccinale actuelle n'est pas suffisante pour garantir un effet protecteur de masse.

Dans ce contexte, il nous paraît important de poursuivre l'effort de vaccination, et de redynamiser le système de surveillance sentinelle dont l'information devra aussi être transmise à la cellule de la DRS.

d) Paludisme

Il s'agit de la première cause de morbidité dans les dispensaires et d'un motif très fréquent d'hospitalisation (Cf figures 1 à 3). La maladie est responsable d'une létalité hospitalière estimée à 10%. Par ailleurs, le paludisme est le premier motif de transfusion en pédiatrie, avec un risque de contamination par le VIH de 1/300 (sang testé). Les domaines d'intervention pourraient porter sur l'étude des résistances, la standardisation des thérapeutiques, l'identification des zones et des populations à risque, l'étude de moyens de prévention (moustiquaires ou rideaux imprégnés, etc.)

e) Nutrition

Citée ici pour mémoire car il n'existe pas de données récentes pour la ville d'Abidjan. Les taux de malnutrition donnés par certains organismes ne sont pas toujours interprétables car sans référence des indicateurs anthropométriques, définitions de cas et méthodes d'enquêtes utilisés. Il est probable que la malnutrition ne soit pas un problème dans la population générale d'Abidjan, mais il existe peut être des groupes défavorisés où il serait utile de réaliser une enquête.

1.4.7 La formation

La Faculté de Médecine compte près de 2 000 étudiants ce qui laisse supposer qu'arriveront sur le marché du travail d'ici la fin de ce siècle 1 500 nouveaux diplômés. Si on leur ajoute les 300 étudiants qui attendent de soutenir leur thèse et si l'on estime que parmi les médecins déjà en exercice un millier seront encore en activité, on peut estimer que le nombre de médecin atteindra 3 000 en l'an 2 000, soit pour 18 millions d'habitants un ratio d'un médecin pour 6 500 habitants, contre un médecin pour 9 000 habitants actuellement.

Nombre de thèses de doctorat
soutenues à la Faculté de
Médecine d'Abidjan.

Nombre d'étudiants en médecine au cours de l'année
universitaire 1988-89 (Cf [7]).

1983-84.....	199	1ère année.....	367
1984-85.....	0	2ème année.....	271
1985-86.....	150	3ème année.....	263
1986-87.....	229	4ème année.....	157
1987-88.....	232	5ème année.....	168
		6ème année.....	120
		7ème année.....	195
		Total.....	1 541

Si l'on admet que le taux de 12,5 % se retrouve d'une année sur l'autre, d'ici l'an 2 000, se sont 1 500 nouveaux étudiants qui passeront leur thèse.

Contrairement à de nombreux avis qui estiment que le marché ne sera pas capable d'absorber autant de médecins, les membres de la mission estiment que si une régulation intervenait rapidement par l'instauration d'un numerus clausus à l'entrée des études médicales, ces effectifs pourraient être à l'origine d'un nouveau système de santé, beaucoup plus performant que le système actuel. En effet, l'expérience montre que seule une minorité de malades est traitée par des membres de la profession médicale.

La condition d'une évolution nécessitera cependant :

- un développement de la politique du médicament essentiel pour réduire le niveau global des dépenses de santé et créer des disponibilités financières pour médicaliser le système de santé;
- une répartition plus homogène des médecins sur l'ensemble du territoire, ce qui nécessitera notamment l'installation de médecins de campagne, dont certains pays voisins ont montré la faisabilité dans des conditions économiques beaucoup plus difficiles que celles de la Côte d'Ivoire;
- l'élaboration et le respect de textes réglementaires concernant les professions médicales et para-médicales.

Tout en étant conscient que l'institution d'un numerus clausus pose des problèmes de politique intérieure peu faciles à résoudre dans la conjoncture actuelle, les membres de la mission pensent que cette mesure doit être prise sans tarder car elle permettra à la fois de maîtriser à l'avenir le nombre de nouveaux diplômés, et d'améliorer la qualité de la formation.

1.4.8 L'approvisionnement pharmaceutique

La Côte d'Ivoire constitue le premier marché de médicaments d'Afrique subsaharienne, avec un chiffre de l'ordre de 40 milliards de FCFA, dont 95 % réalisés par le secteur privé. Ceci représente une dépense moyenne de 3 800 FCFA par habitant et par an.

Tous les médicaments y sont exonérés d'impôts, qu'ils soient essentiels ou non. Par contre une TVA de 25 % doit être payée sur le matériel médico-chirurgical.

1.4.8.1 Le secteur privé

Son approvisionnement est assuré par deux entreprises de distribution (Laborex et Gompoci) qui réalisent 92% des importations en valeur. Elles livrent elles-mêmes leurs produits et pratiquent le même tarif sur l'ensemble du territoire. Les ventes de détails sont assurées par 303 officines tenues par des pharmaciens et par 300 dépôts pharmaceutiques, tenus par un infirmier ou un commerçant.

L'industrie pharmaceutique se compose de trois entreprises :

- CIPHARM, qui a été constituée en 1988 par le regroupement de laboratoires français (Rhône Poulenc 26 %, Sanofi 13 %, Roussel-Uclaf 13 %), les grossistes-répartiteurs (Laborex 10 % et Gompci 10 %) et des pharmaciens ivoiriens (28 %).
- Pharmalcool, qui fabrique de l'alcool à partir de produits agricoles locaux.
- Pharmivoire, qui est encore en cours de construction et produira des solutés intraveineux.

les années récentes ont été marquées par une croissance extrêmement rapide de la consommation pharmaceutique. Il suffit de considérer le montant des importations pour s'en rendre compte. Elles sont passées, d'après la direction générale des douanes, de 12,6 milliards FCFA en 1980 à 26 en 1985 et 32 en 1986 et 1987 (Cf. [7], annexes). Ces importations portent entièrement, pour ces années là, sur des spécialités. On a peine à imaginer les raisons d'une croissance aussi rapide au cours de la dernière décennie.

Le second trait concerne la distribution des médicaments. On ne connaît pas exactement le calendrier d'installation des pharmaciens d'officine à Abidjan, mais la capitale compterait, en 1989, 57% des officines du pays (Cf. [8], p. 159). Cela correspond à une officine pour 15000 habitants, ce qui est une densité sans doute largement assez haute en milieu urbain. Trop peut-être, puisque les officines auraient le plus grand mal à conserver leur indépendance financière : la plupart d'entre elles seraient, entend-on dire, en "gérance", c'est-à-dire que leur gestion serait passée aux mains du grossiste, qui se chargerait de prélever sur les recettes ce qui lui revient, puis d'assurer le remboursement des emprunts et les autres charges, ne laissant au propriétaire que le soin de la surveillance technique des comptoirs. On ne doute pas que l'Ordre des pharmaciens aurait su rappeler quelques principes s'il avait été consulté, mais il n'est pas sûr qu'il ait été officiellement saisi et il peut donc laisser chacun de ses membres sauver ce qu'il pourra de son capital, et par les moyens qu'il jugera appropriés, seraient-ils peu conformes à la déontologie;

Pour comprendre la situation de la distribution pharmaceutique en Côte d'Ivoire, il serait des plus utile de décrire :

- le secteur de l'importation et du commerce de gros : signification économique et politique (au sens de "politique sanitaire") de la réglementation du visa et de son application; situation des deux importateurs privés (GOMPCI, qu'on dit en faillite par suite de mauvaise gestion, et Laborex, soutenu par Paribas); situation et stratégie de la PSP; état de la discussion sur le rôle des bases de secteurs de santé rurale comme grossiste et signification économique et politique (au sens précisé plus haut) des arguments invoqués;
- les liens entre les grossistes et les officines : quels sont-ils exactement? Comment respectent-ils quelques règles de bonne pratique qui pourraient être relatives à l'exercice personnel, à la propriété du capital, par exemple? Toute intervention qui prétendrait améliorer la situation de l'approvisionnement pharmaceutique sans tenir compte de ces réalités élémentaires pour l'instant mal connues des responsables de la santé publique risquera fort de n'avoir pas les effets qu'on en attendrait.

1.4.8.2 Le secteur public

Autrefois, l'Etat parvenait à assurer l'approvisionnement complet des formations sanitaires publiques en médicaments, qu'il s'agisse des CHU, des hôpitaux ou des centres de santé. Les restrictions budgétaires et l'augmentation de la consommation pharmaceutique ne le permettent plus.

C'est ainsi qu'en 1980, l'Etat accordait 3 milliards de FCFA aux achats de médicaments, et seulement 1,4 milliards FCFA en 1990. Sur cette somme, 700 millions sont donnés gratuitement pour le traitement d'affections telles que la tuberculose et la lèpre ou pour l'achat de vaccins.

De plus, la Pharmacie de Santé Publique (PSP) chargée de l'achats des produits pharmaceutiques avait de telles dettes auprès des fournisseurs qu'ils refusaient livrer. Le ministère de la Santé a donc

entrepris une importante réforme contraignant la PSP, qui à désormais le statut d'EPIC, à acheter les produits en DCI par appel d'offre sur le marché international tout en lui permettant de dégager une marge de 20% pour les frais de gestion. Les médicaments sont vendus aux malades dans les formations sanitaires publiques qui renvoient à la PSP les sommes recueillies afin d'obtenir de nouveaux produits.

Sur un marché total de plus de 35 milliards de FCFA par an, la part revenant à la PSP est 4,8 milliards (3,4 milliards par des commandes sur fonds propres et 1,4 milliards sur le budget de l'Etat). Ceci permet de maintenir un stock de l'ordre de 2 milliards de FCFA.

La PSP dispose d'un effectif relativement peu important de 80 personnes, ce qui constitue un atout majeur pour son avenir. Le Directeur Général est aidé par 6 pharmaciens. Par contre, il semble que les procédures d'appel d'offre soient encore très lourdes et nécessitent un nombre excessif de signatures.

Des listes limitatives ont été mises au point par niveau et le prix de vente au détail est fixé par un "index pharmaceutique". le tableau ci dessous compare le prix de quelques médicaments essentiels selon trois formules de vente :

Tableau 16 : comparaisons du prix du médicament suivant la formule de vente.

	UNIPAC (FOB Abidjan)	PSP (net)	OFFICINES (net)
Acide acétyl salicylique	1,6	3,8	15,9
Chloroquine	2,2	5,5	15,8
Paracétamol	3,3	6	32,4
Amoxicilline	23,4	30	188,8
Cotrimoxazole	4,5	23,3	119,6

Ce programme, possible grâce à l'appui de la CEE avec un apport de 5 milliards de FCFA, a permis d'éponger les dettes auprès des fournisseurs et de régler les nouvelles commandes.

Selon le système des médicaments essentiels en place, la PSP envoie une dotation en médicaments essentiels qui doivent être vendus selon un tarif imposé. Dans les établissements qui ne disposent pas de la personnalité morale, les sommes recueillies doivent être adressées au secteur de santé rurale où se trouve un régisseur.

Une marge minimale a été accordée aux formations périphériques sur les ventes de médicaments essentiels. Sa destination n'a pas été vraiment précisée : elle servirait à compenser les produits non commercialisés (alcool) et les pertes (mais il y a une opposition de principe à ce que les ventes de médicaments servent à financer le fonctionnement des formations sanitaires).

En principe, la PSP devrait pouvoir assurer l'approvisionnement des organismes à but non lucratifs, à condition qu'ils achètent au comptant selon une programmation connue à l'avance.

1.5 LES PARTENAIRES

1.5.1 La Banque Mondiale

La Banque apporte un appui au programme de valorisation des ressources humaines de la Côte d'Ivoire sous forme d'un prêt de 125 millions de dollars US (remboursable en 20 ans dont 5 ans de différé) et d'un crédit IDA de 25 millions de dollars (remboursable en 35 ans dont 10 ans de différé d'amortissement) pour la période 1991-1995. Ce programme concerne l'éducation, l'emploi, la santé et la population.

La composante santé-population apportera un soutien au Gouvernement pour mener les actions suivantes :

- instaurer un système de opérationnel d'orientation des patients en mettant l'accent sur les soins de santé primaires, de sorte que la part des dépenses consacrées à ce niveau d'intervention passe de 35% en 1990 à 42% en 1995);
- recruter des effectifs et déployer les personnels pour augmenter le ratio paramédical/médecin et réduire les disparités géographiques et fonctionnelles;
- accroître la part non salariale des dépenses de santé (passer de 23% en 91 à 44% en 1995);
- mettre en place un système global de recouvrement des coûts des soins curatifs;
- mettre en place des mesures concrètes pour diminuer le coût des médicaments;
- développer et mettre en place un programme de planification familiale.

Parmi les conditionnalités pour le déblocage des fonds, on retiendra la définition d'un cadre réglementaire applicable au marché du médicament, et l'adoption des mesures administratives et législatives visant au recouvrement des coûts pour les médicaments et pour les interventions médicales dans le système de santé publique.

1.5.2 L'UNICEF

La contribution de l'Unicef au programme d'action sanitaire de la Côte d'Ivoire pour la période 1992-1996 sera de 2,91 millions de dollars US sur les ressources générales. Une autre enveloppe de 3,85 millions de dollars US sera recherchée sur le chapitre des ressources supplémentaires.

L'Unicef envisage d'intervenir dans domaines suivants :

- la santé
- l'éducation
- les enfants de la rue (notamment à Abidjan)
- la mobilisation sociale.

L'objectif du programme est d'améliorer la santé et les conditions de vie des couches les plus vulnérables de la population, notamment les femmes et les enfants. En ce qui concerne la santé, le premier aspect du projet concerne le développement du système de santé communautaire inspiré des principes de l'Initiative de Bamako. Le deuxième aspect consiste en un appui au programme élargi de vaccination et au programme de lutte contre les maladies diarrhéiques.

1.5.3 L'OMS

L'OMS a prévu une somme de 1,3 millions de dollars US pour la période 1992-1993. Les financements correspondent aux rubriques habituelles d'AFROPOC (bourses, séminaires, missions diverses, etc).

1.5.4 La CEE

La CEE est intervenue dans le domaine du médicaments sous forme d'aide budgétaire s'inscrivant dans le cadre de l'ajustement sectoriel. Cet appui qui comporte également une assistance technique, a permis d'éponger les arriérés de la PSP et de payer les factures courantes auprès de ses fournisseurs, après avoir vérifié que certains engagements du Ministère de la Santé ont bien été remplis.

La CEE envisage d'aider le ministère de la Santé pour la poursuite du PEV.

Ses interventions pourraient également concerner, à travers des projets :

- le soutien à la direction administrative et financière du ministère;
- l'appui à la décentralisation, en soutenant la mise en place et le fonctionnement des directions régionales de la Santé;
- la fourniture de vaccins et de gaz pour la chaîne de froid dans le cadre du PEV;
- le soutien aux services de base des régions les plus défavorisées.

Le programme indicatif 1992-1996 a prévu un montant total de 9 millions d'écu pour la santé et une participation de 15,9 millions d'écu au projet "Ressources humaines" de la Banque Mondiale.

Pour l'année 1992, ont été programmés :

- 5,5 milliards de FCFA d'aide budgétaire
- 3 milliards de FCFA pour le financements de projets.

La CEE va intervenir pendant 3 ans dans les villes de la côte (y compris d'Abidjan), pour assainir la situation financière des formations sanitaires à l'exception des CHU.

1.5.5 L'Usaid

Le projet USAID a pour but d'améliorer le bien-être de la population de Côte d'Ivoire tout en réduisant le taux de croissance démographique. L'enveloppe globale actuellement disponible est de 20 millions de dollars pour une période de 5 ans (1992-1996).

Ses objectifs sont de :

- réduire la transmission du virus du sida,
- augmenter l'utilisation des services relatifs à la contraception,
- augmenter la survie de la mère et de l'enfant.

Il comprend 3 composantes :

- la planification familiale,
- la prévention du sida/vih,
- la survie de l'enfant et la santé maternelle.

Auxquelles s'ajoutent :

- le marketing social des contraceptifs,
- l'assistance technique pour l'ensemble du projet.

Il s'appuie par ailleurs sur le secteur privé pour la planification familiale et la lutte contre le sida et sur le secteur public pour les interventions relatives à la survie de l'enfant et à la santé maternelle.

C'est ainsi que l'Usaid va :

- d'une part, assurer le financement de PSI (Population Service International), une ONG américaine spécialisée dans le marketing social;
- d'autre part, soutenir l'association "espoir", qui se propose de développer la lutte contre le Sida au niveau communautaire (aide aux malades et aux séropositifs, promotion des actions de prévention au niveau de la jeunesse).

La contribution financière de l'Usaid a été programmée sur 5 ans (de 1992 à 1996) selon la répartition suivante (en milliers d'US \$) :

Tableau 17 : financements du projet santé USAID de 1992 à 1996 (en millions de dollars US).

	Côte d'Ivoire	USAID
Planification familiale (privé)		8,060
Planification familiale (public)	1,235	
cliniques MSPS		1,349
cellule PF-MSPS		0,274
Marketing social des préservatifs	1,550	
vente de préservatifs		0,966
mass média		1,415
Lutte contre le sida (privé)		2,009
Lutte contre le Sida-(public)	0,221	0,859
Santé infantile	3,480	2,044
Santé maternelle	0,675	1,711
Gestion du projet	0,126	2,432
Total	8,506	19,9

Source : USAID

1.5.6 L'Italie

L'Italie avait en projet la création d'un hôpital de jour au plateau sur crédit fournisseur d'un montant de 4 milliards de FCFA. Il semble que les impératifs de l'ajustement aient eu raison de cette initiative.

1.5.7 Le Canada

Le Canada a accordé un crédit de 1,5 millions de dollars canadiens pour appuyer le programme à moyen terme de lutte contre le Sida.

Il comprend 4 rubriques :

- un volet IEC, destiné à la formation des enseignants et à la réalisation d'activités éducatives dans l'enseignement primaire, l'enseignement secondaire et la formation professionnelle;
- un volet d'appui au Bureau Central de Coordination de la lutte contre le Sida;
- un volet d'appui à la surveillance épidémiologique en accord avec l'USAID (il est prévu de couvrir 9 régions);
- un volet d'appui à la ville de Dabou, comprenant la construction d'un centre d'accueil pour sidéens au sein de l'hôpital protestant (4,5 millions de FCFA) et un appui au Comité local de lutte contre le Sida.

Un contrat a été signé avec l'Université de Laval pour un appui technique dans le domaine de l'épidémiologie.

1.5.8 L'Allemagne

La contribution Allemande s'effectue par l'intermédiaire de la KfW, qui accorde à la Côte d'Ivoire des prêts remboursables sur 50 ans avec 10 ans de différé, à un taux de 0,075%.

Deux projets parallèles sont actuellement en cours d'exécution, dont l'objectif fondamental est d'améliorer la santé de base dans les zones défavorisées.

Ces projets concernent la réhabilitation de 300 centres de santé de base et 14 hôpitaux (H1 et H2), situés dans les zones plus défavorisées de Côte d'Ivoire. Le montant total du prêt est de l'ordre de 3 milliards de FCFA.

Le projet a été confié à une cellule d'exécution au sein du ministère de la Santé, qui regroupe un architecte, un conducteur de travaux, un médecin de santé publique et un ingénieur de maintenance et d'un administrateur. Cette cellule travaille en liaison étroite avec la DCGTX, dont une unité suit l'ensemble des activités relatives aux infrastructures socio-sanitaires.

1.5.9 La BAD

La Bad a élaboré un projet complémentaire de celui de la KfW, qui concerne la rénovation de 21 hôpitaux. Son apport financier est de 4,3 milliards de FCFA pour la période 1992-1994.

1.5.10 Le Japon

Apporte un équipement médico-chirurgical pour un montant total de 1,6 milliards de FCFA, qui sera surtout réparti entre les secteurs de santé rurale qui ne seront pas concernés par le projet BAD. Sont prévus 7 H1, 5 H2, 15 bases de secteur, ainsi qu'un centre spécialisé à Yamoussoukro. Les équipements porteront sur du matériel médico-chirurgical et des véhicules.

1.5.11 L'Espagne

L'Espagne a proposé un prêt de 7 à 8 milliards de FCFA pour réhabiliter les bâtiments et compléter l'équipement du CHU de Treichville (2% de taux d'intérêt, 10 ans de différé).

1.5.12 Mercy ship

Il s'agit d'une ONG confessionnelle qui propose de construire un bloc opératoire dans la formation sanitaire d'Abobo Sud. Elle apportera dans un navire l'ensemble des matériaux nécessaires à la construction, à l'exception du sable et du gravier. Le démarrage des travaux était prévu en Novembre 91.

2. LES CONTRAINTES DU PROJET

2.1 FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE A ABIDJAN

Les données recueillies par la mission ne permettent pas de parvenir à une idée précise du niveau de la fréquentation des formations sanitaires de l'agglomération d'Abidjan. Les données citées ci-dessous le sont sous toutes réserves, et faute de mieux : on espère qu'elles donnent un ordre de grandeur acceptable.

Un tableau manuscrit remis à la mission par un conseiller du ministère fournit les chiffres ci-dessous pour les consultations curatives générales (on exclut les consultations d'ORL, ophtalmologie et odontologie, de même que les prénatales) :

Tableau 18 : activités des formations sanitaires urbaines d'Abidjan en 1990 (en nombre de consultations curatives générales).

CSU Delafosse à Treichville.....	30 948
CSU Marcory.....	118 047
FSU Koumassi	114 676
CSU Cocody Nord	25 203
CSU Cocody Sud	23 176
CSU Abobo Nord.....	40 664
CSU Abobo Sud	187 394
FSU Adjamé.....	29 890
FSU Attecoubé	5 000
FSU Yopougon.....	78 061

Ces données permettent d'estimer à 650.000 le nombre annuel de consultations dans les formations sanitaires publiques citées.

A cela, on doit ajouter les consultations données par les trois centres médico-sociaux de la CNPS. Là encore, on ne retient que les consultations curatives. Les chiffres disponibles pour les 12 mois d'octobre 1990 à septembre 1991 traduisent une diminution de la fréquentation des non assurés (qui doivent payer depuis octobre 1990 un "ticket contributif"), mais aussi de celle des assurés (la raison est ici moins évidente). Les ordres de grandeur de la dernière année sont les suivants :

CMS Yopougon.....	110.000	
CMS Adjamé	70.000	(90.000 l'année d'avant)
CMS Treichville	18.000	(40.000 l'année d'avant)

ce qui fait un total arrondi à 200.000 consultations.

Par rapport aux chiffres qui viennent d'être cités, ceux qui concernent les CHU sont sans doute faibles. Nous n'avons pu disposer d'aucun rapport d'activité pour les CHU de Yopougon ou de Treich-ville. Dans le rapport d'activité du CHU de Cocody pour l'année 1990, l'administration de l'établissement semble incapable de décrire l'activité des services, et elle laisse les chefs de service livrer telle ou telle donnée, dont on ne sait ni comment elle est collectée, ni comment elle est définie. Si l'on s'en tient aux consultations de médecine générale, elles auraient été au nombre de 6772 (p. 131) ; celles de pédiatrie sont encore moins nombreuses (5390, p. 200), mais celles de gynécologie-obstétrique beaucoup plus (30107, p. 277) ; comme on ne sait rien de la proportion des malades qui ont été adressés par un confrère (donc rien du rôle de référence que jouerait la consultation hospitalière), on est en droit de considérer que ces chiffres s'ajoutent simplement à ceux qui concernent les formations périphériques, mais alors ils sont négligeables.

Si l'on juge de la fréquentation d'après l'activité des formations publiques, il faut donc admettre que la population d'Abidjan a moins de 0,5 contact par habitant et par an avec les services de santé. Comme on ne sait rien du nombre moyen de contacts par personne s'étant adressée une fois au

moins aux services de santé, on ne sait pas combien de personnes physiques ont eu recours aux soins des formations publiques considérées; mais ce nombre, rapporté à l'effectif des habitants, est certainement inférieur à 0,5 par an.

Certains groupes particuliers ont évidemment une fréquentation beaucoup plus élevée. Ainsi, les documents aimablement préparés pour la mission par la Mutuelle générale des fonctionnaires montrent que, pour cette catégorie socio-professionnelle, on doit compter plus d'un achat par bénéficiaire (adhérent ou ayant-droit) et par an : pendant les dix premiers mois de l'année 1991, plus de 500.000 bons ont donné lieu à un versement à Abidjan (ce qui doit correspondre à environ 600.000 bons pour une année pleine), alors que la mutuelle estime protéger environ 325.000 personnes sur le plan national, dont en ordre de grandeur la moitié à Abidjan. Qu'il y ait presque quatre bons payés à Abidjan par personne protégée peut signifier qu'il y a presque quatre contacts par personne protégée et par année avec les services de santé (publics ou privés), sauf si plusieurs bons sont délivrés à l'occasion d'un seul contact (ce qui n'est pas impossible : la prise en charge utilisée par la MUGEF ne compte que quatre lignes pour la prescription de médicaments, et il est plus que probable que certains prescripteurs se trouvent offensés par cette limitation) ou si un nombre important des bons payés à Abidjan le sont pour des bénéficiaires résidant hors de la capitale (ce qui est certainement le cas; on tentera de faire préciser l'ampleur de ce phénomène). Mais même s'il y avait en moyenne 2 bons par contact, la fréquentation des bénéficiaires de la MUGEF serait encore le quadruple de celle de la population générale. Mais ces bénéficiaires ne représentent que moins de 10% de la population de la capitale ivoirienne.

Les "consommateurs" bénéficiaires de ces bons sont au nombre de 150.000 environ, ce qui signifie qu'il y a presque autant de nouveaux cas (de malades) en dix mois que de bénéficiaires de la MUGEF résidant à Abidjan, et que chaque malade aura bénéficié en moyenne de trois bons en dix mois (en pratique trois ordonnances, car les bons de lunetterie ou de dentisterie ne représentent que 2% du nombre total de bons, mais ils sont plus coûteux), éventuellement pour des épisodes morbides différents. Notons encore que la MUGEF aura versé en moyenne 4600 FCFA par bon, soit environ 13500 FCFA par malade sur dix mois; et, comme elle ne prend en charge que 70% du coût des médicaments, la dépense de médicament aura été au total de l'ordre de 20.000 FCFA par malade; on espère mettre à jour ces chiffres dans quelques mois, en utilisant les résultats de l'année complète.

Il existe cependant, pour l'année 1985, une autre estimation du recours aux soins, par l'enquête sur les conditions de vie organisée par la Banque Mondiale (Cf. [15]). Malgré les objections qui ont été faites à cette enquête, et sur lesquelles on reviendra rapidement dans une section suivante, il est nécessaire d'en présenter les résultats concernant la santé.

La question était posée de savoir qui avait été malade dans le mois précédent, combien avait duré l'arrêt de travail si la maladie avait entraîné une interruption d'activité, et qui avait été consulté (qualification et secteur : public ou privé). Dans l'exploitation de cette enquête, on définit une ligne de pauvreté qui est placée au niveau de revenu qui est le plafond pour les 30% les plus pauvres, soit 96560 FCFA par personne et par an aux prix de 1985 (ce niveau est légèrement inférieur à la moitié de la dépense moyenne : 47,6%); une ligne d'extrême pauvreté correspond à la dépense plafond pour les 10% les plus pauvres, soit 53000 FCFA (Cf. [15] p. 14). Sur 2458 personnes de l'échantillon à Abidjan, on ne compte que 127 pauvres, soit 5,2% (Cf. [15] p. 17).

D'après cette enquête (Cf. [15] p. 26), le pourcentage d'individus malades au cours des 28 derniers jours est à Abidjan de 19,7% chez les pauvres et de 29,3% dans l'ensemble de la population de la capitale (ces chiffres sont l'un et l'autre plus faibles que ceux qui valent pour les autres régions ou pour l'ensemble de pays). La durée moyenne de la maladie pour les individus malades est de 10,4 jours à Abidjan (peut-être un peu supérieure pour les pauvres, mais l'effectif est très faible); le nombre de jours d'inactivité, pour ceux qui ont signalé que la maladie avait entraîné l'inactivité, est de 7,9 jours à Abidjan (et de 9,5 pour l'ensemble du pays).

Le pourcentage parmi les individus malades de ceux qui ont consulté un personnel de santé est de 61,9% à Abidjan (contre 51,5% pour l'ensemble du pays); il est possible que ce pourcentage soit plus fort à Abidjan pour les pauvres que pour l'ensemble de la population (68%, mais l'effectif est faible); au niveau national, seulement 42,5% des malades pauvres ont fait appel au personnel de

santé. La répartition des recours des malades d'Abidjan, d'une part, de l'ensemble de pays, d'autre part, est la suivante (Cf. [15], p. 27) :

Tableau 19 : recours aux personnels de santé en cas d'épisode de maladie.

	Abidjan		Ensemble	
médecin	258	35,8%	674	16,7%
personnel infirmier	174	24,2%	1203	29,9%
autres	14	1,9%	195	4,9%
néant	274	38,1%	1948	48,5%
Total	720		4020	

Source : enquête Banque Mondiale sur les conditions de vie.

Si ces chiffres concernent bien les 28 jours précédant l'enquête, et s'il n'y a pas de variations saisonnières très importantes (ce qui est, hélas, peu probable), il y aurait à Abidjan $258 + 174 = 432$ recours à du personnel de santé qualifié, par mois, pour 2458 personnes; soit 5184 recours dans l'année, et un nombre moyen de contacts par personne et par an de l'ordre de 2.

Selon la situation de pauvreté, on a les résultats suivants :

Tableau 20 : recours aux personnels de santé en cas de maladie en fonction du statut économique.

	Extrêmement pauvres		Pauvres		Ensemble	
médecin	9	2,8%	52	4,6%	664	16,7%
pers. infirmier	96	30,3%	345	31,2%	1187	29,9%
autres	20	16,3%	73	6,6%	193	4,9%
néant	193	60,6%	637	57,6%	1929	48,6%
total	318		1107		4020	

Source : enquête Banque Mondiale sur les conditions de vie.

Donc il y a un grave problème de non consultation par les pauvres; mais "si une consultation a lieu, il y a autant de chances pour les pauvres et les non-pauvres que ce soit auprès d'un médecin ou d'un membre du personnel infirmier".

Sur les 720 cas de maladie déclarés dans l'échantillon d'Abidjan, 446 ont entraîné un recours, dont 97 sont des recours à l'hôpital, 226 des recours au dispensaire, et 123 des recours à une autre institution. Le recours à l'hôpital est plus fréquent dans les régions (Cf. [15], p. 27). Par ailleurs, lorsqu'il y a recours, le recours à l'hôpital est d'autant plus fréquent qu'on est moins pauvre, et le recours au dispensaire d'autant plus fréquent qu'on est plus pauvre, comme le montre le tableau suivant :

Tableau 21 : répartition des recours entre l'hôpital, le dispensaire et les autres lieux selon le niveau de pauvreté (en %).

	Extrêmement pauvres	Pauvres	Ensemble
Hôpital	19,2	23,6	34,6
Dispensaire	64,0	58,7	48,4
Autre	16,8	17,7	17,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0

Source : enquête Banque Mondiale sur les conditions de vie.

"Abidjan fait apparaître le plus fort usage des soins de santé privés [NB : à Abidjan, plus de 30% des malades ayant déclaré un recours se sont adressés à un établissement hors du secteur public, contre moins de 20% pour l'ensemble de l'échantillon], tandis que les groupes pauvres n'ont pas une utilisation des établissements de santé publics sensiblement plus élevée que la moyenne. Dans ces conditions, il est clair que la politique future soit se concentrer sur l'amélioration du système de santé public. Les pauvres n'utilisent pas les hôpitaux autant que les riches, ce qui donne à penser qu'un programme ciblé de recouvrement des coûts des hôpitaux, assorti d'une amélioration du secteur non hospitalier, sera des plus utiles pour les pauvres" ([15] p. 28).

Comme on l'expliquera plus loin, nous ne partageons pas cette conclusion concernant le recouvrement des coûts. Bien que l'étude du fonctionnement des hôpitaux soit en dehors du mandat de la mission, elle devait nécessairement prendre un parti sur l'articulation entre les hôpitaux et les formations sanitaires périphériques; sa réflexion l'a conduite à estimer :

- 1) que les formations périphériques doivent être développées précisément pour décharger les hôpitaux d'une grande partie de leur clientèle actuelle, pauvre ou pas;
- 2) que si les hôpitaux reçoivent des grands malades et des urgences, c'est là que la solidarité doit s'exercer, donc c'est là que le recouvrement des coûts doit être, si non proscrit, du moins adapté au respect absolu de la prééminence du droit aux soins disponibles sur toute autre considération;
- 3) que, au contraire, le recouvrement des coûts au profit de formations gérées par des collectivités locales doit remplacer, au niveau périphérique, le prélèvement d'honoraires privés, même s'il faut, pour assurer ce recouvrement, faire jouer les solidarités familiales ou de voisinage (car, pour les soins délivrés à ce niveau, l'effort demandé à ces solidarités est à leur portée).

2.2 PROJECTIONS DE POPULATION

Les projections de population qui figurent dans le Plan Transport ont été calées sur les résultats provisoires du recensement de 1988; elles ont été réalisées pour deux hypothèses de croissance démographique, dont on ne retient ici que la plus basse, qui aboutit à une prévision de 3,5 millions d'habitants pour l'an 2000 et de 5,2 millions en 2010 ([1], p. 19).

La répartition de cette population sur le territoire des communes a été faite en utilisant des courbes de densification de l'habitat, courbes qui sont différentes selon les zones : dans les zones résidentielles, le mouvement est plus lent et la saturation correspond à une densité plus faible que dans les zones économiques (par exemple 150 habitant à l'hectare dans les premières, 500 dans les secondes); et, au contraire, le mouvement est encore plus rapide, et la densité de saturation encore plus élevée dans les zones dites "évolutives" (Cf. [1] pp. 109-110).

Le mouvement de densification part du centre de l'agglomération et se propage vers la périphérie en tenant compte du type d'habitat de chaque zone rencontrée, ainsi que des axes de communication et des obstacles naturels. Pour localiser les accroissements de population, l'agglomération d'Abidjan a été découpée en 90 zones homogènes du point de vue du type d'habitat, et délimitées par des repères facilement identifiables sur le terrain (Cf. [1] p. 105-107). Le travail consiste donc à "placer" dans chaque zone, en partant du centre de l'agglomération et en allant vers la périphérie, la population qu'elle est susceptible d'accueillir à chaque date de la projection, compte tenu de la position de chaque zone sur sa propre courbe de densification à chaque date, et compte tenu du nombre total d'habitants à localiser à chaque date.

Il y a évidemment d'autres méthodes de projection, qui donnent bien entendu des résultats un peu différents, sans doute d'autant plus différents qu'on s'intéresse à une zone géographique plus petite. A l'occasion, on comparera les projections disponibles. Mais on utilisera essentiellement les chiffres préparés dans le cadre du Plan Transport, qui ont l'avantage de concerner l'ensemble de l'agglomération, et qui ont été obtenus par l'emploi d'une méthode bien décrite.

Les cartes reproduites pages 48 à 52 donnent une idée de ce que devrait être l'évolution de la population de la capitale ivoirienne dans les deux prochaines décennies.

2.3 DEPENSES DE SANTE

L'enquête la plus ancienne qui puisse servir de référence est celle qui a été réalisée en 1979 (Cf. [2]). Elle concernait 1930 ménages, dont 523 à Abidjan (qui en comptait alors environ 220 000, d'une taille moyenne de 6 personnes), et utilisait un échantillon urbain glissant, renouvelé à chaque passage trimestriel (il y a quatre passages).

D'après cette enquête, la proportion des ménages ayant une dépense de santé non nulle est de 25% seulement à Abidjan. La dépense moyenne par ménage et par an atteint 1 073 658 FCFA à Abidjan, dont 27 631 pour la santé, soit 2,57% (op. cit. p. 24). Ces résultats ont permis d'estimer les dépenses de santé des ménages, pour l'ensemble du pays, à 10,5 milliards (soit 2,3% de la dépense nationale de consommation, et seulement 1,5% de la consommation totale, qui inclut l'autoconsommation), dont 6,1 pour Abidjan (ici, cela représente 2,9% de la dépense de consommation à Abidjan, et 2,7% de la consommation totale) (op. cit. p. 16, et tableaux p. 60).

On dispose aussi par cette enquête d'un classement des ménages urbains (ensemble évidemment plus vaste que celui des ménages d'Abidjan) par quintiles, pour lesquels on a les dépenses moyennes de santé, et les dépenses moyennes totales par ménage (op. cit. p. 46) :

Tableau 22 : dépenses de santé rapportée à la dépense du ménage, par quintiles.

	Dépense de santé	Dépense totale	%
1er quintile	1189	138456	0,86
2ème quintile	4660	349280	1,33
3ème quintile	6014	586847	1,02
4ème quintile	10001	898878	1,11
5ème quintile	69025	2047197	3,37

Source : enquête budget-consommation 1979.

Ces chiffres montrent la faiblesse du coefficient budgétaire dans toutes les classes de revenu, sauf dans le quintile supérieur (les 20% des ménages qui ont déclaré les plus fortes dépenses totales).

En 1985, une enquête similaire a été réalisée avec l'aide de la Banque Mondiale (Cf. [3]). Elle a donné les principaux résultats suivants concernant Abidjan (op. cit. tableau 84) :

- dépense annuelle moyenne de l'ensemble des ménages pour Abidjan : environ 2 750 000 FCFA (ce qui correspond à une dépense moyenne mensuelle de près de 230 000 FCFA);
- dépenses de médicaments, modernes et traditionnels : elles concernent 93% des ménages, et représentent en moyenne annuelle 52 326 FCFA par ménage (et 1,9% de la dépense totale moyenne du ménage);
- dépenses de services médicaux : elles ne concernent que 26% des ménages, et représentent en moyenne annuelle 13.662 FCFA par ménage (et 0,5% de la dépense totale moyenne du ménage).

Il apparaît donc clairement que les coefficients budgétaires n'ont pas varié au cours de la première moitié des années 1980. Cependant, le niveau du revenu mensuel moyen par ménage fourni par cette enquête (177 800 FCFA, avec un revenu médian de 108 500) a été jugé beaucoup trop élevé. On reviendra sur ce point dans la section suivante.

Cependant, une façon de vérifier si les résultats de l'enquête sur les niveaux de vie sont plausibles, sans faire intervenir l'estimation du revenu moyen par ménage, consiste à calculer l'ordre de grandeur qu'ils impliquent en matière de dépenses de santé pour Abidjan. On peut considérer que la

population d'Abidjan était de 1,8 millions d'habitants en 1985, avec en moyenne 5,4 personnes par ménage (d'après la DCGTx elle-même, Cf. [1]), soit environ 334 000 ménages. D'où :

- dépenses de médicaments modernes et traditionnels à Abidjan : 17 milliards FCFA;
- dépenses de services médicaux : 4,5 milliards.

Or on sait par exemple que les importations de médicaments ont atteint 32 milliards de FCFA dans les années 1986 et 1987 (Cf. [7], annexe), ce qui donne une valeur de vente de l'ordre de 45 milliards, dont probablement la moitié est réalisée à Abidjan : l'enquête auprès des ménages donnerait donc une estimation plutôt faible!

2.4 NIVEAU DES REVENUS A ABIDJAN

Les données récentes relatives au niveau et à la répartition des revenus sont peu nombreuses, et ne concordent pas. Les résultats de l'enquête de 1985, cités dans la section précédente, donnent un revenu annuel moyen par ménage de 2 823 011 FCFA, qui se décompose ainsi par source (Cf. [6] p. 15) :

Tableau 23 : structure du revenu annuel moyen par ménage.

salaire	1.454.201
revenu agricole net	42.431
revenu de l'entreprise familiale	652.961
loyers et dividendes	276.672
revenus des système sociaux.....	90.052
autres revenus non gagnés	99.986
transferts privés bruts.....	69.099
services imputés du logement.....	97.145
services imputés des biens durables	40.463

Source : rapport Guimier (Cf [7])

alors que la moyenne pour les ruraux est de 1 000 000 FCFA. A Abidjan, le revenu mensuel moyen par ménage serait donc de l'ordre de 230 000 FCFA.

D'après cette même source, la répartition des ménages par quintiles du revenu par ménage est la suivante (toujours pour Abidjan, Cf. [6] p. 33) :

Tableau 24 : répartition des ménages par quintiles du revenu annuel moyen par ménage.

	Revenu annuel moyen par ménage FCFA	Part cumulée	Consommation annuelle moyenne par ménage FCFA	Part cumulée
Quintile 1	1.320.606	9,3%	1.502.323	10,8%
Quintile 2	1.943.546	23,1%	2.258.946	27,1%
Quintile 3	2.354.059	39,7%	2.559.170	45,5%
Quintile 4	3.705.419	65,9%	3.353.281	69,7%
Quintile 5	4.821.251	100%	4.210.141	100%

Source : rapport Guimier (Cf [7])

De son côté, la DCGTx s'est livrée, pour préparer le Plan transport d'Abidjan, à une enquête qui fournit une estimation récente du niveau déclaré des revenus à Abidjan (Cf. [1] p. 68) :

peu probable. Serait-elle limitée à Abidjan ? Alors une erreur de sens inverse affecterait les revenus des ruraux : est-ce bien plausible?

Certes, on ne sait à peu près rien, dans aucun cas, des conditions pratiques de l'enquête, telles que choix des enquêteurs, formation, supervision, etc.; or ces conditions pratiques ont une importance considérable. Cependant, si l'on se reporte directement aux documents qui rendent compte de ces deux enquêtes, il faut bien admettre que le détail de l'analyse des revenus est bien plus grand dans l'enquête de la Banque Mondiale que dans l'enquête de la DCGTx. Les précisions données dans les publications présentant les méthodes de l'enquête de la Banque (Cf. notamment [16], [17]), comme les compte-rendus de cette enquête (notamment [6] pp. 4-14) confirment que le travail a été soigné. On est au contraire un peu surpris de la simplicité du questionnaire utilisé sur ce point par la DCGTx (Cf. [18], annexe), surtout si on a lu quelques travaux monographiques sur les "ménages" des quartiers d'Abidjan (par exemple [19]).

Quant à la taille de l'échantillon, il est difficile de la mettre en cause, puisqu'on peut vérifier qu'elle est du même ordre de grandeur que celle de l'enquête de 1979. Quant à la structure des deux échantillons, on ne trouve pas toutes les précisions qu'on souhaiterait dans les publications disponibles : par exemple, le compte rendu de l'enquête de la DCGTx donne la population totale estimée (Cf. [18], tableaux 5) et les emplois avec un certain détail (Cf. [18], tableaux 21 à 27) comme s'il n'y avait pas de chômeurs. Et l'enquête de la Banque Mondiale (Cf. [15]) range les inactifs et chômeurs avec les actifs du secteur traditionnel, ce qui n'est pas plus satisfaisant pour qui, sur ce point encore, se souvient des enseignements des monographies

Enfin, comme on l'a signalé plus haut à propos du modèle démo-économique (Cf. 1.1.2.3), il est assez compréhensible qu'on obtienne des résultats différents en matière de niveau de vie de la population lorsqu'on interroge les ménages sur leurs revenus, et si on les interroge aussi (et éventuellement d'abord et surtout) sur leurs dépenses. Outre le fait qu'il y a toujours une sous-déclaration des revenus (comme le rappellent encore les données du tableau reproduit plus haut où figurent les revenus moyens et les consommations moyennes par quintile), il y a des raisons objectives à la différence entre revenu monétaire et somme des dépenses, raisons qui tiennent à l'existence d'échanges économiques non monétaires.

Il reste que les données de la DCGTx sont les seules qui permettent d'avoir une idée du revenu moyen par zone homogène d'habitat dans la capitale ivoirienne. Le revenu de chaque zone est calculé à partir de la répartition de l'habitat par type, d'une part, et de la connaissance, tirée de l'enquête, du revenu moyen des ménages par type d'habitat. Le tableau reproduit ci-après fournit les données de population et de revenu par zone, d'après cette source.

2.5 PROJECTIONS DE LA POPULATION ET DES REVENUS PAR ZONE

Le tableau 26 page suivante présente ces projections. Le caractère extrêmement approximatif de la méthode n'échappera à personne : à des revenus identiques peuvent être associées des utilisations très diversifiées des habitats accessibles (Cf. [19], notamment pp. 86 et 93). En outre, les revenus moyens sont ceux de l'enquête DCGTx, dont il a été longuement question dans les paragraphes précédents, et qu'on juge discutables. Mais on n'a pas mieux.

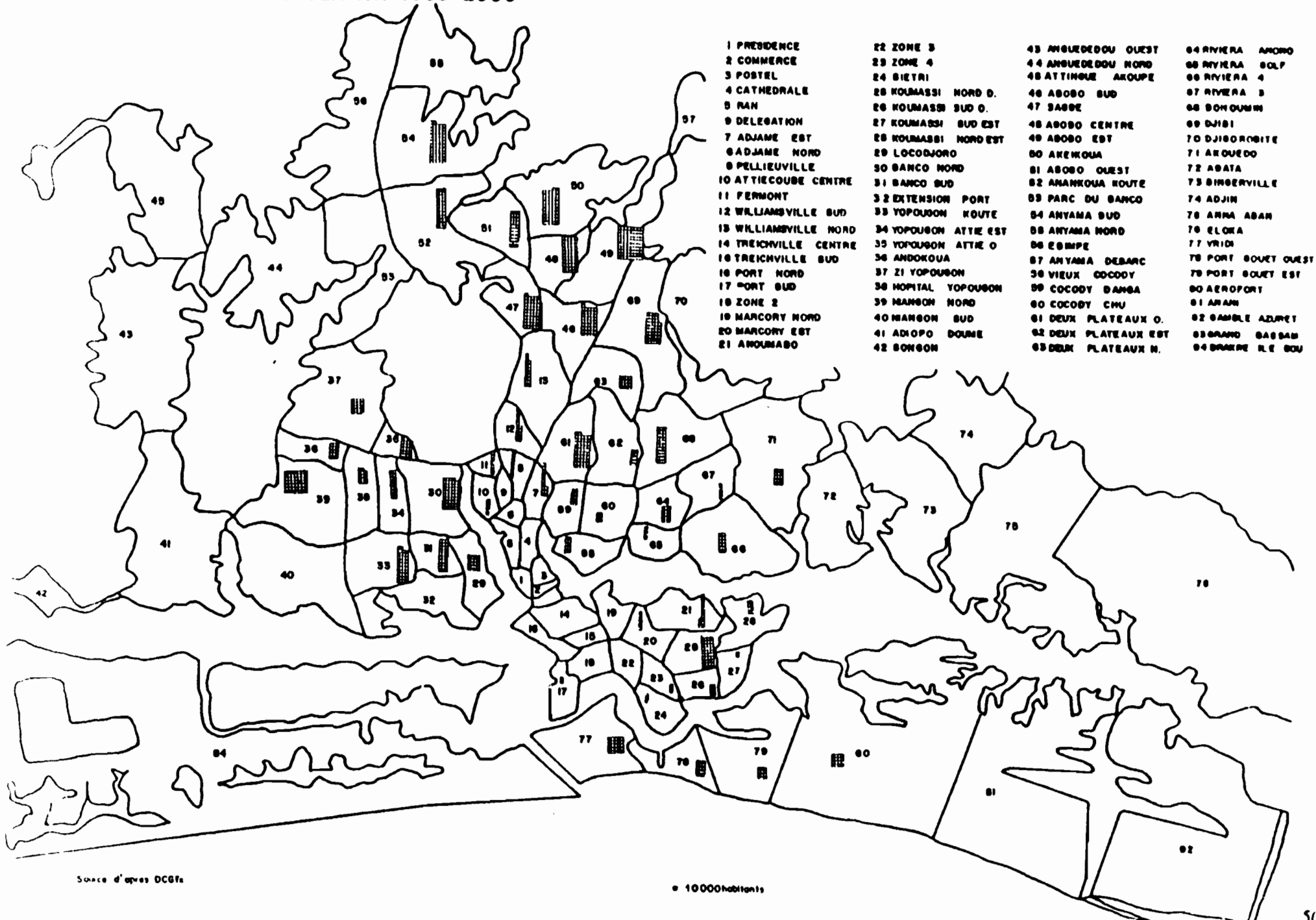
Tableau 25 : projections de la population et des revenus par zone.

Numéro et nom de la zone	Pop1988	Pop2000	Pop2010	RMP1988	RMP2010	R1988	C1988	E1988	R2010	C2010	E2010
1 Présidence	872	975	1100	64348	75579	443	429	0	600	500	0
2 Commerce	1625	1950	2400	95896	95896	1625	0	0	2400	0	0
3 Postal	2051	2399	3000	92832	89483	1953	98	0	2700	300	0
4 Cathédral	4069	4500	5400	72383	67396	2577	1492	0	3000	2400	0
5 Ran	3031	3600	4200	56016	59253	1146	1885	0	1800	2400	0
6 Délégation	32027	31990	32000	17298	17475	29	2602	29396	60	2800	29146
7 Adjame Est	54326	68235	68240	20984	20464	45	17082	37199	60	19200	48980
8 Adjame Nord	24213	33345	34440	18280	17918	24	3459	20730	60	4000	30380
9 Pellieuville	40734	41035	41240	16314	16632	47	726	39961	60	1500	39680
10 Atie Centre	76181	80030	80040	15979	15999	38	0	76143	60	0	79980
11 Fermont	12763	19605	24250	22909	20544	8	5578	7177	50	6800	17400
12 Williamsville Sud	45064	60500	65000	20736	19364	1202	7583	36279	1200	8000	55800
13 Williamsville Nord	3357	21900	47400	27715	3007	7216	1406	1735	2500	29700	0
17 Port Sud	3042	5325	8250	18990	30933	23	470	2549	1250	1500	5500
18 Zone 2	4282	5800	7400	57559	68166	1722	2560	0	4200	3200	0
19 Marcory Nord	25292	27725	29050	58121	55577	10751	13091	1450	11550	14400	3100
20 Marcory Est	49659	5400	55450	8241	27444	737	34862	14060	850	36000	18600
21 Anoumabo	51669	65100	78900	16648	20500	458	0	51211	4500	0	74400
22 Zone 3	2583	2950	4500	95325	74521	2560	25	0	3000	1500	0
23 Zone 4	6256	8850	10200	95721	86466	6239	17	0	8700	1500	0
24 Biétri	10639	13850	15800	64123	58433	6364	239	4036	8100	1500	6200
25 Koumasso Nord Ouest	112055	152250	178300	16034	16081	0	668	111387	0	1600	176700
26 Koumasso Sud Ouest	44814	53060	60120	27685	24698	701	29706	14407	1200	27200	31720
27 Koumasso Sud Est	17078	19150	9300	20481	23261	25	4773	12280	500	6400	12400
28 Koumasso Nord Est	56016	64150	66700	22406	25345	190	21921	33905	2500	27000	37200
29 Locodjoro	43345	62800	101800	16030	16725	49	0	43296	1000	0	10080
30 Banco Nord	58757	107900	151000	22472	23536	382	22316	36059	9000	27000	115000
31 Banco Sud	20700	50305	77745	31362	24539	30	20013	657	45	42000	35700
33 Yopougon Koute	59926	102010	133910	28254	24872	69	46262	13595	110	75000	58800
34 Yopougon Atie Est	69199	7770	106980	24801	22171	58	38439	3070	2100	41600	65280
35 Yopougon Atie Ouest	62831	76625	91900	26205	23599	61	40430	22340	250	43200	48450
36 Andokoua	28061	49850	76250	16885	16306	332	0	27729	350	0	75900
37 Zi Yopougon	9038	29935	70380	23422	17245	6	4241	4791	40	5600	64740
38 Hôpital Yopougon	2810	17200	38000	17686	22439	0	310	2500	0	15600	22400
39 Niangon Nord	30379	93485	170170	16938	18870	48	1674	28657	60	31200	138910
46 Abobo Sud	66994	113200	182500	16127	17538	100	290	66604	600	15400	166500
47 Sagbe	60720	111740	173830	16142	16263	88	332	60300	110	3000	170720
48 Abobo Centre	104001	158660	197240	17792	17706	139	11465	92397	200	21000	176040
49 Abobo Est	49784	129450	188260	16058	15982	74	0	49710	100	0	188160
50 Akeikoua	41559	94040	154180	16828	16443	59	2035	39465	80	4500	149600
51 Abobo Ouest	49300	83160	110860	16056	16040	72	0	49228	140	0	110720
52 Anankoua Koute	28762	65390	148675	15990	21581	10	42	28710	35	52800	95840
54 Anyama Sud	5000	67130	121250	15939	16368	0	0	5000	650	0	120600
58 Vieux Cocody	13553	24400	31100	30743	34613	1624	4471	7458	5600	8400	17100
59 Cocody Danga	13599	23500	31400	54300	39411	5553	4906	3140	7000	11200	13200
60 Cocody CHU	18586	24171	33150	39407	40747	2550	14671	1365	5850	22400	4900
61 Deux Plateaux Ouest	28282	80200	117300	45859	29540	9006	7965	11311	13300	33600	70400
62 Deux Plateaux Est	8963	18900	34650	81747	66823	7377	0	1586	20150	9600	4900
63 Deux Plateaux Nord	3396	20100	38700	32109	31772	87	3029	280	6000	8400	24300
64 Riviera Anono	22143	37200	60400	42213	26939	6547	3683	11913	7200	5600	47600
65 Riviera Golf	2212	5950	8700	33245	40335	375	524	1313	2100	2800	3800
66 Riviera 4	3254	15400	37500	15939	34489	0	0	3254	8700	0	28300
67 Riviera 3	5231	10550	14675	85334	86361	4540	0	691	12925	0	1750
68 Bonoumin	3387	36510	85160	56307	38413	1710	0	1677	17045	34800	33315
69 Djibi	90	48026	149700	15939	16661	0	0	90	400	4800	144500
70 Djigorobite	1200	1843	18500	15939	19181	0	0	1200	750	0	17750
71 Akouedo	6149	21625	76600	22683	21479	0	2619	3530	0	26800	49800
77 Vridi	39246	64650	91100	22664	21559	602	13630	25014	700	28800	61600
78 Port Bouet Ouest	62749	77800	86150	26379	25691	0	41376	21373	250	51800	34100
79 Port Bouet Est	19778	32000	59380	23549	29986	1644	1203	16931	6000	22380	31000
80 Aéroport	31596	47600	66300	15939	16733	0	0	31596	500	800	65000

- * Pour les projections 2000 et 2010, on a choisi l'hypothèse dite "pessimiste" (faible croissance), désormais considérée par beaucoup comme borne supérieure.
- * Les colonnes R1988, C1988 et E1988 donnent le nombre d'habitants selon le type d'habitat en 1988 : R signifie résidentiel, C économique et E évolutif et spontané.
- Les colonnes R2010, C2010 et E2010 ont la même signification pour 2010.
- * Définitions (Cf. [1] pp. 77; et pour une description intéressante de l'origine de cette typologie, Cf. [19] pp. 12-14) :
 - habitat résidentiel : logements individuels et collectifs de haut et bon standing (taille et confort élevé) implanté sur de grandes parcelles et mis en oeuvre par la promotion privée ou par l'Etat;
 - habitat économique : opérations en bandes ou en hauteur de moyen standing ou à normes minimales, tous branchements réalisés, édifiées par les sociétés immobilières;
 - habitat évolutif : habitations mises en place sur les lotissements à viabilisation progressive et relevant des filières de production informelles; la morphologie "traditionnelle" des tissus ainsi constitués (plusieurs logements autour d'une cour commune accueillant des services communs) peut subir certaines transformations (petits immeubles);
 - habitat spontané (et villageois) : constructions précaires, implantées de façon irrégulière sur des terrains n'ayant pas fait l'objet de travaux de bornage, et réalisés partiellement en autoconstruction.
- * La colonne RMP1988 donne le revenu mensuel par personne et par zone en 1988. Il est calculé à partir de la répartition de la population par type d'habitat (Cf. [1] pp. 164-168), du nombre moyen de personnes par ménage dans chaque type d'habitat (4,7 dans l'habitat résidentiel, 6,5 dans l'habitat économique et 5,1 dans l'habitat évolutif, Cf. [1] p. 160), et du revenu par ménage selon le type d'habitat en 1990 (450710 FCFA pour le type résidentiel, 206515 pour le type économique et 8129 pour le type évolutif, Cf. [1] p. 161).
- * La colonne RMP2010 est calculée de la même façon; la répartition de la population par type d'habitat en 2010 est donnée au même endroit, le nombre moyen de personnes par ménage et par type d'habitat est supposé inchangé (Cf. [1] p. 160), et le revenu moyen par type d'habitat est donné par l'étude (Cf. [1] p. 163).

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|
| 1 PRESIDENCE | 22 ZONE 3 | 43 ANGUEDEDOU OUEST | 64 RIVIERA ANONO |
| 2 COMMERCE | 23 ZONE 4 | 44 ANGUEDEDOU NORD | 65 RIVIERA GOLF |
| 3 POSTEL | 24 BIETRI | 45 ATTINQUE AKOUEPE | 66 RIVIERA 4 |
| 4 CATHEDRALE | 25 KOUMASSI NORD O. | 46 ABOBO SUD | 67 RIVIERA 3 |
| 5 RAN | 26 KOUMASSI SUD O. | 47 SAGBE | 68 BONOLMIN |
| 6 DELEGATION | 27 KOUMASSI SUD EST | 48 ABOBO CENTRE | 69 DJIBI |
| 7 ADJAME EST | 28 KOUMASSI NORD EST | 49 ABOBO EST | 70 DJIGOROBITE |
| 8 ADJAME NORD | 29 LODOJORO | 50 AKEIKOUA | 71 AKOUEDO |
| 9 PELLIEUVILLE | 30 BANCO NORD | 51 ABOBO OUEST | 72 ABATA |
| 10 ATTIECOUBE CENTRE | 31 BANCO SUD | 52 ANANKOUA KOUTE | 73 BINGERVILLE |
| 11 FERMONT | 32 EXTENSION PORT | 53 PARC DU BANCO | 74 ADJIN |
| 12 WILLIAMSVILLE SUD | 33 YOPOUGON KOUTE | 54 ANYAMA SUD | 75 ANNA ABAN |
| 13 WILLIAMSVILLE NORD | 34 YOPOUGON ATTIE EST | 55 ANYAMA NORD | 76 ELOKA |
| 14 TREICHVILLE CENTRE | 35 YOPOUGON ATTIE O. | 56 EBIMPE | 77 VRIDI |
| 15 TREICHVILLE SUD | 36 ANDOKOUA | 57 ANYAMA DEBARC | 78 PORT BOUET OUE |
| 16 PORT NORD | 37 ZI YOPOUGON | 58 VIEUX COCODY | 79 PORT BOUET EST |
| 17 PORT SUD | 38 HOPITAL YOPOUGON | 59 COCODY DANGA | 80 AEROPORT |
| 18 ZONE 2 | 39 NIANGON NORD | 60 COCODY CHU | 81 ANANI |
| 19 MARCORY NORD | 40 NIANGON SUD | 61 DEUX PLATEAUX O. | 82 GAMBLE AZURET |
| 20 MARCORY EST | 41 ADIOPLO DOUME | 62 DEUX PLATEAUX EST | 83 GRAND BASSAM |
| 21 ANOUMABO | 42 SONGON | 63 DEUX PLATEAUX N. | 84 BRAKRE ILE BOU |

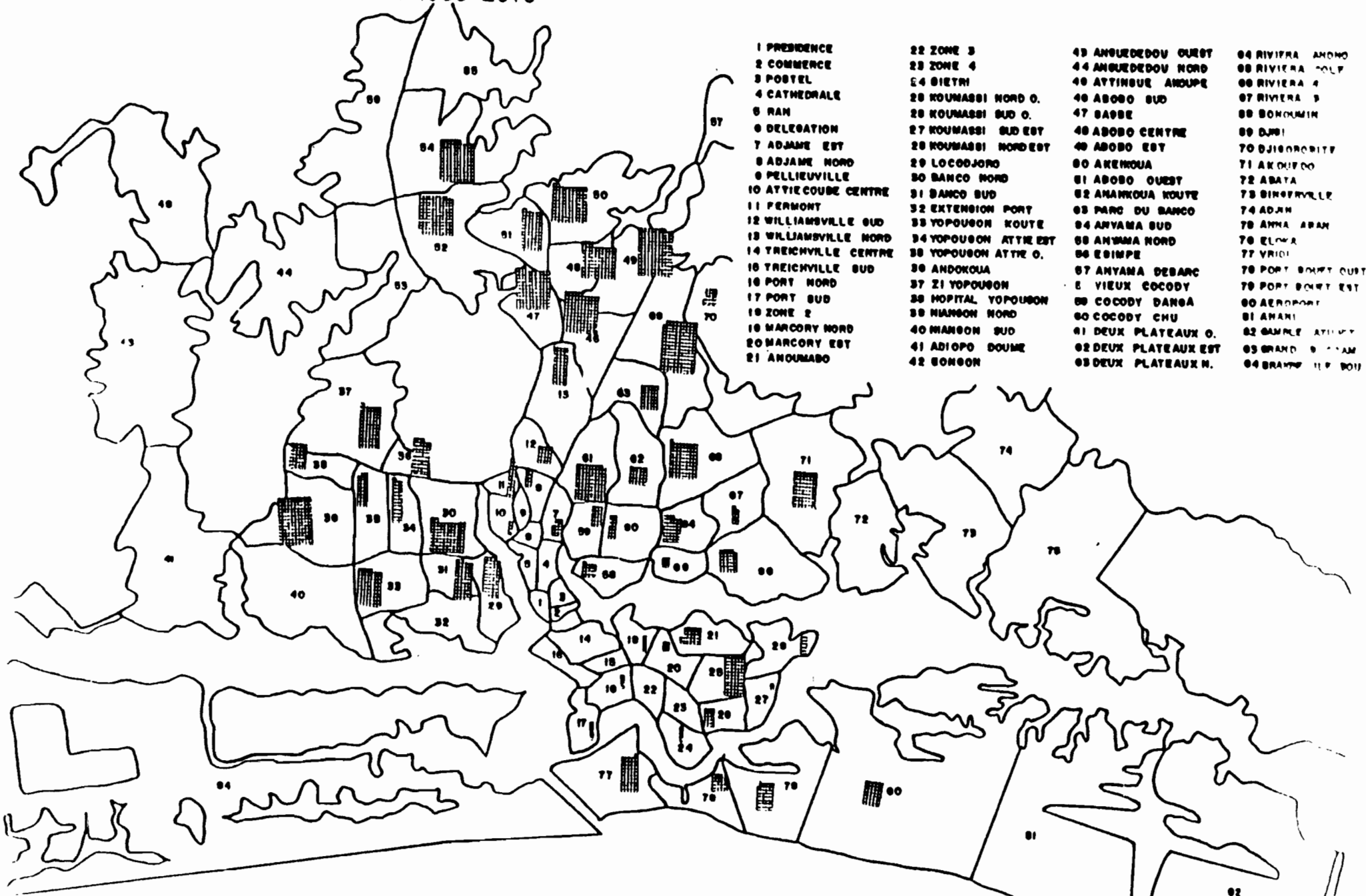
ACCROISSEMENT DE POPULATION 1988-2000



Source d'après DCGFs

• 10000habitants

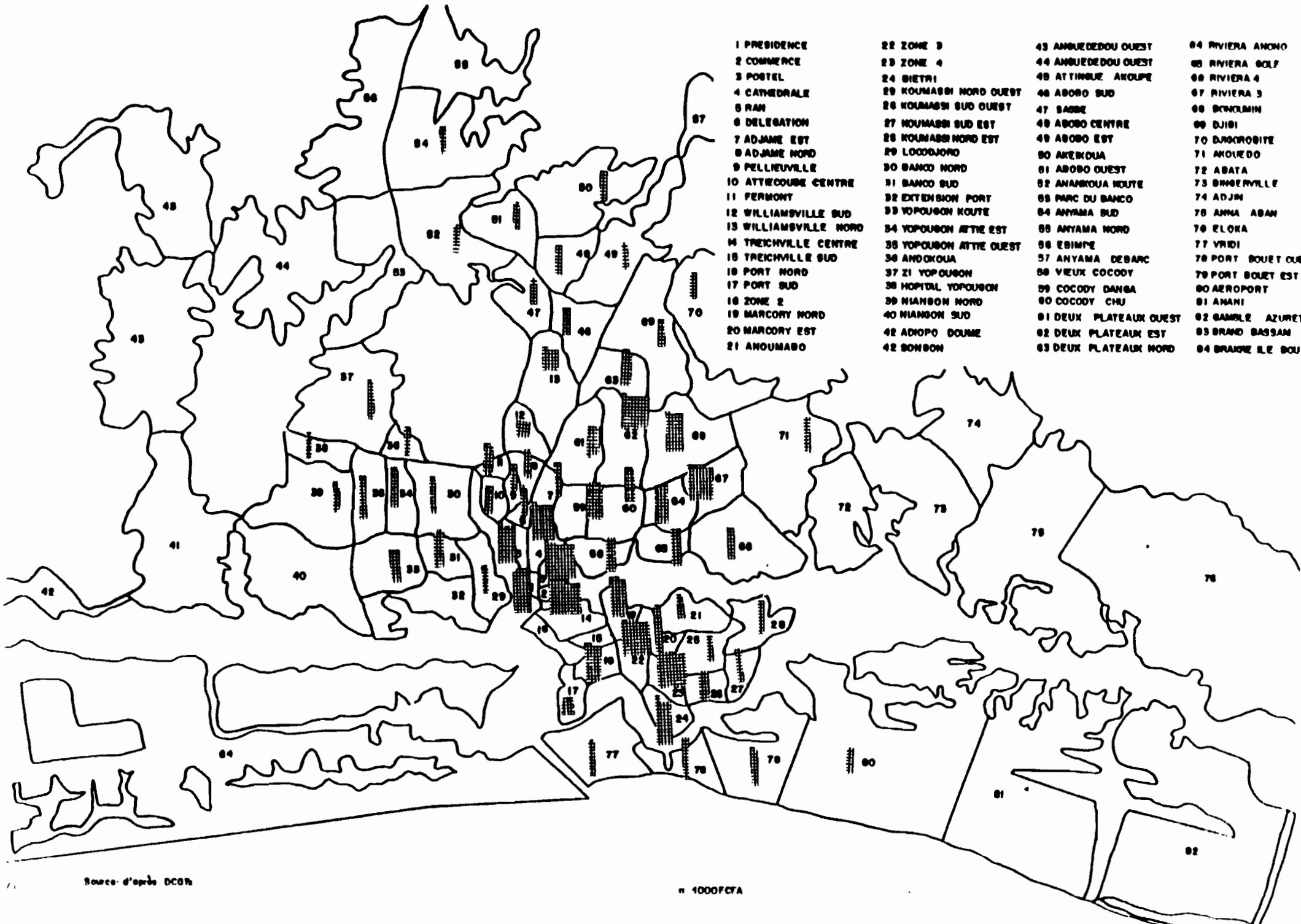
ACCROISSEMENT DE POPULATION 1988-2010



- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| 1 PRESIDENCE | 22 ZONE 3 | 43 ANGUEDEDOU OUEST | 64 RIVIERA ANOMO |
| 2 COMMERCE | 23 ZONE 4 | 44 ANGUEDEDOU NORD | 65 RIVIERA NORD |
| 3 POSTEL | 24 BIETRI | 45 ATTINGUE ANGOUE | 66 RIVIERA S |
| 4 CATHEDRALE | 25 KOUASSI NORD O. | 46 ABOBO SUD | 67 RIVIERA N |
| 5 RAM | 26 KOUASSI SUD O. | 47 SASSIE | 68 BONKUMIN |
| 6 DELEGATION | 27 KOUASSI SUD EST | 48 ABOBO CENTRE | 69 DJIBI |
| 7 ADJAME EST | 28 KOUASSI NORD EST | 49 ABOBO EST | 70 DJIGOROBITE |
| 8 ADJAME NORD | 29 LOCOJOPO | 50 AKEKOUA | 71 AKOUFOO |
| 9 PELLIEUVILLE | 30 BANCO NORD | 51 ABOBO OUEST | 72 ABATA |
| 10 ATTIECOUBE CENTRE | 31 BANCO SUD | 52 ANANKOUA KOUTE | 73 BINGYRVILLE |
| 11 PERMONT | 32 EXTENSION PORT | 53 PARC DU BANCO | 74 ADJAM |
| 12 WILLIAMSVILLE SUD | 33 YOPOUSON KOUTE | 54 ANYAMA SUD | 75 ANNA ABAN |
| 13 WILLIAMSVILLE NORD | 34 YOPOUSON ATTIE EST | 55 ANYAMA NORD | 76 ELORA |
| 14 TREICHVILLE CENTRE | 35 YOPOUSON ATTIE O. | 56 ESIMPE | 77 VRIOT |
| 15 TREICHVILLE SUD | 36 ANDOKOUA | 57 ANYAMA DEBARC | 78 PORT BOUY OUEST |
| 16 PORT NORD | 37 ZI YOPOUSON | 58 VIEUX COCODY | 79 PORT BOUY EST |
| 17 PORT SUD | 38 HOPITAL YOPOUSON | 59 COCODY DANGA | 80 AEROPORT |
| 18 ZONE 2 | 39 NIANKON NORD | 60 COCODY CHU | 81 ANANI |
| 19 MARCORY NORD | 40 NIANKON SUD | 61 DEUX PLATEAUX O. | 82 GAMBLE ATTIKRY |
| 20 MARCORY EST | 41 ADIPOO DOUME | 62 DEUX PLATEAUX EST | 83 GRAND S. TAM |
| 21 ANOUMABO | 42 SONOON | 63 DEUX PLATEAUX N. | 84 BRANNE ILE BOU |

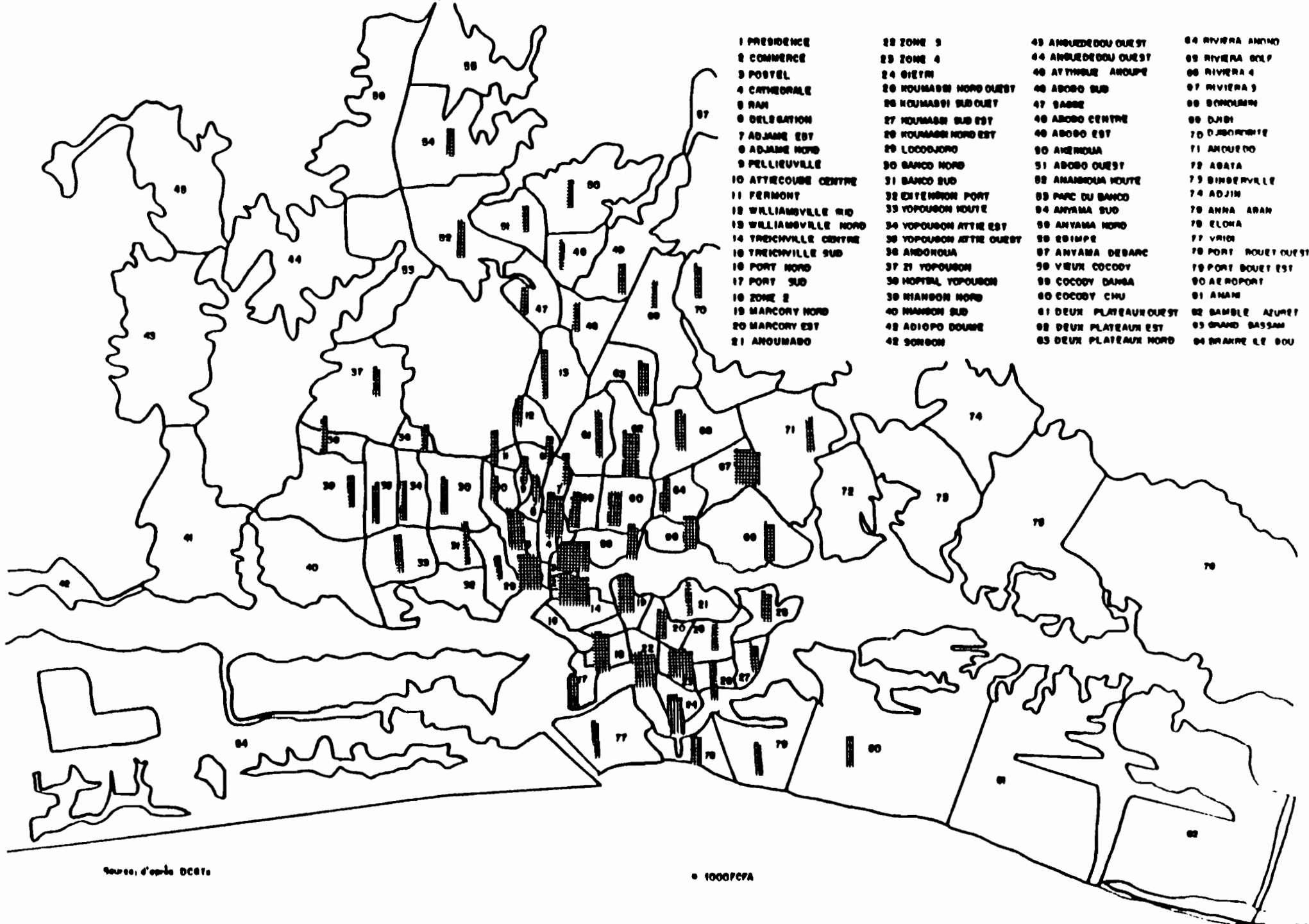
Source: données INSTAT

1: 10 000 habitants



Source: d'après DCOH

REVENU MOYEN PAR ZONE EN 2010



Source: d'après DCEI

• 1000 CFA

2.6 DEVELOPPEMENT DU SECTEUR PRIVE

2.6.1 Services médicaux

Le développement de la privatisation des services médicaux se fait dans une liberté dont on doit se demander si elle est compatible avec les intérêts de la santé publique. Il est clair que cette privatisation a été une nécessité devant l'incapacité des services de santé publics à prendre en charge les besoins de la population; il est clair par ailleurs qu'elle se fait en appliquant aussi fidèlement que possible un modèle importé de France où il a subi tant de transformations depuis plus d'une génération qu'on peut remarquer qu'il est en pratique abandonné. Ce modèle continue néanmoins de fournir une référence toute chargée d'idéologie à tous ceux qui ont intérêt à profiter d'un climat de complète licence.

La première caractéristique de la situation est que personne ne connaît ni le nombre, ni l'identité, ni la localisation des praticiens exerçant la profession médicale à titre privé. La législation ivoirienne distingue les cabinets médicaux et les cliniques, et les statistiques respectent donc cette distinction. C'est ainsi qu'on peut lire, dans les Annales de la santé 1989 (Cf. [8], pp. 132 à 142), qu'Abidjan dispose de 15 cliniques médicales (on relève aussitôt que 8 d'entre elles ont moins de 10 lits) et de 24 cabinets médicaux (dont 4 disposent de lits, l'un d'entre eux en ayant 15). On note aussi que les cabinets ne portent généralement pas le nom du praticien qui y exerce, alors que l'arrêté autorisant l'ouverture d'un cabinet précise (en son article 2) que l'autorisation est "personnelle, révocable, incessible et intransmissible", ou encore (en son article 3) qu'aucune personne autre que le titulaire de la présente autorisation ne peut gérer ce cabinet sans l'avis du ministère de la Santé publique". On note enfin que le Ministère ne dispose que d'un numéro de boîte postale et d'un numéro de téléphone pour localiser et décrire l'établissement : pas d'adresse, pas de plan des locaux, pas d'inventaire du matériel, pas d'organigramme...

Cependant, d'après des informations oralement communiquées à la mission, il n'y aurait pas moins, dans les archives du ministère, de 143 arrêtés autorisant des cliniques, et 15 bénéficiaires d'un tel arrêté seraient venus régulariser leur situation après un récent appel passé à la radio les invitant à le faire. D'après la même source, il y aurait 50 cabinets médicaux autorisés à Abidjan.

Cette situation s'explique par le fait que la pratique privée est d'abord le fait des agents de la santé publique, qui, au lieu de respecter leurs obligations statutaires, passent du temps et placent de l'argent dans le secteur privé. C'est une organisation comparable à celle qu'on a connue en France avant la loi Debré. Elle assure des compléments de rémunération à ceux qui sont au bas des échelles (en particulier aux jeunes médecins), elle assure des gains à la mesure de leurs ambitions pour les médecins titrés et les professeurs, elle assure une complète invisibilité des emplois du temps et des responsabilités, elle permet enfin de surveiller que le secteur public sera toujours là pour faire ce qui n'est pas rentable pour les intérêts privés, et qu'il ne représentera jamais un danger pour ces derniers dans les secteurs qu'ils ont investis.

La seconde caractéristique est que personne ne s'est préoccupé de cet aspect de la pratique professionnelle qui est la fixation des honoraires. Malgré sa tendance à croire qu'un problème est résolu par une simple réglementation, le ministère de la Santé n'est pas intervenu dans ce domaine : peut-être n'y a-t-il pas de problème. Une information orale a laissé croire à la mission que l'Ordre des médecins aurait fixé des tarifs, mais la mission n'a pas pu obtenir confirmation (elle n'a pas rencontré de représentants des ordres professionnels). La pratique est donc celle de la liberté des tarifs, et il semble que certains praticiens n'hésitent pas à se prévaloir des principes de liberté des honoraires et de paiement direct même au sein du secteur public (Cf. [7] p. 50).

D'après des informations orales, les honoraires couramment pratiqués seraient de 10000 FCFA pour la consultation de généraliste, de 12000 FCFA pour la consultation de spécialiste, et de 15000 FCFA pour la consultation donnée par un professeur; l'expertise demandée par une compagnie d'assurance est payée 75000 FCFA (Cf. [7], p. 50).

La troisième caractéristique est qu'une partie sans doute importante des soins délivrés à la population pauvre l'est par des infirmeries privées installées dans les quartiers. L'ouverture d'une

infirmierie est en principe soumise à autorisation, et l'autorisation, qui se fonde sur un dossier administratif très sommaire, va de soi quand le demandeur est un infirmier retraité. La source orale citée plus haut a signalé à la mission que 260 autorisations d'infirmieries et maternités privées auraient été accordées par le ministère de la Santé.

Cependant, les infirmieries autorisées ont créé des succursales, ce qui n'était pas prévu par les textes. Et de ces formations très actives, infirmieries autorisées ou succursales, sont sortis après quelques années des "infirmiers" formés sur le tas, qui se sont, comme c'était prévisible, bientôt installés à leur compte, dans des infirmieries clandestines. Il y a quelques années déjà, le ministère de l'Intérieur a été chargé de mettre un peu d'ordre dans cette situation incontrôlée; les résultats ont été minces.

Il est donc clair que la situation a désormais échappé à tout contrôle : les infirmiers formés sur le tas et exerçant dans ces conditions non réglementaires sont regroupés en syndicats (il en existerait deux), qui se sont mis à délivrer des "autorisations"; dans le même temps, des associations de guérisseurs et des associations de tradipraticiens se sont constituées, et n'importe qui aujourd'hui s'installe ou sollicite une autorisation.

La situation ainsi créée par la faillite du système de santé public, et par la démission du corps médical, dont les membres sont visiblement occupés à tirer parti individuellement d'une anarchie qui peut apporter la fortune aux plus habiles, est sans aucun doute passionnante du point de vue de l'invention de nouvelles formes de pratiques dans le domaine de la santé; il est probable qu'une enquête anthropologique serait nécessaire si l'on voulait comprendre ce que signifient ces pratiques du point de vue des conceptions de la maladie et des thérapeutiques, du point de vue du recours aux soins, et du point de vue des rapports de pouvoirs entre les clans qui prétendent intervenir en qualité de professionnels dans le domaine de la santé. Mais on doit craindre que la santé publique n'y trouve pas son compte : que la réalité ne soit pas la diffusion de la médecine moderne, ou des médicaments modernes, mais plutôt de pratiques syncrétiques ayant perdu tout lien, dans l'esprit des praticiens comme dans celui des malades, avec quelque rationalité biomédicale que ce soit, et ne donnant aucune garantie de résultat.

2.6.3 Financement du secteur privé par l'assurance

Le secteur de la pharmacie d'officine bénéficie d'un soutien de poids venant de la mutualité et des assurances, dont les régimes d'assurance maladie ne bénéficient qu'aux salariés et, en pratique, qu'aux fonctionnaires.

Les mutuelles

A l'origine, le système de santé public offrait ses soins gratuitement aux fonctionnaires, comme avantage annexe au salaire, et il fournissait gratuitement les médicaments à tous les patients qu'il recevait. Lorsque les fonctionnaires ont commencé à trouver cette situation insuffisante, ils ont été autorisés à constituer une mutuelle, qui se chargeait du remboursement des frais pharmaceutiques, des frais d'optique et des soins et prothèses dentaires : c'était en 1973. Ensuite, d'après ce que la mission a compris de certains entretiens, un dispensaire des fonctionnaires a été créé, a fonctionné quelques années, avant de déchoir, jusqu'aux années 1984, époque à laquelle il a été restauré : cette rénovation a été l'origine d'un conflit entre les deux ministères concernés (santé et fonction publique). L'activité de cette Mutuelle est financée depuis l'origine par un prélèvement de 3% sur le salaire brut de tous les fonctionnaires.

Actuellement, cette Mutuelle a mis au point tout un système d'agrément des praticiens autorisés à signer des bons de médicaments (qui seront remis par le malade au pharmacien de son choix, qui sera réglé en tiers payant de 70% de la valeur des médicaments délivrés, le malade n'ayant à verser que le ticket modérateur de 30%). Au 31 décembre 1990, la Mutuelle des fonctionnaires a agréé au total, sur l'ensemble de la Côte d'Ivoire, 1420 médecins, dont 1239 du secteur public et 181 du secteur privé, ainsi que 279 pharmaciens, 8 opticiens et 43 chirurgiens dentistes (Cf. [9] p. 2).

Il faut sans doute comprendre que tous les médecins sont agréés comme toutes les pharmacies. En effet, on a indiqué plus haut que, d'après le ministère de la Santé, il n'y aurait que 228 officines pour l'ensemble du pays (Cf. [8] p. 159). De même, selon un état informatif du personnel du ministère de la Santé au 21 novembre 1989, tenu par le ministère de la Fonction Publique (reproduit dans [7] p. 9), il n'y aurait que 663 médecins titulaires et assimilés dépendant du ministère de la Santé : il faudrait y ajouter les médecins dépendants des autres administrations, ainsi que de l'armée ou de la gendarmerie, etc; quant à l'expression "personnel médical" employée dans de nombreux documents, et à laquelle correspond un effectif d'un peu plus de 900 fonctionnaires en 1989, elle concerne aussi bien les pharmaciens et chirurgiens dentistes : cet effectif est trop large pour les besoins de la présente appréciation de l'état comparatif des fichiers de la Mutuelle des fonctionnaires et du ministère de la Santé.

Ce système d'agrément est complété par l'édition et la distribution de cartes d'affiliation aux adhérents, dont l'effectif est de 170000; le nombre des bénéficiaires (adhérents, conjoints, enfants) est d'environ 325000 personnes (Cf. [9] p. 2).

Au cours de l'année 1990, et sur l'ensemble du pays, cette mutuelle a versé 3,66 milliards FCFA aux pharmaciens, pour 70% de la consommation pharmaceutique des bénéficiaires : le chiffre d'affaires pharmaceutique pour ce groupe de la population est donc pour l'ensemble du pays de l'ordre de 5,2 milliards (Cf. [9] p. 9), ce qui revient à dire que la dépense pharmaceutique annuelle moyenne par bénéficiaire est de l'ordre de 16000 FCA. Les dépenses correspondant à l'optique (19 millions FCFA) et aux soins dentaires (129 millions FCFA) sont négligeables.

Pour les dix premiers mois de 1991, les sommes versées aux officines d'Abidjan ont atteint 2.369 millions FCFA; en étendant à 12 mois, et en tenant compte du ticket modérateur, le chiffre d'affaires des officines d'Abidjan avec les bénéficiaires de la mutuelle peut être estimé à 4 milliards FCFA.

Il semble que la Mutuelle des fonctionnaires ne se soit jamais posé la question de savoir s'il n'y aurait pas d'autres moyens d'aider les bénéficiaires à se soigner : ni la notion de pharmacie mutualiste, ni la notion de médicament essentiel distribué par la Pharmacie de santé publique n'ont apparemment été considérées.

Les assurances

En ce qui concerne les compagnies d'assurance, on comprend mieux qu'elles cherchent à développer leur clientèle sans s'aliéner les intérêts privés du secteur de la santé. Il est plus inattendu de voir qu'elles se sont développées spécialement là où la mutualité aurait pu le faire : la mutuelle générale des fonctionnaires les laisse intervenir pour prendre en charge son ticket modérateur, et aussi pour les autres prestations qu'elle n'assure pas (consultations, hospitalisation, etc...). La situation est même encore plus curieuse : les enseignants du primaire, les magistrats, les sages-femmes et les médecins, notamment, mais aussi le corps préfectoral, par exemple, ont bien créé des mutuelles, mais ces dernières, au lieu de gérer les risques, ont traité avec des compagnies d'assurance pour obtenir les garanties supplémentaires souhaitées. Les compagnies les plus actives dans ce domaine seraient la SIDAM (qui a la clientèle des instituteurs, policiers, militaires, infirmiers, en particulier) et la Nationale d'Assurance (qui a les médecins parmi ses clients). Elles arrivent à faire prélever une cotisation allant de 6000 FCFA par mois (par exemple pour les enseignants du primaire) jusqu'à 20 000 FCFA par mois (pour le corps préfectoral). Et il semblerait, sur le seul exemple des contrats établis pour le personnel de la CNPS, que le montant collecté sous forme de cotisations soit très supérieur au coût des prestations assurées : pour 1990 la SIDAM a prélevé 342 millions de cotisations alors que la CNPS compte 1935 agents (soit une dépense moyenne de 175 000 FCFA par agent); or les prestations versées en 1988 par la mutuelle qui assurait alors la gestion du risque maladie ne dépassaient pas 36 millions. "La différence s'expliquerait par la possibilité offerte par les contrats SIDAM d'une hospitalisation dans les cliniques privées qui n'était pas autorisée auparavant. En outre, la SIDAM prend en charge les dépenses de maternité. Ces différences suffisent-elles à justifier les écarts constatés dans le coût des soins médicaux d'une année à l'autre ? Cela semble

douteux" (Cf. [10] p. 194). Mais est-ce vraiment surprenant, ou bien était-ce inévitable, ou encore était-ce le but de l'opération ?

La mission n'a pas pu faire le point de ces mécanismes de financement, alors qu'une estimation, même sommaire, du nombre d'assurés et de bénéficiaires, des garanties offertes, du coût de ces garanties, des sommes en jeu, serait absolument indispensable à tout décideur qui ne voudrait pas intervenir à l'aveuglette dans un système de financement qui a visiblement eu depuis trente ans pour résultat (si non pour finalité) de faciliter le développement de la médecine privée, avec ses caractéristiques distinctives : quelques réalisations de niveau international accessibles à la clientèle aisée ou fortunée (CHU Yopougon, Clinique PISAM par exemple) mais un système de santé périphérique décalé par rapport au niveau de vie général du pays.

2.6.4 Rôle de la CNPS

La fonctionnement de la Caisse nationale de prévoyance sociale a fait l'objet, à la demande du gouvernement de la Côte d'Ivoire, d'un travail détaillé réalisé par une mission envoyée de Paris par l'Inspection générale des affaires sociales (Cf. [10]). Il n'est pas nécessaire de revenir ici sur les erreurs qui ont caractérisé la gestion de cet organisme, erreurs dont le seul bénéficiaire a été un Etat aujourd'hui incapable d'honorer ses dettes, et le personnel de l'organisme, beaucoup plus nombreux qu'il n'était nécessaire et beaucoup trop bien payé pour les services rendus aux cotisants.

La CNPS n'a pas de branche "assurance maladie", mais elle a créé des activités dans le domaine de la santé au titre de l'action sanitaire et sociale. Cependant, les dépenses affectées à ces activités ne peuvent pas être isolées (elles ont toujours été confondues avec les dépenses de fonctionnement).

Le centre de santé de la CNPS situé à Yopougon, que la mission a visité, donne l'apparence d'une totale contradiction entre l'investissement considérable qu'il représente et les services rendus qui sont d'une extrême pauvreté.

Créés en 1983, les locaux sont immenses, propres, bien conçus. Son équipement est également remarquable: échographe, 2 tables de radiographie basculantes avec une développeuse automatique, laboratoire bien équipé. Le personnel se compose de 64 agents.

Le système semble bien organisé d'un point de vue administratif : les affiliés sont bien identifiés et le circuit des différents types de malade semble fonctionner correctement.

Mais le constat est douloureux :

- la plupart des consultants sont reçus et traités par des infirmiers;
- les consultations du médecin généraliste ont surpris les membres de la mission : le médecin reçoit de 60 à 70 malades par jour dans une salle où siègent en permanence une dizaine de personnes, attendant leur tour tout en écoutant ce que disent leurs prédécesseurs. Aucune intimité ne permet au malade de s'exprimer comme il le voudrait, et la mission a eu du mal à comprendre comment les malades pouvaient être examinés. De toute façon compte tenu du nombre, il semblait hors de question que le médecin ait le temps de faire autre chose que de répondre par son ordonnance aux quelques allégations du malade;
- les malades ne disposent pas de dossier individuel permettant de connaître leurs venues antérieures au centre;
- il n'y a pas de service de garde;
- même un enfant déshydraté est envoyé au CHU : il n'y aurait pas assez de personnel pour effectuer des perfusions;
- dans 60 à 70 % des cas, le malade reçoit une ordonnance qu'il doit acheter en spécialité chez le pharmacien de son quartier;
- échographe en panne;
- absence de réactifs pour faire des examens de laboratoire.

Il est probable que peu de cadres fréquentent cette formation sanitaire et que le recrutement s'effectue dans les catégories les plus modestes des salariés.

Point positif, les malades du quartier peuvent venir s'y faire soigner, moyennant l'achat d'un ticket contributif : 1000 FCFA pour les consultations de médecine générale, 3000 à 5000 FCFA pour les examens radiologiques, 1000 et 1500 FCFA l'examen de laboratoire.

Le point qui nous concerne ici est que l'Inspection générale des affaires sociales propose de développer le rôle de la CNPS dans la fourniture des soins de santé, et le fait de la façon suivante :

- la CNPS devrait développer l'activité de ses centres médico-sociaux, en les distribuant dans les zones à forte population de salariés (Cf. [10] pp. 124-125);
- si une participation doit être demandée aux non-assurés qui se présentent pour se faire soigner dans les centres médico-sociaux de la CNPS "comme c'est le cas depuis 1990 avec la mise en vigueur d'un ticket contributif, dont on peut estimer que son montant (même s'il est inférieur aux tarifs demandés dans les formations sanitaires publiques) en fait un instrument dissuasif pour beaucoup de non-salariés, pour tous ceux, en tous cas, aux ressources proches du SMIG, ou inférieures, c'est-à-dire pour les plus démunis", alors cette contribution devrait être "forfaitaire (c'est-à-dire, comme pour les assurés sociaux, non proportionnelle au volume de soins) par exemple sous la forme de cartes de soins -semestrielles ou annuelles- donnant aux acquéreurs le droit de fréquenter les centres médicaux de la caisse" (Cf. [10] p.125);
- mais, comme la mise en place d'un système de forfait, agencé de telle sorte qu'il autorise néanmoins la prise en charge des indigents, est très délicate compte tenu des capacités de gestion de l'organisme et de certains comportements, il paraît "souhaitable, au moins pour le moment, de maintenir la gratuité pour tous qui était la règle jusqu'en octobre dernier." (Cf. [10] p. 126).

Cette position ne nous paraît justifiée que sur un seul point, celui qui concerne la difficulté à gérer un système de forfait. Mais sur les deux autres points, elle doit être discutée :

- l'idée qu'un organisme financé par les cotisations des salariés doit développer des formations sanitaires qui seraient ouvertes à toute la population ne serait défendable que si une redistribution du revenu des salariés au profit des autres groupes de la population était justifiée; rien ne prouve qu'elle le soit en Côte d'Ivoire;
- la gratuité des services a fait ses preuves depuis trente ans au moins : non seulement elle n'est pas respectée, et les prestations fournies sont donc d'un coût imprévisible pour les patients et pour les familles, mais encore elle conduit à la disparition du service de santé, ruiné par l'incurie; c'est que la gratuité enlève toute responsabilité de gestion à ceux qui seraient capables d'adapter une règle impersonnelle aux cas individuels, et qui seraient capables de développer leur instrument de travail avec des ressources qu'ils auraient gagnées.

3. CONCEPTION GENERALE DU PROJET

3.1 CONSIDERATIONS PRELIMINAIRES

3.1.1 Justification du projet

Le "Projet Santé Abidjan" a pour origine une demande du Ministre de la Santé de Côte d'Ivoire qui souhaitait un appui de la France en vue d'améliorer le mode de fonctionnement des Centres Hospitalo-Universitaires. Une réflexion entre les deux parties conduit à l'idée d'un projet qui ne s'intéresserait pas de façon directe aux CHU, mais agirait de façon efficace en amont, c'est à dire au niveau des formations sanitaires périphériques.

L'idée maîtresse de ce projet est de considérer que :

- d'une part les hôpitaux constituent le lieu de premier recours d'une part excessive de la population d'Abidjan et qu'il est possible de les décongestionner en développant le système de soins au niveau périphérique, qui jusqu'à ce jour, souffre de réelles insuffisances;
- d'autre part les populations privées d'un recours facile à des services adaptés et performants ne parviennent pas à se soigner correctement.

Il suffit tout d'abord de se pencher sur la carte sanitaire des services publics de la ville d'Abidjan pour constater les grandes lacunes dont souffre la capitale économique de Côte d'Ivoire. L'explosion urbaine des vingt dernières années a été telle que la ville ne dispose à ce jour que de 24 formations sanitaires publiques, soit une pour 85 000 habitants, plutôt concentrées dans certaines zones de la capitale. Ceci signifie que des communes de près de 500 000 habitants ne disposent que d'une ou deux formations publiques.

Par ailleurs, de par l'insuffisance et la vétusté de leurs équipements et par leur organisation défaillante, ces formations sont très loin d'apporter une réponse satisfaisante à une population, qui malgré tout, a des besoins de consommation médicale relativement importants.

De telles impressions concernant le manque de performance du système de soins d'Abidjan ont vite été confirmées au cours des visites effectuées par les membres de la mission sur le terrain :

- des consultations faites par des infirmiers dans des conditions qui n'ont aucun point commun avec le degré de développement socio-économique de la Côte d'Ivoire;
- des consultations systématiques, telles que les prénatales sont aussi symboliques qu'inutiles, parce que faite pour des raisons plus formelles que par soucis d'efficacité;
- des prescriptions trop souvent inutilement coûteuses;
- des accouchements réalisés dans de véritables usines où de toute évidence les parturientes ne sont pas suivies avec l'intensité que mérite un acte si important et si délicat de la vie.

La mission a également constaté l'insuffisance de l'approche communautaire dans la conduite des actions de santé; les programmes sont mis en oeuvre de façon magistrale sans tenir vraiment compte ni des spécificités des différents quartiers et des populations qui les habitent, ni de l'éventuelle capacité à s'organiser des communautés de base pour contribuer à la résolution des problèmes qui les concernent.

Les membres de la mission ont également été impressionnés par le nombre de cabinets de soins tenus par des infirmiers, qui effectuent en fait des consultations médicales, et par la présence de très nombreux clandestins. Ils sont convaincus qu'une telle réalité constitue, comme tout ce qui caractérise le secteur informel, une réponse au vide laissé par le système formel de distribution des soins.

Enfin, la mission a constaté qu'en dehors des catégories privilégiées de la population, qui parviennent à trouver auprès du réseau privé de cabinets médicaux et de cliniques des réponses à priori convenables à leurs problèmes, la plupart des malades évoluent entre un ensemble hétéroclite de structures de santé qui les conduisent à se retrouver directement à la porte des CHU, alors qu'un réseau sanitaire mieux organisé leur aurait permis de trouver des soins adaptés à des coûts bien inférieurs.

Ainsi apparaît-il qu'une part importante des problèmes de santé de la population d'Abidjan sont dus non pas à un manque de compétences ni à une insuffisance de ressources financières, mais à un manque d'organisation générale du système de soins.

C'est en vue de répondre à ce constat qu'a été lancé le "Projet Santé Abidjan", dont les grandes lignes directrices, formulées dans un document rédigé par les Docteurs Laure et Floury (Cf. [4]), portaient sur les points suivants :

- soutien à la planification;
- soutien à la réhabilitation des formations sanitaires publiques;
- renforcement des stratégies de lutte contre le Sida en milieu urbain;
- soutien à la maternité sans risque.

Il a par ailleurs été précisé que la première étape dans la conduite du projet consistait à élaborer un document permettant de mobiliser un financement et d'en dégager un programme d'action, tout en respectant le cadre général défini dans le document de valorisation des ressources humaines élaboré avec l'appui de la Banque Mondiale.

Les réformes en cours au sein du Ministère de la Santé, notamment en ce qui concerne le renforcement de la décentralisation ont été considérées comme étant des atouts essentiels à la mise en oeuvre du projet.

3.1.2 Choix stratégiques fondamentaux

Le projet s'appuie sur le simple constat que le système de soins d'Abidjan est loin du minimum qu'est en droit d'espérer une si grande ville dont les capacités économiques sont relativement importantes.

Il se donne comme objectif fondamental de permettre à chaque abidjanais, quel que soit son lieu de résidence et son pouvoir d'achat de bénéficier :

- d'un recours facile et accessible à des soins de qualité
- de programmes efficaces d'action sanitaire orientés vers la résolution des problèmes de santé prioritaires que sont la mortalité maternelle, le Sida, les MST, et la tuberculose.

Pour y parvenir, il prévoit de mettre en place un réseau sanitaire à 3 niveaux :

- au niveau périphérique, des Centres de Santé Communautaires qui d'une part constitueront le premier lieu de recours des populations malades, d'autre part seront en prise directe avec les populations des quartiers au centre desquels ils sont établis pour y conduire des programmes de santé publique;
- au niveau intermédiaire, des Hôpitaux Communaux qui constitueront le lieu de référence des centres de santé de quartier;
- au niveau central, les CHU qui recevront les malades qui dépassent les compétences des Hôpitaux Communaux;

L'ensemble de ce réseau constituera l'ossature d'un système de santé qui s'appuiera :

- au niveau de la ville d'Abidjan sur une Direction Régionale de la Santé,
- au niveau des Communes sur la création d'un Bureau Communal de Santé Publique.

La conception de ce réseau s'appuiera sur deux grands principes : la gestion de type "privé sans but lucratif" des formations sanitaires, et la participation des populations à la gestion de ces formations.

La faisabilité financière d'un tel projet est liée au développement d'une politique des médicaments essentiels qui, réduisant de façon très importante le coût des ordonnances, libèrera une part des ressources des ménages qui pourra être orientée vers le paiement des actes médicaux.

La dynamisation du réseau sera renforcée par la mise en place de programmes spécifiques qui, répondant à des problèmes de santé prioritaires, stimuleront le fonctionnement des différentes structures. Cependant ces programmes seront intégrés au sein du réseau, afin d'éviter toute verticalité. Cependant, cette intégration devra se faire avec pragmatisme, afin d'éviter de mettre en cause le niveau d'efficacité de certains programmes, tels que le programme de lutte contre la tuberculose.

Ce projet doit s'inscrire dans une démarche rigoureuse qui repose sur deux options essentielles : 1) le respect d'une démarche de planification; 2) la conduite d'études et de travaux de recherche tout au long de la mise en œuvre du projet.

Deux hypothèses sont prises en compte dans le cadre de ce projet : d'une part la poursuite d'une progression de la population de la capitale qui la conduira à dépasser le cap des 3,5 millions d'habitants en l'an 2 000 et 5,2 millions en l'an 2 010, d'autre part le maintien de la situation économique actuelle.

3.1.3 Les buts du projet

S'inscrivant par définition dans le cadre de la Santé publique, le projet "Santé Abidjan" aura bien évidemment pour but d'amener l'ensemble de la population de cette mégapole au meilleur état de santé possible.

D'une manière générale, sur une période de quatre années, le projet se propose :

- ▶ d'améliorer la qualité des services produits par l'ensemble du système de soins;
- ▶ d'améliorer l'accès aux soins des différentes catégories socio-économiques en :
 - rapprochant les services disponibles le plus près possible des quartiers;
 - améliorant les conditions d'accueil des malades;
 - diminuant au maximum le coût des services à la charge des ménages, tout en respectant les contraintes financières imposées par le contexte économique;

On veillera cependant à ce que chacune des catégories économiques qui forment le tissu social de la Côte d'Ivoire trouve dans le système de santé une réponse à ses exigences.

- ▶ de mettre en place un système d'analyse épidémiologique de la situation sanitaire de la ville pour permettre aux services du Ministère de la Santé de jouer un rôle de "conseil" auprès des municipalités;
- ▶ d'élever au sein de la population le niveau d'adoption de certaines attitudes, jugées essentielles pour une amélioration de la santé.

De manière plus précise, il s'agira de :

- adapter le réseau sanitaire de la capitale à ses spécificités géographiques, économiques et socio-culturelles;
- mettre en place un système de gestion des formations sanitaires orienté sur des principes de performance.

- promouvoir un état d'esprit de santé publique reposant d'une part sur une démarche épidémiologique, d'autre part sur un esprit de management;
- développer la notion de qualité des soins dans le fonctionnement des formations sanitaires;
- contribuer à : i) réduire de taux du mortalité infantile; ii) abaisser la mortalité maternelle au dessous du seuil de 100 pour 100 000 naissances; iii) prendre en charge au niveau périphériques les séropositifs et les sidéens; iv) élever le taux d'utilisation des préservatifs au sein de la population; v) élever le taux de dépistage des tuberculeux et améliorer l'efficacité thérapeutique des traitements antituberculeux.

3.2 LA DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

3.2.1 Présentation générale

Le développement de la Direction Régionale constitue un des éléments fondamentaux du projet. Cette structure qui a pourtant été créée en 1985 n'a jamais véritablement trouvé sa place au sein du système national de Santé de la Côte d'Ivoire.

Cependant, la publication de l'organigramme du ministère de la Santé et de la Protection Sociale et celle de l'arrêté n°215/MSPS/CAB. du 16 Août 1991 fixant ses attributions et ses modalités d'organisation lui ont donné la possibilité institutionnelle de devenir le véritable chef d'orchestre de l'action sanitaire dans la ville d'Abidjan.

En liaison directe avec la Direction Générale de la Santé, chargée de représenter au niveau régional le ministre de la Santé et devant assurer la mise en oeuvre de la Politique nationale de santé publique à l'intérieur de sa circonscription, la direction régionale constitue le lieu d'intégration des différents programmes d'action sanitaire, qui doivent être réalisés au sein de la population dépendant de ses compétences.

Cette orientation, qui s'inscrit dans le cadre d'une déconcentration des services publics, constitue un changement profond avec l'organisation précédente du ministère de la Santé qui voyait ses différentes directions évoluer pour leur propre compte, sans que n'intervienne vraiment les notions de priorité, ni de cohérence dans la mise en oeuvre de la politique nationale.

Ainsi que le précise l'arrêté 215, la Direction Régionale doit "orchestrer la mise en oeuvre de la politique nationale au niveau régional."

Elle a donc pour tâches de :

- planifier la mise en oeuvre de la politique nationale au niveau local et le développement du système de santé;
- coordonner le fonctionnement des différents éléments constitutifs de ce système;
- assurer la supervision et l'évaluation périodique;
- décider des interventions particulières à conduire pour résoudre les différents problèmes qui seront rencontrés.

A cela s'ajoute une fonction essentielle, qui est l'évaluation de la qualité des soins.

Pour remplir sa mission, la Direction Régionale de la Santé comprend 6 services techniques :

- le service de la Gestion Administrative et Financière;
- le service des Affaires sanitaires;
- le service des Affaires Sociales;
- le service de l'Epidémiologie et des Statistiques;
- le service de la maintenance, du matériel et de l'équipement;
- le service d'Information-Education-Communication.

Ce sont eux qui, sous la coordination du directeur régional de la Santé, assurent la dynamisation de la politique sanitaire au niveau de la région du Sud en général et de la ville d'Abidjan en particulier.

Pour être fonctionnelle, il est indispensable que la direction régionale de la Santé soit regroupée en un lieu unique disposant de locaux suffisants et adaptés. Elle doit par ailleurs disposer d'un mobilier, d'un équipement et d'un budget de fonctionnement adéquat. Les caractéristiques de ces moyens figurent en annexe 3.

Trois aspects essentiels doivent être pris en considération pour permettre à la direction régionale de remplir sa mission :

- la mise en place d'une structure de santé publique au niveau de chaque commune, qui, comme au niveau des départements, représenterait le directeur régional de la santé;
- la communication doit être développée au sein de la direction pour que chacun se sente partie prenante d'un véritable travail en équipe. Il est nécessaire que des rencontres régulières aient lieu entre le directeur régional et les différents chefs de service et les responsables des structures communales de santé évoquées plus haut. Ces rencontres devront permettre à ses différentes personnes de : i) participer à l'élaboration du plan d'action sanitaire de la ville d'Abidjan et de suivre sa mise en oeuvre; ii) donner un avis sur toutes les décisions concernant l'action sanitaire dans la ville et pouvant avoir des conséquences sur l'état de santé de la population; iii) suivre l'évolution des indicateurs de santé; discuter les textes devant être décidés par la direction régionale de la Santé concernant la Ville d'Abidjan; vi) faire toute proposition concernant l'action sanitaire dans la ville d'Abidjan;
- au niveau de la ville d'Abidjan, la mise en place d'une instance consultative, qui regroupera autour des techniciens de la Santé les élus de la capitale (Maires, députés,...) et les responsables des autres secteurs techniques ayant un lien avec la santé (urbanistes, voirie..) pour donner un avis sur toutes les décisions concernant le développement de la cité dans le domaine de la santé et de faire des propositions quant à la conduite d'actions concrètes dans ce domaine.

Pour qu'elle puisse remplir sa mission, qui repose d'une part sur l'expression d'un véritable esprit de santé publique, d'autre part sur des compétences techniques relativement précises, les membres de la mission estiment nécessaire que la direction régionale de la Santé soit renforcée pendant la durée du projet par la présence de sept assistants techniques dans les domaines suivants :

- un spécialiste en planification sanitaire, coordonnateur du projet, qui secondera le directeur régional de la Santé;
- un spécialiste en gestion et financement des systèmes de santé, qui travaillera au sein du service de la Gestion Administrative et Financière;
- un médecin épidémiologiste, qui appuiera le service de l'Epidémiologie et des Statistiques;
- un professionnel de la santé et de la formation, chargé de travailler avec le service IEC-formation et des relations avec les associations de santé communautaire et ONG;
- un médecin spécialiste en organisation médicale et organisation des soins, qui apportera son concours au service des Affaires Sanitaires;
- un cadre infirmier spécialiste en anesthésie réanimation pour l'organisation des activités chirurgicales et la formation des personnels des blocs opératoires des hôpitaux généraux;
- un économiste de la santé ou médecin de santé publique chargé de la coordination des études et enquêtes.

Un descriptif plus précis des missions confiées à cette assistance technique figure en annexe 7.

3.2.2 Le plan d'action sanitaire d'Abidjan

L'un des aspects essentiels du projet consiste à aider la direction régionale de la Santé à élaborer un plan d'action sanitaire pour la ville d'Abidjan.

La mission recommande qu'il s'agisse d'un plan à moyen terme (5 ans par exemple), mais elle estime qu'un minimum de 2 ans est nécessaire pour son élaboration. Ainsi, le démarrage du projet doit se faire "hors plan" ce qui nécessitera l'élaboration d'un programme à court terme pour les 2 premières années.

Ce plan aura pour objet de définir le cadre institutionnel, technique et financier dans lequel devront s'inscrire les actions de santé à réaliser dans la ville d'Abidjan au cours de la période considérée. Il ne devra en aucune façon constituer un carcan entravant la conduite des actions de santé et les initiatives privées. Il devra au contraire constituer l'outil qui permettra de maîtriser les différents paramètres dont dépend l'efficacité et l'efficacité des programmes de santé.

Ce plan devra bien évidemment s'inscrire dans le cadre de la politique générale de Santé publique de la Côte d'Ivoire et être conçu à l'image des plans d'action sanitaire qui devront être élaborés pour les différentes régions du pays.

L'élaboration de ce plan nécessitera la réalisation d'études préalables qui conduiront à la rédaction d'un document sur la situation sanitaire au sein de la capitale. Ce document devra comprendre :

- une monographie sur la situation socio-économique, démographique et urbanistique de la ville d'Abidjan et sur ses perspectives d'avenir;
- une étude descriptive et analytique de ce qui constitue le système de santé de la capitale, et qui portera en particulier sur le réseau en place, tant public que privé, ses activités, son impact, ses coûts de fonctionnement;
- une description de l'état de santé de la population.

Ces études devront être réalisées au cours de la première année, afin que la seconde puisse être consacrée à l'élaboration du document de planification proprement dit.

L'élaboration de ce plan incombera à la direction régionale et devra être réalisée en liaison étroite avec :

- les différents Instituts et Directions du Ministère de la Santé et plus particulièrement avec l'INSP, l'INHP et la DIEP;
- les institutions représentatives de la communauté (municipalités, députés, associations, corporations,...);
- les Conseils nationaux des différents Ordres et autres institutions concernées par l'action sanitaire (Eglises,...);
- les différents services techniques et financiers qui travaillent sur la capitale et en particulier avec les services d'urbanisme (Direction du Contrôle des Grands Travaux);
- les directions de la santé des 9 autres régions de la Côte d'Ivoire.

Au terme de cette préparation, un projet de plan sera soumis au ministère de la Santé, puis aux différentes instances nationales, régionales et municipales et enfin aux différents partenaires susceptibles de participer à son financement.

3.2.3 Aspects spécifiques

La direction régionale de la Santé doit accorder une place majeure à deux aspects essentiels dont dépend la réussite du projet : les modalités de gestion et la qualité des soins.

Les règles de gestion à promouvoir au sein du système de santé devront être orientées vers la notion de performance.

La qualité des soins devra être considérée comme une des missions majeures du système de santé à promouvoir. Elle concernera aussi bien le déroulement des consultations, les examens complémentaires (biologiques, radiologiques,...) la prescription, la réalisation des soins infirmiers et

les interventions chirurgicales que l'accueil des malades ou leur prise en charge au sein des formations sanitaires.

Il serait logique que ce volet très important soit confié au service des affaires sanitaires de la direction régionale. Il devra débiter par une détermination de critères de qualités en étroite concertation entre cliniciens, spécialistes de santé publique, personnel soignants et des représentants des populations. Il devra se poursuivre par des évaluations qui seront réalisées centre par centre par des équipes pluridisciplinaires.

Elle devra débiter sur des recommandations qui devront être discutées avec le personnel médical des formations concernées, afin de dégager une conduite à tenir et de débiter sur des programmes réalistes d'amélioration de la qualité des soins. Leur mise en oeuvre nécessitera de former le personnel et de réorganiser le fonctionnement des services.

3.3 LES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRES

3.3.1 Définitions et fonctions

Selon les membres de la mission, le centre de santé communautaire¹ est une création nouvelle qui constitue un élément essentiel du projet. Il représente le premier niveau d'intervention du système de soins de la ville d'Abidjan.

Il a pour zone d'influence un ou plusieurs quartiers contigus d'une même commune, dont la population totale a été fixée dans un premier temps autour de 50 000 habitants. Ce chiffre a été adopté en référence aux expériences réalisées dans des pays voisins. Il offre une marge de sécurité qui permettra de garantir une fréquentation suffisante des premières créations. Il restera toujours possible de diminuer ultérieurement ce chiffre en encourageant l'ouverture de centres supplémentaires.

Le Centre est une formation sanitaire de droit privé qui n'a aucun but lucratif et assure la permanence du service public à l'égard de sa population de référence. C'est ainsi par exemple qu'il doit :

- recevoir et traiter les malades aux heures ouvrables;
- assurer les accouchements à toute heure du jour ou de la nuit;
- recevoir et traiter les urgences médicales 24 heures sur 24;
- contribuer à la protection de la population par des activités de prévention et de promotion de la santé;
- participer à la surveillance épidémiologique.

Sa gestion est assurée par une association de droit privé sans but lucratif.

Le cadre de ses interventions est défini au sein d'une convention de droit privé qui est signée entre ses instances dirigeantes et la direction régionale de la Santé.

3.3.2 Modalités de fonctionnement

3.3.2.1 Les activités

Les activités sont réalisées dans le Centre de santé (services "intra muros") et à l'extérieur du Centre (services "extra muros" ou "activités avancées").

¹) cette terminologie a été adoptée pour l'ensemble du document; on pourrait aussi parler de formation sanitaire de quartier (FSQ) pour se rapprocher de la notion de formation sanitaire urbaine (FSU) familière en Côte d'Ivoire. Ce qui importe est le statut et le mode de gestion de l'établissement.

a) Les services "intra muros"

Ils reposent sur les déplacements des populations vers le Centre de Santé et comprennent :

- des consultations de médecine générale, effectuées exclusivement par des docteurs en médecine;
- des soins infirmiers;
- des actes de petite chirurgie;
- des consultations de Santé familiale, à savoir : des consultations prénatales, des consultations postnatales, des consultations de planning familial, des consultations de suivi des enfants sains;
- des accouchements ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale;
- des vaccinations, selon le Programme Elargi de Vaccination;
- des hospitalisations de jour, permettant notamment : i) la réhydratation par voie orale, oeso-gastrique ou intraveineuse des enfants déshydratés; ii) la récupération nutritionnelle des enfants malnutris ou en danger de malnutrition; iii) le traitement des cas graves de paludisme; vi) le dépistage et le traitement de malades atteints par des affections telles que la tuberculose, la lèpre ou le Sida;
- l'éducation des populations, notamment en matière de sexualité, d'hygiène et de nutrition;
- un service de garde.

Par ailleurs, le Centre assurera certaines activités de médecine scolaire et de médecine du travail.

En ce qui concerne les examens complémentaires :

- pour les examens de laboratoire, le Centre peut effectuer lui-même des prélèvements et les acheminer jusqu'au laboratoire de l'hôpital Communal ou du CHU. Une convention entre ces différentes structures permet au malade de régler le prix des examens de laboratoire directement au Centre de Santé à un tarif égal à celui du laboratoire qui les réalise.
- pour les examens radiologiques, endoscopiques ou échographiques, les malades sont adressés à l'hôpital Communal ou au CHU.

Dans les deux cas, les résultats sont remis au malade par un médecin du centre au cours d'une consultation médicale complémentaire gratuite.

Les évacuations sont réalisées par l'ambulance de l'hôpital Communal qui est appelée par téléphone.

b) Les activités avancées

Ils reposent sur les déplacements du personnel du Centre vers les populations, en se rendant à leur domicile. Ils concernent de nombreuses activités de prévention et de promotion, telles que l'éducation pour la santé ou le suivi des enfants ayant présenté une malnutrition. Ils concernent aussi les soins à domicile de certains malades, tels que les sidéens. Enfin, ils permettent le suivi des familles à risque et des malades "au long cours" (tuberculose, lèpre,...) qui ne suivent pas régulièrement leur traitement.

3.3.2.2 Le personnel

L'étude de faisabilité qui est présentée plus loin permet de décrire le personnel type d'un Centre de Santé Communautaire. A titre indicatif, il peut être composé de :

- 1 directeur-gestionnaire,
- 3 médecins,
- 4 sages femmes,
- 3 infirmières,
- 1 assistante sociale,
- 1 secrétaire-comptable,

- 1 agent chargé de la distribution des médicaments,
- 3 manoeuvres,
- 1 gardien.

Il peut s'agir d'un personnel mis à la disposition du centre par l'Etat (ou par la municipalité) ou recruté sur contrat par l'Association.

3.3.2.3 Les locaux

Le Centre de Santé Communautaire dispose de (voir plan type en annexe) :

- ▶ une unité administrative, regroupant :
 - le bureau du gestionnaire;
 - un secrétariat;
 - un bureau de la comptabilité;
- ▶ une unité de soins comprenant :
 - une salle d'urgences;
 - deux salles de consultation de médecine générale;
 - une salle d'injections et de prélèvements;
 - une salle de pansements;
- ▶ une maternité disposant :
 - d'une salle de travail;
 - d'une salle d'accouchement équipée de 2 tables;
 - de 4 salles d'hospitalisation d'une capacité totale de 10 lits;
- ▶ une unité de SMI composée de :
 - une salle de consultation des femmes où sont réalisées toutes les visites les concernant;
 - une salle de consultation des enfants sains, où sont également réalisées les vaccinations du PEV;
 - une salle d'hospitalisation de jour des enfants où sont traités les enfants déshydratés;
 - une salle de diététique où sont effectuées des activités de récupération et d'éducation nutritionnelle;
- ▶ une pharmacie comprenant :
 - un magasin de stockage;
 - un magasin de cessions au détail.

Il doit disposer de locaux suffisants et être situé au coeur de sa population de référence.

3.3.2.4 L'Association sans but lucratif

Elle comprend :

- une assemblée générale qui est composée de toutes les personnes qui habitent le ou les quartiers d'implantation du Centre, qui disposent d'une carte d'adhésion et qui se sont acquittées d'une cotisation annuelle;
- un Comité de gestion qui est élu par l'assemblée générale;
- un bureau qui est élu au sein du Comité de gestion.

Elle est le gérant du Centre et l'employeur de son personnel. Il lui appartient en conséquence de :

- recruter le directeur du centre, qui doit avoir reçu une formation supérieure en gestion;
- fixer les tarifs à appliquer;
- mettre au point son règlement intérieur;
- approuver le choix du personnel recruté par le directeur du centre;

- voter son budget annuel, sur proposition de son directeur, et approuver le bilan d'exécution de l'année précédente;
- donner des avis au directeur sur le fonctionnement du Centre dans des aspects ne concernant pas le domaine technique, tels que l'accueil des malades, les tarifs à appliquer, les activités à réaliser, les horaires, l'emploi de nouveaux agents, l'absentéisme du personnel, la propreté des locaux, etc...

Chaque titulaire d'une carte d'adhérent en cours de validité dispose d'une liste d'ayant droits comprenant ses parents, ses épouses et ses enfants légitimes mineurs ou scolarisés. Tous bénéficient de conditions tarifaires préférentielles lorsqu'ils fréquentent le Centre.

3.3.2.5 L'hôtellerie

Elle ne concerne que l'hébergement des accouchées qui s'effectue soit dans des salles ordinaires (3 ou 4 lits disposant d'une ventilation), soit dans des chambres "catégories" (1 ou 2 lits disposant d'une climatisation). Des solutions locales devront être trouvées pour éviter que le Centre ne soit équipé d'une cuisine.

3.3.2.6 Les déplacements

Bien qu'ils soient essentiels, les déplacements de l'équipe médicale vers la population n'ont pas été prévus dans le cadre des activités de base du Centre. Leur financement dépendra en effet des conventions qui pourront être éventuellement signées entre le Ministère de la Santé et le centre, concernant l'octroi d'allocations contractuelles en échange de la réalisation de certaines activités (PEV, prise en charge des sidéens,...).

Par ailleurs, avant qu'ils n'aient lieu, une étude devra être faite par la direction régionale pour déterminer quelle est la meilleure des 2 solutions pour effectuer ces déplacements : soit faire appel à des taxis qui seront payés à la course, soit disposer d'un véhicule (du type R4) et d'un budget de fonctionnement.

3.3.2.7 Le système de gestion

Bénéficiant de son autonomie de gestion, le centre doit s'efforcer d'une part d'équilibrer ses dépenses par ses ressources, d'autre part de les optimiser en terme de qualité par rapport au coût.

Il effectue ses dépenses conformément au budget qui a été préalablement voté par l'Association.

Ses dépenses comprennent :

- le salaire de son personnel contractuel;
- des primes accordées à l'ensemble de son personnel, y compris le personnel mis à sa disposition par l'Etat ou la Commune;
- les achats de médicaments, de réactifs et autres consommables, indispensables au fonctionnement quotidien du centre;
- les dépenses de fonctionnement courant, dont celles d'électricité, d'eau et de téléphone;
- la maintenance de ses équipements et le maintien de ses bâtiments;
- le paiement des examens de laboratoire dont le prélèvement a été effectué au centre;
- l'amortissement de son matériel.

Ses ressources sont de 2 types :

- des ressources propres qui proviennent des cotisations de ses membres et de son système de recouvrement des coûts;
- des subventions qui proviennent de l'Etat, de la commune, ou de tout autre organisme.

Le recouvrement des coûts s'effectue à partir du paiement de chaque consultation, soin infirmier, acte de petite chirurgie, carnet de maternité, accouchement, et carnet de santé de l'enfant.

Le montant des cotisations pour les adhérents et les tarifs des prestations fournies par le CSC sont votés par l'Assemblée générale lors des réunions ordinaires sur proposition du gestionnaire.

Le Centre est ouvert à toutes les personnes qui le souhaitent. Les titulaires d'une carte de membre de l'Association et leurs ayants droits bénéficient de tarifs préférentiels, tandis que les non adhérents doivent payer le plein tarif.

Lorsque des patients bénéficient d'une prise en charge par un organisme (mutuelle, assurance-maladie, CNPS,..) avec lequel l'association a signé une convention, le Centre fait payer les soins et les médicaments et remet au malade une feuille de maladie, sur laquelle figure l'ensemble des montants payés, afin qu'ils lui soient remboursés.

Un tiers payant peut être institué lorsqu'une structure signe une convention par laquelle elle accepte de rembourser à l'association le paiement de certains services réalisés au profit de ses ayants droits. Il est cependant nécessaire qu'elle assure l'association de toutes les garanties lui permettant de recouvrer ses créances.

Pour améliorer l'impact du centre sur la population, ses différentes activités devront être liées les unes aux autres. C'est ainsi par exemple que l'on profitera de la visite au centre d'un enfant atteint de diarrhée, pour vérifier s'il a bien été vacciné et si ce n'est pas le cas, pour l'orienter vers la consultation appropriée. Les différentes activités devront être, autant que possible, réalisées tous les jours. C'est ainsi qu'il n'y aura pas de jour spécial pour les visites prénatales et pour le planning familial : la sage femme qui effectuera les consultations répondra globalement aux problèmes des femmes.

La détermination du niveau de salaire et des primes se fera de telle sorte que l'ensemble du personnel bénéficie des résultats financiers excédentaires du Centre.

3.3.3 Modalités de mise en place

La mise en place d'un Centre de Santé Communautaire doit se faire selon une démarche bien établie et acceptée par les différents partenaires que sont l'Etat (ministère de la santé au travers de la direction régionale de la Santé) et les municipalités.

Les membres de la mission recommandent un scénario en dix étapes :

- ▶ *Initialisation*
 - 1- mise en place d'un premier groupe informel d'habitants du ou des quartiers intéressés par la création du centre;
 - 2- réalisation d'une étude de faisabilité avec le soutien de l'équipe de la direction régionale de Santé;
- ▶ *Si les résultats de l'étude s'avèrent concluants*
 - 3- demande de financement à la direction régionale de la Santé;
- ▶ *En cas de réponse positive*
 - 4- création d'une association à but non lucratif, reconnue par les pouvoirs publics;
 - 5- construction des locaux (ou transformation de locaux existants), acquisition des équipements et constitution des stocks de démarrage;
 - 6- recrutement du personnel;
 - 7- ouverture du Centre;
 - 8- vente de cartes d'adhérent à la population du quartier;

- ▶ *Au bout d'un an d'activités* 9- réalisation d'un audit externe;
10- Réunion d'une Assemblée Générale des adhérents, au cours de laquelle le bureau présente son rapport technique et financier avant de présenter sa démission. Election démocratique d'un nouveau bureau.
- ▶ *Le Centre est alors en place.*

La philosophie sur laquelle s'appuie la création d'un Centre de Santé Communautaire repose sur les idées suivantes :

- il n'existe à l'origine qu'un très faible potentiel au sein d'une population pour participer à une action communautaire nouvelle;
- l'adhésion à l'Association se fera sur un motif intéressé et individuel, à savoir que le paiement d'une cotisation entraîne une ristourne sur les tarifs des services, supérieure au prix de la carte. Il faut donc que le montant de la cotisation soit amorti en quelques visites;
- le premier groupe à l'origine de l'Association peut n'avoir aucune représentativité; il permet cependant le démarrage.

Ce seront les groupes suivants qui eux devront nécessairement être issus d'une démarche démocratique.

3.3.4 Modèle de financement

3.3.4.1 Prévisions d'activité et personnel correspondant

Les prévisions qu'on présente ci-dessous sont issues de deux sources principales :

- les informations glanées au cours de la mission d'octobre 1991 ont permis de donner une valeur aux paramètres démographiques ;
- l'expérience des médecins de santé publique membres de la mission a été mise à contribution pour prévoir quels volumes de soins et de produits d'usage courant au dispensaire seront nécessaires pour prodiguer des soins de qualité aux patients qui se présenteront; elle a aussi permis de déterminer la charge maximale de travail qui pourrait être confiée au personnel médical et paramédical employé par le centre de santé, pour que la qualité des soins soit la meilleure qu'on puisse obtenir.

Cependant, l'information est très insuffisante sur les habitudes des familles en matière de recours aux soins; aussi, certains paramètres du modèle, notamment le taux de fréquentation et le taux d'adhésion, ne peuvent être fixés qu'au jugé. On a compensé le caractère hypothétique de cette détermination par l'examen de larges plages de variation de ces paramètres : s'il apparaît que le résultat final (déficit ou bénéfice) est peu sensible aux variations de ces paramètres, les autres conservant des valeurs données, on est en droit de conclure que les prévisions du modèle ne sont pas affectées par l'insuffisance de l'information.

a) Activités

Le centre de santé périphérique est conçu pour desservir une population de l'ordre de 50.000 personnes. D'après l'enquête du Plan Transport, la taille moyenne des ménages est de 5,4 personnes à Abidjan. Le nombre de ménages desservis par un centre de santé serait donc d'environ 9500. D'après l'enquête de la Banque Mondiale, la taille moyenne des ménages est de 7,3 personnes, ce qui correspond alors à 6850 ménages. Une certaine proportion de ces ménages adhèrera à l'association chargée de gérer le centre de santé, et les adhérents, qui paieront une cotisation (le modèle permet d'étudier autant de variantes qu'on le veut pour le montant de cette cotisation) bénéficieront d'un tarif plus avantageux pour les prestations. Les non adhérents paieront plein tarif.

Il sera politiquement souhaitable, et peut-être nécessaire, que ce plein tarif soit aligné sur celui qui est pratiqué dans les formations publiques. Mais pour l'instant, le secteur public cherche seulement à recouvrer quelques recettes, sans se préoccuper de savoir quelle proportion des coûts représente ce recouvrement, qui constitue pour les formations un ballon d'oxygène, mais pas la guérison. Notre perspective est tout-à-fait différente : selon notre proposition, les activités du centre de santé périphérique doivent être financées par les ressources qui proviennent de la vente des prestations aux bénéficiaires, sinon le système ne fait qu'entretenir la dépendance. Le modèle servira donc, dans un premier temps, à déterminer quel est le prix auquel les prestations d'un centre de santé périphérique, répondant à certaines conditions explicites d'organisation et de qualité des soins, doivent être vendues. Cet enseignement du modèle éclairera la décision du ministère lorsqu'ils fixera ou révisera les tarifs applicables dans les formations publiques.

Dans le cas où les pouvoirs publics n'auraient pas la possibilité de fixer les tarifs au niveau des prix de revient, on peut imaginer que les centres de santé périphériques proposent une formule complètement différente, inspirée de l'assurance : moyennant une cotisation annuelle forfaitaire, que le modèle permet de calculer, les prestations seront assurées gratuitement aux cotisants, mais à eux seuls.

Le volume des principales activités est alors estimé à l'aide de paramètres tels que les suivants (pour plus de précisions, voir annexe) :

- pour chaque personne, chaque année, on compte 0,3 épisode de maladie entraînant une consultation médicale, la moitié pour les adultes (13 ans et plus), la moitié pour les enfants; des variantes, par exemple à 0,5 et 0,7 épisode par personne et par an peuvent être établies; on rappelle que les informations disponibles permettent d'estimer le nombre de contacts avec les services de santé publics, par personne et par an, à 0,5 au minimum, et sans doute à deux au maximum; et qu'à Abidjan, en cas de maladie, près de 30 % des contacts seraient pris en dehors du secteur public;
- chaque épisode traité exige en moyenne un acte infirmier, dont 50 % d'injections ou de prélèvements de laboratoire, 30% de soins infirmiers mineurs (consommation de produits faible ou nulle), et 20% de soins infirmiers majeurs (consommation de produits importante);
- taux de natalité de 41 pour 1000 dans la population d'Abidjan (recensement de 1988);
- 90% des femmes enceintes viennent au moins une fois aux consultations prénatales, mais seulement 75% de celles qui utilisent les consultations prénatales s'adressent au centre de santé (les autres s'adressent au secteur privé); au total, 67,5% des femmes de la zone desservie utilisent les consultations prénatales du centre, et elles y prennent en moyenne 2 consultations au cours de leur grossesse;
- 50% des femmes ayant accouché vont au moins une fois à une consultation post-natale, mais 75% d'entre elles s'adressent au centre de santé (qui reçoit donc 37,5% des femmes ayant accouché, et pour une seule consultation);
- 90% des femmes enceintes de la population bénéficiaire accouchent dans une maternité, et 75% à la maternité du centre de santé, qui doit donc prendre en charge 67,5% des accouchements de la zone qu'il dessert (les autres 25% s'adressent au secteur privé);
- 10% des femmes en âge de procréer (appartenant à la tranche 15 à 44 ans, qui représente 24% de la population totale d'Abidjan, recensement de 1988) s'adressent aux consultations de planning familial (mais 75% de celles qui le font viennent au centre de santé, soit 7,5% de la population totale, et elles y suivent en moyenne deux consultations dans l'année);
- 20% des enfants d'âge préscolaire (de 0 à 5 ans) se rendent en moyenne 2 fois par an à une visite médicale systématique.

b) Personnel

Les besoins en personnel du centre de santé ne peuvent pas être fixés en considérant simplement l'activité prévue. En effet, dès le premier jour, le centre de santé doit assurer les services offerts avec régularité; plus précisément même, dès l'ouverture, la maternité doit offrir une permanence de nuit comme de jour (et cela implique par exemple l'embauche immédiate de quatre sages-femmes).

Au delà de cette contrainte, l'effectif du personnel devra augmenter en fonction de l'activité : dès qu'une activité donnée dépasse le nombre d'actes qu'on peut attendre d'un professionnel donné, il est nécessaire d'embaucher un second professionnel de même qualification. On a donc fixé un nombre annuel maximum d'actes pour chacune des qualifications médicales et paramédicales. Il convient de signaler que ces nombres d'actes sont nettement supérieurs à ceux qui ont été pris en considération dans certaines travaux de prospective du système de santé ivoirien. Qu'on en juge sur les trois seuls actes sur lesquels la comparaison paraît possible entre notre modèle et celui de la DCGTx (Cf. [5] annexe A.2.4 p. 24) :

Tableau 27 : comparaison de quelques paramètres d'activité utilisés pour la mise au point du modèle de fonctionnement des centres de santé.

	notre modèle	modèle DCGTx
consultations par jour	maximum 30	de 7 à 16
consultations par an	6000	de 1540 à 3520
accouchements par jour	4	de 2 à 3
accouchements par an	1000	de 440 à 660
consultations de spécialiste par jour	6	de 7 à 10

Nous relevons, dans les mêmes bases de calcul du modèle de la DCGTx, que la rémunération médiane annuelle d'un médecin (indemnité comprise) est comptée pour 5,2 millions FCFA (Cf. [5] annexe A.2.4 p. 7), et que par conséquent la seule rémunération du praticien pour une consultation coûte à l'Etat entre 1500 et 3400 FCFA en ordre de grandeur.

La gestion privée implique que les professionnels de santé ne sont plus des privilégiés parmi les privilégiés, mais des salariés hautement qualifiés ayant à répondre du volume et de la qualité de leur activité : nous retiendrons les niveaux de rémunération en vigueur actuellement, en considérant que les médecins et les autres professionnels de santé travaillent effectivement à plein temps dans la formation sanitaire qui les paie.

3.3.4.2 Financement du fonctionnement courant du centre de santé

On expose ci-dessous dans leurs très grandes lignes les objectifs qui sont visés par la construction d'un modèle de simulation des dépenses et des recettes d'un centre de santé périphérique ayant les activités qui ont été décrites ci-dessus et disposant du personnel qualifié voulu, selon les normes de productivité qui ont été retenues. On indique aussi comment se présente le modèle, dont quelques résultats sont donnés dans la section suivante.

Cette dernière est en effet consacrée à la discussion des premiers enseignements du modèle. Beaucoup d'autres variantes que celles que nous commentons peuvent être examinées. Mais celles qui ont été choisies correspondent à quelques options caractéristiques qui peuvent être prises par les décideurs : elles balaient donc une gamme assez large des éventualités réalisables.

a) Objectifs et présentation du modèle

Le principe a été retenu que la gestion des médicaments essentiels en DCI devait être équilibrée, ce qui est possible quel que soit le niveau d'activité : par conséquent, il n'est pas nécessaire de faire figurer la gestion pharmaceutique (et par exemple le salaire du vendeur) dans les simulations (seul y

apparaîtra le coût estimé des produits utilisés à l'occasion de l'exécution des soins infirmiers, et des médicaments administrés en urgence à l'occasion des consultations).

Le modèle de simulation a été bâti pour explorer les conséquences de très nombreuses hypothèses concernant le montant de la carte d'adhésion, le taux d'adhésion, la demande de soins, les valeurs des tickets modérateurs (somme que paie l'adhérent lorsqu'il utilise effectivement le service) et des tarifs (somme que paie le non adhérent lorsqu'il utilise le service), tous éléments qui détermineront le montant des recettes du centre de santé, d'une part, la politique des salaires et la productivité attendue du personnel (et donc son effectif), éléments qui déterminent le montant des charges, d'autre part. On suppose que la fréquentation n'est pas affectée par le niveau des tarifs ou des cotisations : les paramètres qui déterminent l'activité du centre de santé sont donc les mêmes pour les adhérents et pour les non adhérents.

Le modèle est bâti pour décrire les dépenses et recettes du fonctionnement courant : ainsi par exemple, les charges de personnel sont complètement incluses (y compris les cotisations sociales au taux de 17% par exemple). Par contre, il n'est pas tenu compte de charges de remboursement d'emprunt : on suppose que l'investissement aura été réalisé en don (provenant soit de l'aide extérieure, soit de l'Etat); on ne prévoit même pas d'amortissement de l'équipement, ce qui est évidemment discutable, puisqu'on se place dans une perspective de gestion privée, et qu'on voudrait que la réalisation soit pérenne.

Signalons encore que les dépenses du modèle incluent une "assurance dystocie" : en cas d'accouchement dystocique, le centre de santé prend en charge l'évacuation de la parturiente et le coût de l'hospitalisation qui sera nécessaire. On suppose que 7% des accouchements sont dystociques, et que le coût moyen de l'hospitalisation dans un tel cas est de 50.000 FCFA.

A partir des éléments, qui figurent dans la partie supérieure des tableaux ci-après, on calcule tout ce qui se trouve dans la partie inférieure :

- le nombre des actes des diverses catégories, exigés par la demande de soins exprimée par la population couverte (Cf. la colonne "Actes");
- les recettes correspondant à la vente des cartes, au ticket modérateur et au tarif imposé sur chaque acte (Cf. colonne "Recettes");
- les effectifs du personnel nécessaire pour réaliser les actes prévus (d'après ce nombre d'actes et d'après la productivité du personnel, c'est-à-dire le nombre annuel maximum d'actes qu'un agent de qualification donnée peut réaliser dans de bonnes conditions de qualité, évitant en particulier la surcharge et le travail à la hâte); ces effectifs sont calculés puis arrondis à l'entier le plus proche (ou portés au minimum permettant d'assurer la permanence du service Cf par exemple ci-dessus le cas des sages-femmes-, voir les deux colonnes "Effectif personnel" et "Effectif arrondi");
- les dépenses par nature, qu'elles soient variables comme les dépenses de personnel ou la valeur des produits pharmaceutiques consommés à l'occasion des consultations ou des actes infirmiers (et qui ne sont pas facturés au malade); ou fixes (comme par exemple l'annuité d'acquisition des locaux);
- en bas du tableau, on trouve le total des recettes et le total des dépenses.

Toutes les simulations auxquelles nous avons procédé ne sont pas reproduites ici. Elles ont permis d'éliminer certaines hypothèses irréalistes, mais n'ont pas d'autre intérêt.

b) Enseignements des simulations réalisées

Avec les paramètres d'activité et de productivité donnés initialement par les spécialistes de santé publique, complétés par les niveaux actuels de rémunération des agents de la santé, la gestion du centre de santé périphérique est caractérisée par les traits suivants :

- les dépenses se montent à 57 millions annuellement, mais les recettes ne dépassent pas 25 millions;
- les adhérents, qui représentent le quart de la population desservie, financent 13% des recettes; ils sont donc subventionnés par les non adhérents;
- cela provient du fait que la cotisation est d'un montant symbolique, alors qu'elle donne droit à un tarif extrêmement avantageux; par exemple l'accouchement a, pour les adhérents, un tarif qui couvre tout juste le coût estimé des consommables (1000 FCFA).

Ces premiers résultats conduisent immédiatement à orienter la recherche de l'équilibre de la gestion du centre de santé selon une double démarche :

- puisque, dans la version initiale, les adhérents versent moins que ce que coûtent les prestations qu'ils reçoivent, il faut augmenter leur contribution, d'une manière ou d'une autre; à l'inverse, il n'y a aucune raison d'aller à l'autre extrême où les adhérents subventionnent les non adhérents; on doit donc chercher à définir un système de financement qui soit équilibré séparément par rapport à ses deux catégories de bénéficiaires : les adhérents et les non adhérents;
- mais augmenter la contribution des adhérents peut se faire de deux façons très différentes : en augmentant les tarifs à l'acte, ou en augmentant le prix de la carte d'adhésion; si on augmente les tarifs à l'acte, on mettra les adhérents et les non adhérents dans la même situation, et l'adhésion perdra de son intérêt, mais on aura déterminé un tarif qui équilibre les dépenses; si on augmente le prix de l'adhésion, on crée en pratique un système d'assurance au profit des adhérents.

Un mécanisme d'assurance est toujours considéré avec un préjugé favorable, et chacun comprend pourquoi lorsque le risque ou le sinistre survient chez lui. Cependant, une assurance fondée sur le principe de la liberté d'adhésion est difficile à gérer : les "mauvais risques" -ceux qui se savent malades, ou bien ont l'habitude de consommer beaucoup, ou bien encore ont l'intention d'en profiter- ont davantage à s'assurer, les autres non, et le système va vers la faillite.

Partant de cette idée, on a procédé à des essais successifs pour déterminer le prix auquel devrait être vendue la carte d'adhésion (qui est familiale et forfaitaire) pour qu'elle couvre totalement les dépenses des adhérents (c'est-à-dire sans ticket modérateur). Pour déterminer ce prix, on suppose que tout le monde adhère (ce qui signifie simplement que le centre de santé n'a pas d'autre ressource que la vente des cartes d'adhésion), et on fait varier le montant de la carte d'adhésion jusqu'à ce qu'on équilibre dépenses et recettes. L'essai 1 montre qu'on y parvient avec une carte vendue à 6000 FCFA : ce montant assure l'équilibre du financement tant que le nombre d'épisodes par personne et par an conserve sa valeur initiale (0,3), mais pas si ce nombre augmente à 0,5 par exemple. Une carte d'adhésion à 6000 FCFA assortie de la gratuité des soins pour les adhérents revient, pour ces derniers, à payer un peu moins de 4000 FCFA pour les consultations médicales entraînées par chaque épisode de maladie, ce qui est semble-t-il moins de la moitié de ce que coûte une seule consultation dans le secteur privé; l'assurance dystocie est incluse. Plus significatif, la dépense d'honoraires par ménage est limitée au coût de l'adhésion, soit 6000 FCFA, alors qu'en 1985 les ménages dépensaient en moyenne 13.662 FCFA pour les services médicaux (Cf. plus haut).

On peut vérifier que, si le nombre d'épisodes par personne et par an atteint 1, il faut une cotisation de 12.000 FCFA pour assurer l'équilibre d'un centre de santé réservé aux adhérents (Cf. essai 1 bis), et alors le coût moyen des consultations associées à un épisode passe à 2250 FCFA, alors que la dépense totale de 12.000 FCFA (assurance dystocie comprise) est encore inférieure à la dépense de services médicaux enregistrée en 1985.

Maintenant, on se place dans le cas inverse : on suppose qu'il n'y a pas d'adhérents, et on cherche le tarif qui équilibre le coût de la consommation des non adhérents. On détermine le nouveau tarif en appliquant un même pourcentage au tarif de l'essai de base. Dans un essai non reproduit, on avait

simplement augmenté les tarifs de l'essai de base uniformément de 50% : le centre de santé était lourdement en déficit. Pour atteindre l'équilibre, il faut pratiquement doubler les tarifs utilisés dans l'essai de base : alors, dans l'essai 2, on constate que l'équilibre peut être tout juste atteint.

Le modèle permet d'expérimenter avec beaucoup d'autres valeurs du tarif, et on peut aussi y modifier les charges. Par exemple, on peut recalculer rapidement le tarif qui pourrait être proposé si l'Etat prenait en charge telle ou telle catégorie de personnel, ou bien si on décidait de supprimer l'assurance dystocie (dont on voit qu'elle coûte des sommes importantes).

Mais l'enseignement le plus évident du tableau est que, si on veut recouvrer les coûts, ou pratiquer la "vérité des prix" (et pas seulement faire rentrer un peu d'argent dans les caisses de formations exsangues), les tarifs d'équilibre sont très sensiblement supérieurs à ceux que l'Etat se proposait récemment de fixer pour les formations sanitaires publiques. Dans le même temps, ces tarifs restent modiques par rapport à ceux que pratique le secteur privé.

Le dernier essai reproduit ci-après (essai 3) présente une situation plausible : on fixe le prix de la carte d'adhésion à 6000 FCFA, les tarifs pour les non adhérents aux montants qui viennent d'être déterminés, le taux d'adhésion à 20% et le nombre d'épisodes par personne et par an à 0,5. Cette configuration est, d'après les informations dont nous disposons, assez réaliste : on voit qu'elle permet d'arriver confortablement à l'équilibre, et que les non adhérents subventionnent les adhérents.

Enfin, comme le montre le tableau ci-dessous, qui donne le résultat net (recettes totales moins dépenses totales) en fonction de la variation de deux paramètres essentiels, le nombre d'épisodes par personne et par an d'une part (qui définit les colonnes, de 0,1 à 1), le taux d'adhésion d'autre part (qui définit les lignes, de 5% à 70%), la gestion du centre de santé devrait être équilibrée pour de larges plages de variation de ces paramètres : toutes les cases dans lesquelles le résultat est compris entre -5 et +5 peuvent être considérées comme des situations d'équilibre; et si l'on s'écarte de l'équilibre, la modification nécessaire pour y revenir, qu'elle porte sur les tarifs ou sur la carte d'adhérent (c'est-à-dire sur le coût de l'assurance), peut être calculée très facilement.

Tableau 28 : résultats nets de la gestion d'un centre de santé en fonction de différentes hypothèses sur le taux d'adhésion et le nombre d'épisodes par personne et par an.

	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1
0,05	-9	-4	0	4	14	15	19	25	28	30
0,10	-8	-4	0	3	10	13	17	21	24	26
0,15	-7	-3	0	3	9	12	15	18	21	22
0,20	-5	-2	0	3	8	10	13	16	18	19
0,25	-4	-2	0	2	7	9	11	13	15	15
0,30	-3	-1	1	2	6	7	9	10	12	11
0,35	-2	0	0	1	5	6	7	8	9	7
0,40	0	0	1	1	4	4	5	5	5	4
0,45	1	1	1	1	3	3	2	2	2	0
0,50	2	2	1	0	2	0	0	0	0	-3
0,55	4	2	1	0	1	0	-1	-2	-4	-7
0,60	5	3	1	0	0	-1	-3	-5	-7	-10
0,65	6	4	1	-1	-1	-3	-5	-7	-10	-14
0,70	7	4	1	-1	-1	-4	-7	-10	-13	-18

Essai 1 : une situation prévisionnelle plausible

PARAMETRES

ACTIVITE		TARIFS		PRODUCTIVITE		REMUNERATION	
N° Familles	9600	Carte	6000	ActMed	6000	SalMed	300000
N° Farn	5,400	CExtAAadh	0	AccSF	1000	SalSF	150000
Taux Adh	0,200	CExtANAd	2000	ConsSF	4000	SalInf	150000
Epi/p/an	0,500	CExtEAdh	0	SI/Inf	12500	SalAS	80000
Episode	0,500	CExtENAd	1000	SU/AS	17500	SalGeet	200000
Coûp/CG	0,050	CSpéAdh	0	ConSpef	6	SalSec	80000
TauxNet	0,041	CSpéNAd	10000			SalBil	80000
%AccDisp	0,675	SinfAdh	0			SalMan	50000
%AccDyst	0,070	SinfNAdh	300	CONSOMMABLES			
NConsPré	2,000	CPréAdh	0	%CExt Ur	0,1	SalGard	50000
%ConsPré	0,675	CPréNAd	2000	Coût CExt	500	VacSpéc	25000
NConsPo	1,000	CEntAdh	0	%SI mine	0,3		
%ConsPo	0,375	CEntNAd	1500	Coût SI m	100		
%Fem15-4	0,240	AccAdh	0	%SI maje	0,2		
NConsPla	2,000	AccNAdh	5000	Coût SI m	200		
%UtilPF	0,075	JMatAdh	0	Coût Acc	1000		
%Ent 0-4	0,175	JMatNAdh	3000	Coût Con	50		
%ConsEnt	0,200	Coût césa	50000	%SI injecti	0,5		
NConsEnt	2,000			Coût injec	10		
%ExtEnt	0,500						
N.mois/an	12,500						

RESULTATS

POP.COUV.	ACTES	RECETTES	EFFECTIF PERSON	EFFEC ARRON	NATURE DEPENS	TOTAL DEPENSES
Adhérents	10260	11 400 000			Salaires	
	ConsExt	5130	0	4,8735	Médecins	21 937 500
	SoinInf	2565	0	2,493695	Sage femm	8 775 000
	ConsSpé	257	0	1,028	Infirmiers	4 387 500
				0,366429	AideSoigna	1 170 000
	Accouch	284	0	1	Gestionnair	2 925 000
	AccDyst	20		1	Secrétaire	1 170 000
	HospMat	284	0	1	Billeteur	1 170 000
	ConsPrén	383	0	3	Manoeuvre	2 193 750
	N.C.Prén.	767		1	Gardien	731 250
	ConsPost	106	0	213,75	VacationsS	5 350 000
	ConsPlaF	369	0		Total sal+vac	49 810 000
	N.C.PF	739	0			
	ConsEntf	718			Prod.Pharm	5 405 069
	N.C.SF	1612			AssuranceD	4 969 046
Non Adh	41040	30 780 000			Charges fixes	
	ConsExt	20520			Entretien	1 200 000
	SoinInf	10260			Maintenanc	300 000
	ConsSpé	1028			EauElecTél	900 000
	Accouch	1138			Prod.Entret.	720 000
	AccDyst	80			Papeterie	480 000
	ConsPrén	1533			Secrétariat	720 000
	ConsPost	428				
	ConsPlaF	1477				
	ConsEntf	2873				
	Rec.Adh	11 400 000				
	Rec.NAdh	60 979 438				
	TOTAL REC	72 379 438			TOTAL DEP	64 504 115

3.4 LES STRUCTURES COMMUNALES DE SANTE

3.4.1 Le Bureau communal de santé publique

Les membres de la mission considèrent qu'il est nécessaire que soit mis en place au niveau de chaque municipalité un bureau communal de santé publique ayant pour fonctions d'appuyer la mise en oeuvre de la politique nationale.

Il est l'équivalent au niveau des dix communes d'Abidjan des directions départementales de la santé. Dirigé par un médecin de santé publique, il doit assumer des tâches de gestion, de conseil, et de contrôle en santé publique qui se résument de la manière suivante :

► gestion :

- élaboration des termes des contrats avec les formations sanitaires privées;
- surveillance épidémiologique au niveau communal;
- participation aux activités de formation au sein de la commune;
- organisation et supervision des différents programmes d'action sanitaire au niveau communal (santé scolaire, médecine du travail, PEV, lutte contre le Sida,...);

► conseil :

- conseiller technique de la municipalité;
- participation à titre consultatif aux comités de gestion des hôpitaux Généraux et des Centres de Santé Communautaires.

► contrôle :

- supervision des formations sanitaires publiques;
- vérification de la bonne exécution de ces contrats établis avec les Centres de Santé Communautaires;
- contrôle des installations privées;
- mise en place d'un système de contrôle de l'hygiène publique;
- centralisation des rapports d'activités des formations publiques;
- enregistrement des maladies à déclaration obligatoire.

Le personnel du Bureau se compose d'un médecin relevant de la Direction Régionale de la Santé, d'une secrétaire et de techniciens dont les postes seront créés selon les besoins.

Il est souhaitable qu'il soit situé en dehors d'une formation sanitaire et si possible dans les locaux de la mairie, afin de valoriser les relations privilégiées qui doivent exister entre ce bureau et la municipalité.

Ces locaux doivent se composer de trois bureaux, un secrétariat soit au total une superficie de 85 m². L'équipement doit comprendre 1 véhicule, 1 micro-ordinateur, 1 machine à écrire, 1 mobilier composé de 4 bureaux, 12 chaises, 4 armoires, 1 classeur, 4 petites tables, 1 téléphone.

Le médecin responsable du bureau communal devra travailler en liaison étroite avec l'équipe de la direction régionale de la Santé, ainsi que cela a été précisé plus haut, et avec l'ensemble des médecins chefs des établissements sanitaires de sa commune (hôpital Général, Centres de Santé Communautaires). Ils devront se réunir de façon régulière pour donner un avis sur toutes les décisions concernant la Commune en matière de santé publique, et faire les propositions qu'ils jugeront nécessaires.

Des rencontres régulières devront avoir lieu avec les représentants de toutes les personnes ou organismes qui concourent à la promotion de la santé publique au niveau de la Commune, c'est à dire le maire, les députés de la circonscription, les représentants des associations dont le siège est

situé sur la commune et qui interviennent dans le domaine de la santé (parmi lesquelles figurent les Associations de Santé Communautaires).

3.4.2 L'Hôpital général

3.4.2.1 Définition et fonctions

L'hôpital Général est également une des créations nouvelles du projet qui résulte d'un renforcement du plateau technique d'une formation sanitaire urbaine par commune, ainsi que de l'élargissement de son champ d'activités. Il constitue le premier niveau de référence des Centres de Santé Communautaires.

Il assure par ailleurs les fonctions de Centre de Santé Communautaire vis à vis de la population de sa zone d'implantation (qui doit donc comporter une population de l'ordre de 50 000 habitants). Les consultations externes pourront être gérées selon les mêmes principes que dans les CSC. L'hôpital Général reçoit également les malades qui lui sont adressés par les cabinets de consultation privés. Il réfère vers les CHU les cas qui dépassent ses compétences.

3.4.2.2 Modalités de fonctionnement

a) Les activités

Les activités d'un hôpital Général sont les suivantes :

- consultations de médecine générale;
- soins infirmiers;
- accouchements normaux et dystociques;
- activités de SMI;
- consultations de spécialités (ORL, ophtalmologie,...);
- interventions de chirurgie générale (césariennes, hernies; hydrocèles, appendicites,...);
- hospitalisations médicales et chirurgicales;
- examens de laboratoire courants;
- examens d'imagerie courante (radiographies, échographies,.);
- endoscopies (fibroscopies, rectoscopies,...).

Il assure un service de garde, qui repose sur la présence permanente de médecins résidents et sur la possibilité de recours à des spécialistes à tout moment grâce à un service d'astreinte à domicile. Ces médecins résidents sont recrutés par l'hôpital en priorité parmi les étudiants en CES. Ils sont rémunérés par l'établissement et assurent à tour de rôle la permanence médicale au sein du service de garde. Un système d'astreinte concernant le personnel à temps plein de l'hôpital sera mis en place.

b) Le personnel

Un hôpital Général doit disposer du personnel minimum suivant :

► Personnel administratif :

- un directeur, ayant reçu une formation de gestionnaire;
- un économiste;
- deux secrétaires;
- un comptable;

► **Personnel médical :**

A temps plein :

- Trois médecins généralistes;
- Un gynécologue;
- Un pédiatre;
- Un chirurgien;
- Deux chirurgiens dentistes;
- Un ophtalmologiste;
- Un pharmacien biologiste;
- Trois médecins résidents;

Temporaire :

- un chirurgien;
- un radiologue.
- un gastro-entérologue endoscopiste;
- un ORL;
- un psychiatre;

► **Personnel paramédical :**

- 5 sages femmes;
- des infirmiers diplômés d'Etat;
- 2 techniciens de laboratoire;
- 1 manipulateur radio;
- 1 prothésiste dentaire;
- 1 infirmier spécialisé en ophtalmologie;
- 1 infirmier spécialisé en stomatologie;

c) Les locaux

Un hôpital Général doit disposer au moins de :

► **une unité administrative comprenant :**

- le bureau du directeur du Centre;
- le bureau de l'économe;
- le bureau du comptable;
- le secrétariat de la direction;
- un bureau des entrées;
- une caisse;
- une salle d'archives;

► **une unité de consultations médicales comprenant :**

- une salle d'urgences;
- une salle de petite chirurgie;
- des salles de consultation de médecine générale;
- une salle d'injections;
- une salle de pansements;

► **une maternité comprenant :**

- une salle de travail;
- deux salles d'accouchement;
- une salle des sages femmes;

► une unité de SMI comprenant :

- des salles de consultations des sages femmes, destinées aux consultations prénatales, postnatales et de planning familial;
- des salles de consultations des enfants sains, où s'effectuent également les vaccinations;
- une salle de consultations gynécologiques;
- une salle de consultations pédiatriques;
- une salle d'hospitalisation de jour des enfants où sont traités les enfants déshydratés (par voie orale, par sonde nasogastrique ou par perfusion);
- une salle de diététique, où sont effectuées des activités d'éducation et de récupération nutritionnelle;

► une unité de spécialités comprenant :

- une salle de consultation ORL;
- une salle de consultation d'ophtalmologie;
- une salle d'endoscopie (fibroscopies, rectoscopies,...);

► une unité de soins dentaires, disposant de deux fauteuils et d'un atelier de prothèse;

► une unité technique comprenant :

- un bloc opératoire disposant de deux salles d'opération (une aseptique et une septique), d'une salle de réveil et d'une salle de stérilisation;
- un laboratoire d'analyses biologiques;
- une salle de radiologie;
- une salle d'échographie;

► une unité d'hospitalisation comprenant :

- des chambres d'hospitalisation médicale;
- des chambres de pédiatrie;
- des chambres de chirurgie;
- des chambres de maternité;

► une pharmacie comprenant :

- un magasin de stockage;
- un magasin de cession au détail.

c) L'hôtellerie

L'hébergement des malades :

- les malades peuvent être hospitalisés dans des chambres ordinaires de 3 ou 4 lits (ventilées avec lavabo, douche et toilettes), ou des chambres "catégories" de 1 ou 2 lits (climatisation au lieu de ventilation).

L'alimentation des malades :

- la nourriture des malades hospitalisés et du personnel est préparée au sein d'une cuisine mise en gérance, après procédure d'appel d'offre. Les malades peuvent être nourris par leur famille s'ils le désirent, à condition de le faire savoir lors de leur entrée à l'hôpital.

Le lavage du linge est réalisé par la buanderie du centre.

d) Les évacuations

L'hôpital Général dispose de deux ambulances, qui vont soit accompagner les malades sur les lieux de référence (CHU, Centre des prématurés,...), soit aller chercher les malades référés par les Centres de Santé Communautaires, soit répondre aux appels à domicile des malades qui sollicitent leurs services. Cinq chauffeurs se relaient afin d'assurer la présence permanente de deux d'entre eux. Les déplacements sont l'objet d'une tarification.

3.4.2.3 Modalités de gestion

Compte tenu de la complexité d'un hôpital, la mission n'a pas été en mesure d'effectuer de simulation. Les formations sanitaires étant déjà en place, le principe de leur viabilité ne se pose pas dans les mêmes termes que pour les Centre de Santé Communautaire, qui doivent être créés de toute pièce. Elle estime que ce travail constituera l'une des premières tâches du service de gestion administrative et financière de la direction régionale de la Santé.

La gestion de l'hôpital doit reposer sur une comptabilité rigoureuse permettant de procéder à l'étude analytique des dépenses et de suivre l'évolution des coûts unitaires des services produits.

a) Les dépenses

L'Etat et la Commune réalisent eux-mêmes les dépenses destinées aux hôpitaux Généraux qui figurent dans leurs budgets respectifs.

Les dépenses faites par l'association doivent être réalisées conformément au budget établi par le directeur de l'hôpital et voté par son comité de gestion. Une caisse d'avance est mise à sa disposition par l'association afin qu'ils puissent réaliser les dépenses courantes.

Les autres dépenses doivent être réalisées par chèque portant la double signature du trésorier de l'association et du directeur de l'hôpital sur présentation d'un devis ou d'une facture proforma.

Le budget devra intégrer les dépenses d'amortissement de l'ensemble des équipements. Seuls les locaux ne seront pas amortis, car leur renouvellement ou leur extension restera à la charge de l'Etat. Il appartiendra cependant à la direction de l'hôpital d'assurer leur entretien.

b) Les recettes

L'hôpital Général devra disposer de 4 types de ressources ordinaires :

- un budget régulier qui lui est assuré par l'Etat;
- des subventions communales;
- des ressources propres qui sont gérées par l'Association et qui proviennent du système de recouvrement des coûts et d'allocations contractuelles.

Les recettes propres de l'hôpital sont versées chaque jour sur le compte bancaire de l'association par son caissier. Quant aux allocations contractuelles, elles sont versées sur le compte bancaire de l'Association une fois le service rendu, conformément aux règles des contrats préalablement établis.

3.4.2.4 Modalités de mise en place

La création des hôpitaux Généraux dépend de 2 aspects fondamentaux :

- le renforcement de leurs infrastructures;
- la modification du système de gestion des formations sanitaires actuellement en place.

Le renforcement des infrastructures se fera commune par commune et portera notamment sur les locaux d'hospitalisation, et l'élargissement du plateau technique (bloc opératoire, labo, radio...).

Il pourra nécessiter des constructions nouvelles, des modifications de bâtiments existants, l'acquisition de nouveaux équipements, ainsi que l'affectation de personnel complémentaire.

Les principes du nouveau système de gestion devront être adoptés par les instances compétentes, le point le plus sensible étant d'autoriser la gestion des ressources propres d'une formation publique par une association à but non lucratif.

Toutes les décisions relatives à ce changement ne pourront être prises que sur présentation d'une étude de faisabilité qui devra être réalisée par la direction régionale de la Santé.

3.5 AUTRES FONCTIONS

3.5.1 Les CHU

Les CHU doivent constituer le troisième niveau de référence du système national de santé.

Les malades qu'ils reçoivent doivent être limités à ceux qui sont en mesure de payer le coût réel de leur hospitalisation, et à ceux dont l'affection justifie le niveau de compétence d'un personnel hospitalo-universitaire et d'un plateau technique sophistiqué.

Concrètement, cela signifie qu'il doit exister pour un malade quatre façons d'être admis au sein d'un CHU :

- une façon directe, qui consiste à présenter au bureau des entrées un certificat de prise en charge par un organisme tiers (une assurance par exemple) ou à déposer une caution proportionnelle au degré de prise en charge;
- une façon indirecte sur orientation justifiée par un médecin;
- dans le cadre d'une urgence, après un examen médical à l'entrée. Les cas qui ne justifieront pas l'hospitalisation au sein du CHU seront adressés à l'hôpital Général choisi par le malade;
- dans le cadre d'une évacuation sanitaire à partir d'un pays voisin, et après accord préalable de la direction de l'établissement.

Cette rationalisation des entrées permettra de réduire le coût moyen des soins dans les catégories socio-économiques non privilégiées et donc de rendre possible l'extension de l'assurance-maladie à ceux qui en ont particulièrement besoin.

Compte tenu de leur importance, il paraît essentiel que les CHU d'Abidjan cherchent à s'intégrer dans une dimension sous régionale de l'action sanitaire et qu'ils reçoivent de façon planifiée certains malades provenant des pays voisins, qui ne seront pas en mesure de disposer avant longtemps de telles infrastructures.

Ainsi les investissements réalisés pour la construction et l'équipement des CHU pourront-ils trouver leur pleine justification, tant d'un point de vue financier qu'économique. En effet, des taux d'occupation convenables pourront être maintenus, tout en modifiant le profil des malades hospitalisés.

Toutes les décisions relatives à ces orientations nouvelles nécessiteront cependant qu'un travail spécifique soit réalisé au préalable dans le cadre d'une organisation inter-État, telle que l'OCCGE.

3.5.2 Le système d'informations sanitaires

Il doit reposer sur le service de l'épidémiologie et des statistiques de la direction régionale de la santé d'Abidjan.

Ce service devra avoir pour objectifs de :

- assurer la surveillance épidémiologique de la ville d'Abidjan;
- fournir au DRS les informations nécessaires à la connaissance de l'état de santé des populations de la ville ainsi qu'à la planification et à l'évaluation des services et des activités sanitaires;
- transmettre aux organismes centraux les informations nécessaires à la planification et à l'évaluation des activités sanitaires au niveau national;
- organiser une banque de données sur l'état sanitaire de la ville d'Abidjan.

Il devra avoir pour fonctions :

► la surveillance :

- alerte en cas d'événement imprévu;
- suivi des tendances des pathologies prioritaires;
- suivi des principaux indicateurs d'activité des formations sanitaires.

Pour être utile et efficace, cette fonction sous-entend une capacité d'accès direct au circuit décisionnel et une capacité d'intervention (surveillance = information pour l'action).

► les investigations, enquêtes et recherche opérationnelle, dans le but de compléter l'information de routine et de répondre aux questions qu'elle soulève; l'investigation, de phénomènes épidémiques par exemple, doit être le prolongement direct des activités de surveillance. Elle suppose une capacité d'intervention qui devra être développée d'une part au sein de l'équipe de la DRS, d'autre part en établissant un réseau de contact avec des spécialistes extérieurs (laboratoires, cliniciens, statisticiens, etc.);

► la supervision et formation en direction des structures périphériques, de façon à améliorer la qualité des données recueillies et à développer une capacité d'analyse et d'utilisation des données à ce niveau;

► la gestion d'une banque de données et diffusion de l'information, y compris un retour de l'information destinée à la périphérie.

Elle nécessitera comme moyens :

► En matière de ressources humaines :

- 2 médecins épidémiologistes au minimum, dont un coopérant;
- 1 opérateur de saisie;
- 1 secrétaire;

► En matière d'équipement :

- 2 micro-ordinateurs, l'un au moins devant être de type suivant : microprocesseur 386, 2 méga de RAM, écran VGA, disque dur 80, lecteur 5"1/4 et 3"1/2;
- des logiciels courants : traitement de texte, tableur, Epi-Info (CDC Atlanta) et une base de données programmée pour la fonction de surveillance;
- 1 véhicule au moins à 1/2 temps.

La mise en place de ce service pourra se faire de la façon suivante :

1) définir avec la DRS les indicateurs nécessaires à la surveillance épidémiologique (maladies prioritaires) et à la surveillance des activités. Mettre au point la méthode d'analyse de ces indicateurs (graphe montrant les tendances dans le temps des cas de rougeole et de SIDA, tableaux permettant de comparer des formations de même niveau pour les principaux indicateurs d'activité, etc.);

2) mettre en place le recueil de l'information dans l'ensemble des formations sanitaires de la ville. Ce recueil devra se faire avec les supports nationaux s'ils sont disponibles. Il est important d'identifier un responsable de ce travail dans chaque formation;

3) dans un premier temps, le système devra se limiter aux indicateurs les plus accessibles : données de morbidité et quelques indicateurs d'activité pour les formations non-hospitalières par exemple. Les autres questions devront être abordées comme des problèmes de recherche opérationnelle et étudiées une par une, en testant les solutions envisagées. Cela concerne : le mode de recueil des données des hôpitaux, la création de cellules d'épidémiologie dans les CHU, le recueil des données de mortalité, le type de retro-information à mettre en place, l'extension à d'autres pathologies du système d'alerte qui existe pour la rougeole, etc..

Place du service régional au sein du système national d'information sanitaire :

- la fonction de surveillance est sous la responsabilité directe de la DRS. La cellule s'articule directement avec le niveau central pour la transmission des données au niveau national, selon un mode qui reste à définir.
- les activités d'enquêtes et de recherche opérationnelle devront s'effectuer avec le soutien des organismes spécialisés (INSP pour le support méthodologique et l'analyse, laboratoires des CHU, etc.).

Plusieurs contraintes devront cependant être prises en considération :

- la plupart des formations sanitaires de la ville n'ont jamais participé à un système de surveillance. L'hétérogénéité des pratiques est la règle, que ce soit dans les domaines médicaux (diagnostics et prescriptions) ou administratifs. De plus, la tendance actuelle est au désengagement de l'état et à l'autonomisation des formations, ce qui risque de rendre encore plus difficile l'organisation d'un circuit hiérarchisé de transmission de l'information;
- au niveau central, le système national d'information sanitaire est aujourd'hui en panne. Les organismes qui en ont la charge n'ont pas, à notre avis, les moyens matériels et humains de l'assumer. Le risque existe de voir cette situation bloquer la mise en place de la cellule de la DRS, ou, au contraire, de voir cette cellule se développer de façon totalement indépendante du système national, ce qui ne serait pas mieux.

3.5.3 L'information-éducation-communication

La mise en oeuvre d'un programme soutenu d'Information-Education-Communication (IEC) constitue un des aspects essentiels du "Projet Santé Abidjan".

Ce programme doit s'appuyer sur :

- le rôle majeur de l'école et de l'université;
- le rôle du système de soins;
- le rôle majeur des média et en particulier de la radio et de la télévision;
- l'utilisation de méthodes originales de marketing.

L'Ecole et l'Université doivent être l'objet de programmes spécifiques qui doivent être établis en liaisons avec le Ministère de l'Education Nationale, ce qui nécessitera :

- une formation intense des enseignants;
- de très nombreux échanges avec les parents d'élèves, afin notamment qu'ils acceptent que certains sujets tels que la sexualité puissent être abordés à partir d'un certain âge;
- la mise au point d'un matériel didactique spécifique.

Le système de soins doit être utilisé au mieux de ses possibilités pour soutenir les programmes d'IEC. Chaque formation sanitaire, chaque cabinet de consultation, chaque lit d'hospitalisation, chaque salle d'attente doit être le lieu de faire passer des messages.

L'ensemble des programmes éducatif nécessitera l'élaboration de supports médiatiques. Une structure comme l'INSP qui dispose d'un studio d'enregistrement et d'un équipement devrait jouer un rôle majeur dans leur production.

En matière de marketing, les spécialistes en communication devront faire preuve de talent et d'imagination pour lancer des programmes d'information. Il pourra s'agir par exemple de grands concours, de campagnes publicitaires, d'intervention de vedettes du show business, etc...

On pourra faire appel à des chercheurs en sciences sociales et en communication appartenant à des institutions telles que l'ORSTOM. Ils interviendront dans le cadre d'une recherche opérationnelle. Leurs travaux devront permettre aux services chargés de l'IEC de formuler des hypothèses et de les tester par l'action.

Les financements devront permettre à la structure chargée de l'IEC de faire appel aux compétences ponctuelles de spécialistes du secteur privé pour réaliser les supports médiatiques (films, messages, etc...).

Compte tenu de l'importance reconnue de l'IEC, l'appui financier du projet devra venir en complément des autres bailleurs de fond en étant ciblé sur des objectifs liés à sa mise en oeuvre (par exemple sur l'assurance "maternité" ou sur la sexualité).

3.5.4 L'approvisionnement pharmaceutique

Il constitue l'un des éléments essentiels du projet. En effet, l'acceptabilité financière des mesures de recouvrement des coûts par les populations dépend de la baisse notable du coût moyen des ordonnances. Or, il est admis que l'introduction d'une politique de médicaments essentiels bien conduite permet de diviser au moins par 4 ce coût moyen.

On peut ainsi s'attendre à ce que l'ordonnance moyenne revienne à 1 700 FCFA au lieu de 6 800 FCFA, comme c'est le cas dans les comptes de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires.

La Pharmacie de Santé Publique (PSP) ayant été chargée par le Ministère de la santé d'assurer l'approvisionnement des formations sanitaires publiques, c'est tout naturellement elle qui devra assurer l'approvisionnement des Centres de Santé Communautaires et des Hôpitaux Communaux.

Pour garantir l'efficacité du système, il est fondamental que :

- chacune des formations sanitaires concernées dispose de son propre fond de roulement en médicaments et achète comptant les produits dont elle a besoin. Il appartiendra au projet de financer l'achat de la première commande qui constituera le stock de départ des différents dépôts.
- la PSP soit en mesure de faire face immédiatement aux différentes commandes. Cela nécessitera donc de sa part une augmentation de ses propres stocks et exigera une gestion parfaite, afin d'éviter les ruptures et les excédents.

Un tel principe diffère du système actuellement en place qui limite le rôle de la PSP à l'approvisionnement des formations sanitaires publiques, puisqu'il introduit la notion d'autonomie de chaque formation. Il a pour avantage de décentraliser la gestion des commandes et donc de responsabiliser les utilisateurs; il devrait permettre la diminution des ruptures de stock.

Pour garantir la réussite d'un tel système, il sera nécessaire de confier à un des services de la direction régionale de la Santé la supervision des dépôts de chaque formation sanitaire. Celui-ci devra d'une part assurer la formation des gestionnaires des centres en matière de gestion des médicaments, d'autre part suivre de façon régulière l'évolution de leurs stocks et donc de leur apporter les conseils nécessaires pour améliorer la performance du système.

S'il arrivait que la PSP ne soit pas en mesure d'assumer correctement cette fonction d'approvisionnement, il sera nécessaire que les diverses associations qui gèrent des centres de santé se regroupent pour constituer leur propre centrale d'achat.

3.6 LES MODALITES DE FINANCEMENT DES FORMATIONS SANITAIRES

3.6.1 Le système de tickets

Il a pour but de faciliter le système de gestion des formations sanitaires. En arrivant dans un Centre de Santé Communautaire ou dans un hôpital Général, le malade doit se rendre tout d'abord à la caisse pour acheter un ticket correspondant aux services dont il souhaite bénéficier.

Pour certains services, il sera nécessaire d'utiliser un carnet de reçus (actes de petite chirurgie, examens de laboratoire,...), pour d'autres le ticket sera représenté par la fourniture d'un carnet (carnet de grossesse, carnet de planification familiale,...).

3.6.2 Les allocations contractuelles

Le principe d'allocations contractuelles permet à des formations sanitaires autonomes de participer à la réalisation d'activités qui relèvent de la responsabilité du service public.

En effet, s'il est nécessaire qu'un centre de santé communautaire puisse participer au PEV de sa population de référence, il est également nécessaire qu'il soit dédommagé des dépenses qu'il aura effectuées à cette fin.

Selon les membres de la mission, il devrait appartenir au responsable de la formation sanitaire concernée de signer un contrat avec le médecin chef du bureau communal de santé publique par lequel il s'engage à réaliser un programme donné.

Seront consignés dans ce contrat :

- la nature des activités à réaliser;
- les critères de bonne qualité de ces activités;
- le dédommagement auquel donnera droit la réalisation de ces activités;
- les modalités d'évaluation et de paiement.

Parmi les activités qui peuvent être l'objet de ces allocations on peut citer :

- les vaccinations;
- le dépistage et le traitement d'affections telles que la tuberculose ou la lèpre;
- la prise en charge psychologique et thérapeutique des malades sidéens non hospitalisés;
- la planification familiale.

C'est ainsi que l'on peut proposer le schéma suivant concernant les vaccinations :

- le centre s'engage à atteindre d'ici telle échéance et dans tel quartier un certain taux de couverture vaccinale contre les maladies du PEV;
- le Bureau Communal de Santé Publique s'engage (au nom de l'Etat) à verser au Centre un certain montant, par enfant complètement vacciné. Ce montant pourra éventuellement varier selon le niveau de couverture vaccinale atteint.

En ce qui concerne les sidéens, chaque malade pris en charge par le Centre devra être l'objet d'une dotation en produits pharmaceutiques et d'une attribution financière forfaitaire. Sont prévus dans cette allocation non seulement la prise en charge au niveau du Centre, mais aussi les visites et traitement à domicile.

En ce qui concerne la tuberculose ou la lèpre, chaque nouveau malade dépisté devra être l'objet d'un certain versement. De même, l'atteinte de certains critères de guérison après traitement réalisé par le centre devra en être un autre.

Par ailleurs, ces allocations peuvent concerner la réalisation forfaitaire de programmes de type promotionnels, tels que la conduite de programmes d'éducation sanitaire en matière de sexualité (Sida, Mst, planning familial,...), d'hygiène ou de nutrition.

3.6.3 L'aide sociale

Les membres de la mission considèrent que le principe de l'aide sociale est le plus à même de répondre aux difficultés rencontrées par certains malades, pour éviter de mettre en cause le fonctionnement des formations sanitaires.

Le malade qui n'est pas en mesure de payer ses soins doit pouvoir trouver auprès d'un bureau spécialisé une oreille attentive qui étudiera son cas et, s'il en reconnaît le bien-fondé, jouera éventuellement le rôle de tiers payant vis à vis de lui.

Un tel bureau doit être organisé sous la responsabilité de la Commune et doit comprendre :

- d'une part un personnel technique, composé de travailleurs sociaux mis à la disposition de la commune par le service des Affaires Sociales de la direction régionale de la Santé;
- d'autre part un Comité de gestion composé d'élus, de bénévoles et de représentants d'organismes à vocation caritative (Secours Catholique, église protestante, association islamique...);

Ces ressources doivent provenir :

- de subventions de l'Etat;
- de subventions municipales;
- d'apports d'organismes caritatifs nationaux ou étrangers;
- du produit d'initiatives particulières;
- de contributions volontaires de particuliers d'entreprises, etc..

Des textes législatifs devront cependant être pris afin de sanctionner les abus : toute fausse déclaration entraînera par exemple un recours devant la justice.

3.6.4 Les indigents

Tout malade qui se présente dans une formation sanitaire se trouve en principe confronté à la nécessité d'une contribution financière. On doit cependant distinguer deux cas de figure :

- dans tous les cas non urgents, le malade devra payer ses soins avant d'être traité. S'il ne le peut pas, il aura toujours la possibilité de s'adresser au bureau communal d'aide sociale afin de trouver une solution avant de revenir au centre pour se faire traiter;
- par contre, s'il s'agit d'une urgence, il appartient à l'équipe médicale de l'affirmer et de prendre en charge le malade, sans se préoccuper du paiement des soins : l'image d'un malade souffrant atrocement ou dont la vie est mise en danger parce qu'on ne sait pas qui paiera pour lui doit totalement disparaître.

Une fois le traitement effectué, le malade ou sa famille seront invités à payer leurs soins. Par principe, le malade ne pourra pas quitter la formation sanitaire avant d'avoir réglé sa note. S'il n'est pas en mesure de le faire, il aura cependant la possibilité de formuler une demande de prise en charge par le bureau communal d'aide sociale, qui devra procéder à une enquête. Il faut cependant admettre que dans un certain nombre de cas, les soins ne seront pas payés : ils entreront donc dans les "pertes et profits" du centre et seront couverts par une certaine marge (10 % par exemple) qui sera spécialement aménagée à cet effet dans l'élaboration du budget du centre.

3.6.5 Les organismes de prise en charge

3.6.5.1 La CNPS

Un accord entre la CNPS et le ministère de la Santé doit intervenir pour rationaliser leur intervention respective au sein d'un seul et unique système de santé.

En effet, la CNPS semble avoir opté pour le développement de ses propres structures de soins et n'envisage pas que ses adhérents puissent bénéficier des formations sanitaires publiques ou privées.

Les membres de la mission estiment que la CNPS doit :

- ne pas chercher à développer ses propres formations sanitaires, à moins qu'elles ne soient les seules à pouvoir produire les services recherchés;
- poursuivre l'ouverture de ses centres au non adhérents en instaurant à leur égard un système de recouvrement des coûts identique à celui qui existera dans les formations sanitaires publiques;
- permettre à ses adhérents de se faire traiter dans toutes les formations sanitaires qui auront signé une convention avec la CNPS.

De telles conventions devront permettre aux malades de se rendre dans le Centre de Santé le plus proche de chez eux. Ils pourront alors soit se faire rembourser en partie ou en totalité les dépenses qu'ils y auront faites, soit bénéficier d'un tiers payant. Ils seront donc traités gratuitement ou en échange d'un simple ticket modérateur. Il appartiendra à la CNPS de rembourser au Centre le prix des soins qui auront été donnés à ses adhérents.

Bien évidemment, un telle orientation qui modifie totalement le fonctionnement de la CNPS demandera à être étudiée au préalable, afin d'une part de montrer aux décideurs les avantages et les inconvénients des différentes solutions, d'autre part de proposer un scénario et d'en chiffrer les différents éléments.

Aux yeux des membres de la mission, un tel système est rendu possible par l'avènement du "Projet Santé Abidjan"; outre le gain considérable en terme de proximité, il permettra d'augmenter de façon significative les résultats obtenus pour le niveau actuel de dépenses de l'institution.

3.6.5.2 Les fonctionnaires

Pour que l'Etat puisse jouer son rôle d'employeur, les fonctionnaires devront bénéficier d'un tiers payant dans les formations sanitaires publiques ou assimilées, conformément aux termes de la réglementation en vigueur. Ne resteront donc à leur charge que la partie des dépenses non couverte, qui devra, elle, être prise en charge par la Mutuelle des Fonctionnaires.

3.6.5.3 La Mutuelle Générale des fonctionnaires

De même, l'avènement du projet devrait conduire la Mutuelle Générale des Fonctionnaires à modifier son mode de fonctionnement en permettant la prise en charge à 100 % des soins effectués par les formations sanitaires publiques ou communautaires.

En effet, la création des Centres de Santé Communautaires et des hôpitaux Généraux entraînera une baisse très significative du coût des soins, qui permettra à la mutuelle de ne pas se limiter au seul remboursement des médicaments, mais à celui de tout ou partie des dépenses réalisées à l'occasion d'une maladie.

La MGF rembourse une moyenne de 4 700 F par ordonnance, ce qui permet de couvrir largement à la fois le prix des services et le coût des médicaments s'ils sont limités à une liste de médicaments essentiels présentés sous leur dénomination commune internationale.

Les mutualistes et leurs ayant-droits pourront donc soit se faire rembourser les dépenses qu'ils auront faites dans un établissement conventionné, soit bénéficier d'un tiers payant. Ces dépenses couvriront alors aussi bien les actes, que les médicaments.

Une étude devrait être entreprise pour montrer la faisabilité de telles propositions, ainsi que les avantages qui lui sont liés.

3.6.5.4 Les autres mutuelles

Les membres de la mission n'ont pas du tout compris pourquoi certaines catégories d'agents de l'Etat (policiers, médecins, sages femmes,...) ont été conduites à créer d'autres mutuelles, destinées à compléter la prise en charge de la Mutuelle Générale de Fonctionnaires.

En effet, ces mutuelles complémentaires signent des contrats avec des assurances privées, alors qu'il devrait appartenir à la Mutuelle Générale des Fonctionnaires d'assurer elle-même cette fonction. Tout laisse donc penser que dans une recherche de rationalisation de la mutualité, elles seront amenées à disparaître. Par contre, il est souhaitable que les non fonctionnaires puissent organiser leurs propres mutuelles.

La création d'une Fédération Mutualiste Ivoirienne pourrait alors être envisagée, afin non seulement de soutenir le développement des jeunes mutuelles, mais aussi de couvrir certains risques rares et coûteux, selon le principe de la réassurance.

3.6.5.5 Les assurances privées

Leur présence sur la place indique que le marché existe ce qui devrait encourager le développement des mutuelles. Toute assurance peut être invitée à signer une convention avec certains établissements en vue de rembourser les malades qui bénéficieront de leurs services. Compte tenu de la diminution des coûts qui en résultera, ces mêmes assurances pourront ainsi s'ouvrir à de nouvelles catégories de population.

3.7 LES GRANDS PROGRAMMES

3.7.1 La lutte contre la mortalité maternelle et contre la mortalité infantile

Le programme de lutte contre la mortalité maternelle a pour but de réduire de façon hautement significative (par exemple au dessous de 100 pour 100 000) le taux de mortalité maternelle à Abidjan d'ici l'an 2 000.

La stratégie préconisée consiste à :

- améliorer les consultations prénatales;
- améliorer les conditions d'accouchement normal;
- améliorer les conditions d'accouchement dystocique;
- créer une assurance "maternité";
- lutter contre l'avortement clandestin

Pour y parvenir, on s'appuiera sur le nouveau réseau d'action sanitaire de la ville d'Abidjan et plus précisément sur les Centres de Santé Communautaires et les hôpitaux Généraux.

a) L'amélioration des consultations prénatales sera réalisée grâce à la création des Centres de Santé Communautaires (plus grande fréquentation en réduisant les distances, en créant de meilleures conditions d'accueil, et en améliorant la qualité des soins).

D'après l'étude prévisionnelle, cette amélioration doit conduire les sages femmes à effectuer en moyenne 20 à 25 consultations prénatales par jour, ce qui permet de consacrer à chaque femme enceinte une moyenne de 15 à 20 minutes par consultation. Il leur sera alors possible de développer le climat de dialogue indispensable pour des prénatales de qualité. De plus un accent particulier doit être mis sur le contenu des consultations prénatales afin qu'elle deviennent vraiment efficaces. L'un des éléments clés concerne le dépistage des grossesses à risque, afin qu'elles puissent être orientées en temps opportun sur l'hôpital Général et que les évacuations en urgence au moment de l'accouchement soient réduites au strict minimum. Il faudra par ailleurs modifier les conditions financières d'accès aux consultations prénatales. Au lieu de demander 500 F pour chaque visite, ce qui conduit probablement un grand nombre de femmes enceintes à limiter le nombre de leurs consultations ou à différer certaines d'entre elles, il est préférable d'instituer un tarif unique et forfaitaire pour l'ensemble de la grossesse.

Enfin, l'étude de faisabilité a montré qu'il était possible d'assurer une prise en charge de l'ensemble des services, y compris les prénatales, par le paiement d'un forfait annuel de 6000 FCFA.

b) L'amélioration des conditions d'accouchement normal se fera grâce à l'ouverture des maternités de quartier. Les Centres de Santé Communautaires auront en effet à réaliser une moyenne de 5 accouchements par jour. Ceci permettra aux sages femmes d'effectuer elles-mêmes tous des accouchements (au lieu de les confier à des auxiliaires) et de suivre la parturiente de l'entrée à la maternité jusqu'à la délivrance.

c) L'amélioration des accouchements difficiles sera réalisée par la création des hôpitaux Généraux, qui seront notamment spécialisés dans la prise en charge des accouchements à risque. La présence constante de médecins au sein de l'établissement et l'amélioration du plateau technique par l'acquisition d'un échographe et d'un appareil de monitoring permettront d'améliorer la prise de décision. L'ouverture d'un bloc opératoire permettra la réalisation des actes chirurgicaux.

A la programmation de la plupart des césariennes grâce au dépistage des grossesses à risque s'ajoutera la suppression des difficultés d'accès aux CHU pour améliorer de façon significative le pronostic de ce type d'intervention.

d) La création d'une assurance "maternité" contribuera très probablement à augmenter la performance du programme de lutte contre la mortalité maternelle. En effet, si les hôpitaux communaux procèdent à la rationalisation de leurs dépenses (notamment en n'utilisant que des

médicaments essentiels en nom générique), on peut espérer que le coût des charges directes d'une césarienne soit inférieur à 50 000 FCFA. De plus, si l'on considère que le risque de césarienne est de 7 % des naissances, le coût du risque "césarienne" peut être chiffré à $50\,000 \times 7\% = 3\,500$ F.

Il s'avère donc possible d'introduire le financement de ce risque de deux manières :

- soit en introduisant l'assurance dans les services garantis par l'acquisition d'une carte annuelle d'adhérent. L'étude de faisabilité montre que c'est parfaitement possible.
- soit en introduisant le coût de l'assurance dans le prix du carnet de maternité ou dans le prix de l'accouchement.

Si elle est introduite dans le prix du carnet de maternité, cette assurance "maternité" couvrira non seulement le financement des visites prénatales et de l'accouchement mais aussi des éventuelles complications obstétricales (en particulier l'évacuation sur l'hôpital Général, la césarienne et l'hospitalisation). Offerte en toute liberté aux femmes qui le désirent, l'acquisition de cette assurance leur permettra de concentrer leurs dépenses à un moment éloigné de toute urgence et où l'annonce d'une naissance est en général bien accueillie.

Une véritable promotion de cette assurance "maternité" pourra être faite en faisant appel à toutes les techniques du marketing disponibles (clips télévisés, spots radio, affiches, tee shirts, concours, chansons...).

Afin de répartir le risque sur le maximum de femmes enceintes, on pourrait envisager d'intégrer la gestion de cette assurance dans une approche mutualiste. La "mutuelle des femmes" qui verrait ainsi le jour pourrait non seulement couvrir le risque lié à la maternité, mais aussi assurer la promotion de programmes éducatifs. C'est elle qui serait chargée d'éditer les différents carnets de maternité et de rembourser toutes les formations sanitaires ayant signé une convention avec elle et ayant accueillies les femmes assurées.

Il appartiendra à l'Etat et aux organisations humanitaires telles que l'Unicef de subventionner cette mutuelle, afin que ses tarifs soient accessibles à l'ensemble des catégories sociales. On peut à ce sujet suggérer qu'une femme d'origine modeste s'adresse au bureau municipal d'aide sociale pour qu'il lui remette (selon certains critères) un bon de prise en charge partielle du prix du carnet. Ce bon sera remboursé à la mutuelle par l'institution qui l'aura émis.

Il est également possible d'envisager que la prise en charge à 100% des femmes assurées en cas de dystocie soit liée au respect de quelques règles, telles que la participation à un minimum de visites prénatales.

Grâce à cette assurance, on peut s'attendre à une meilleure prévention des complications obstétricales, à faciliter l'accès financier des malades aux césariennes et donc à réduire les délais entre la décision de l'intervention et sa réalisation. L'image des femmes qui attendent plusieurs heures avant d'être césarisées parce qu'elles ne sont pas en mesure de régler sur le champ le prix de l'intervention devrait définitivement disparaître.

La mise en œuvre du projet nécessitera des études préliminaires afin de mesurer le risque de dystocie et le coût réel de l'accouchement et des complications (césariennes). La création d'un fond destiné à soutenir le fonctionnement de la mutuelle pendant ses premières années d'existence est indispensable pour combler d'éventuels déficits.

e) La lutte contre l'avortement clandestin reposera sur le développement du planning familial, sur la mise en œuvre d'un grand programme d'éducation sur la sexualité au niveau national (qui concernera également la lutte contre le Sida et les MST), et sur un aménagement législatif concernant l'interruption volontaire de grossesse.

Le planning familial tirera un grand parti de la création des Centres de Santé Communautaires et des Associations pour la Promotion de la Santé.

L'évaluation du projet sera basée sur l'évolution du taux de mortalité maternelle à Abidjan entre deux périodes (par exemple 1993 et 1999). Elle nécessitera la réalisation de deux grandes enquêtes épidémiologiques au sein de la capitale.

Il est plus difficile de chiffrer l'objectif de réduction de la mortalité infantile, d'autant que le taux pour la ville d'Abidjan n'est pas connu avec précision, contrairement au taux de mortalité maternelle. Cependant, en accordant une priorité à l'amélioration de la qualité des soins qui sont délivrés dans les formations sanitaires, et en développant un système d'activités avancées à partir des Centres de santé communautaires, le projet permettra un meilleur suivi des mesures de prévention qui concernent avant tout le jeune enfant (contrôle de la croissance et du développement psychomoteur, prévention des complications du paludisme, lutte contre les maladies diarrhéiques, amélioration de la prise en charge des infections respiratoires aiguës, etc.). Ces actions devraient avoir une influence significative sur la mortalité du jeune enfant.

3.7.2 La lutte contre la tuberculose

La lutte contre la tuberculose qui jusqu'à présent a bénéficié d'une très bonne organisation peut être l'objet d'une plus grande performance. Il s'avère en effet nécessaire d'étendre son impact sur l'ensemble des quartiers d'Abidjan, à condition de ne pas fragiliser le système actuel, mais au contraire de le consolider.

3.7.2.1 Promouvoir une stratégie d'intégration de la lutte antituberculeuse

Pour cela, il s'agira d'intégrer progressivement le dépistage et le traitement des tuberculeux au sein de l'ensemble des formations sanitaires de la ville, c'est à dire au niveau des Centres de Santé Communautaires et des hôpitaux Généraux.

Dans chaque formation sanitaire, les malades suspects de tuberculose (principalement les personnes qui toussent et crachent depuis plus de 15 jours) seront l'objet de prélèvements des crachats qui seront réalisés sur place. La lecture des lames sera effectuée par le laboratoire des hôpitaux Généraux, qui fera l'objet d'un suivi étroit de la part du Centre Antituberculeux.

Les lames positives seront conservées pour contrôle par le CAT. Si le diagnostic est confirmé, les malades seront invités à désigner le centre de traitement de leur choix. Celui ci recevra alors les produits nécessaires à un traitement complet.

Les Centres chargés du traitement devront veiller au bon suivi des malades. Si l'un d'entre eux n'est pas régulier ou disparaît, il adressera à son domicile un de ses agents qui ira s'informer des raisons de cette mauvaise application du traitement. Un compte rendu mensuel sera adressé au bureau communal de santé publique et du CAT de référence.

Chaque malade sera l'objet d'un suivi sur dossier par le médecin du bureau communal. S'il constate une anomalie, il confiera le dossier du malade à un membre de son équipe, afin qu'il trouve une solution au problème posé.

Les centres qui s'intégreront dans le cadre de la lutte antituberculeuse seront invités à signer un contrat dans lequel sera défini leur engagement en matière de dépistage, de traitement et d'éducation et sera précisé les compensations qui leur seront accordées par l'Etat en fonction des services rendus. C'est ainsi que l'on pourra proposer le versement au centre d'une prime pour tout nouveau malade dont le diagnostic a été confirmé et pour tout malade considéré comme guéri. Ces primes s'inscriront dans le cadre des allocations contractuelles et seront versées à posteriori au vu des résultats.

Par ailleurs, le projet de lutte contre la tuberculose sera l'objet d'un grand programme éducatif auprès de la population pour obtenir une meilleure connaissance de la maladie par les populations,

pour que les malades se rendent plus facilement dans un centre de santé et qu'ils suivent régulièrement le traitement jusqu'à la guérison.

3.7.2.1 Renforcement du centre national antituberculeux (CNAT)

Le projet se propose d'apporter un appui au CNAT; il s'agira en particulier de :

- améliorer le traitement de l'information au niveau central en informatisant ce service et en développant une méthode d'analyse des données. Dans un premier temps, cette informatisation du programme sera limitée au traitement de l'information épidémiologique;
- organiser l'accès du programme à un laboratoire de référence pour les mycobactéries, permettant au minimum de faire des cultures et des antibiogrammes. La création d'un laboratoire de référence pour les infections opportunistes du Sida est en cours actuellement et devrait répondre à ce besoin;
- contribuer à développer une stratégie de prise en charge des malades tuberculeux/HIV+ en collaboration avec le programme de lutte contre le Sida (conseil, dépistage des contacts, traitement, surveillance des rechutes, etc.);
- améliorer les connaissances actuelles sur les conséquences épidémiologiques de l'association tuberculose/Sida. L'un des objectifs prioritaire de ce travail devrait être d'améliorer la surveillance de la tuberculose et le monitoring du programme. En effet, la proportion de plus en plus élevée de malades HIV+ parmi les tuberculeux fait que l'incidence annuelle ne reflète probablement plus l'évolution de l'endémie; la durée de vie de ces malades étant beaucoup plus courte que celle des tuberculeux simples, la probabilité que le programme les dépiste est plus faible et donc ce phénomène tend à sous-estimer l'incidence réelle de la tuberculose. D'autres indicateurs devront être développés : suivi du RAI, taux de létalité chez les malades ambulatoires, densité d'incidence, etc.. Dans ce contexte, le BCG apparait comme un axe de recherche important : surveillance du taux de complication chez les nouveaux-nés, place de la vaccination chez les séropositifs non-immunodéprimés, etc..
- apporter une assistance technique au CNAT (voir description de poste en annexe).

La question de la transformation des centres de soins secondaires d'Abobo et de Koumassi en centre antituberculeux à part entière sera réexaminée en fonction du développement des hôpitaux Généraux et des nouvelles possibilités diagnostiques (notamment radiologiques) qu'ils offriront. Cet aspect sera traité dans le programme d'action à court terme que doit élaborer la direction régionale de la Santé, dans l'esprit d'une meilleure intégration de la lutte antituberculeuse telle qu'elle est évoquée dans le paragraphe précédent.

3.7.3 La lutte contre le Sida et les MST

La lutte contre le Sida doit être divisée en 3 volets :

- un volet de lutte contre la transmission nosocomiale;
- un volet de lutte contre les MST;
- un volet de prise en charge des séropositifs et des malades.

Le premier volet s'adresse au personnel médical et paramédical. Il concerne la fourniture de sang testé lors des transfusions et le respect des règles d'asepsie lors de tous les actes médicaux (y compris les soins dentaires) ou paramédicaux. Il repose sur une formation du personnel concerné et sur la mise en place d'un contrôle rigoureux. Ce volet concerne aussi la protection des personnels soignants contre le risque de contamination au cours des actes invasifs sur un patient.

Il est en effet essentiel d'une part de ne pas créer le moindre doute sur le personnel de santé au sein de la population, d'autre part de ne pas affaiblir la portée des messages sur le Sida à l'égard des populations en le diluant avec des problèmes autres que la seule contamination sexuelle.

Le deuxième volet concerne le Sida en tant que MST. Il repose sur :

- l'extension du marketing social du préservatif;
- la réalisation d'un grand programme d'information sur les MST dont le Sida;
- le renforcement du rôle des associations et en particuliers des associations de quartier, dans la lutte contre les MST au niveau local;
- l'extension du marketing social des préservatifs basé sur la vente de préservatifs à tous les petits commerçants du secteur informel. Le réseau actuellement en place doit aller le plus loin possible dans la pénétration du marché;
- l'organisation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des MST (mise en place d'un système de référence).

Le programme d'information qui doit être lancé devra reposer notamment sur :

- l'extension des travaux de recherche sur la perception de la maladie par les différentes catégories socio-culturelles et sur les modalités de communication à appliquer pour parler du sida;
- l'élaboration de matériel didactique sur la maladie (réalisation de films vidéo, émissions radiophoniques, rédaction d'articles, élaboration de brochures, etc.).

Le renforcement du rôle des associations : les associations du type "espoir" ont un rôle majeur à jouer; il en est de même des associations de quartier qui peuvent être encouragées à se mobiliser autour de ce problème. Des formations pourront donc être proposées aux leaders de ces associations.

Le troisième volet doit être confié aux Centres de Santé Communautaires :

- les médecins des Centres de Santé Communautaires devront créer un climat de confiance et de dialogue avec les séropositifs qui devront trouver auprès d'eux des interlocuteurs privilégiés et compréhensifs;
- les malades atteints de Sida pourront être suivis en ambulatoire par le Centre de Santé Communautaire de leur quartier. Si nécessaire, le personnel du centre pourra se rendre à domicile pour y retrouver certains malades, effectuer des traitements et rencontrer la famille.

Pour cela, devront être envisagés :

- un programme de formation permanente du personnel en contact avec des porteurs du VIH. Il devra porter essentiellement sur la communication avec ces malades ou futurs malades;
- la prise en charge des sidéens par les centres (mise en place des allocations contractuelles et fourniture des médicaments nécessaires).

Un tel volet aura pour conséquences de :

- permettre aux malades de rester chez eux le plus longtemps possible, en réservant l'hospitalisation aux complications qui le nécessitent impérativement;
- diminuer le risque de rejet des malades, qui résulterait de leur isolement. Il faut en effet que la population vive avec le Sida, afin de s'occuper au mieux de ses malades et de ses mourants, et de prendre conscience de la maladie;
- diminuer le coût unitaire du traitement d'un sidéen pour faciliter le traitement des plus pauvres et protéger l'économie nationale;
- protéger les CHU et même les hôpitaux Généraux d'un engorgement par les sidéens dont le nombre ne cessera de croître.

Dans le cadre de cette stratégie, quelques travaux complémentaires seraient utiles, notamment :

- réaliser des projections de nombre de cas de Sida à prendre en charge à Abidjan dans les dix années à venir. Ce problème a déjà été abordé par le BCC mais demanderait à être développé et précisé. Ces données sont indispensables pour pouvoir planifier dès aujourd'hui les besoins.
- travailler à l'élaboration de protocoles de prise en charge des principales infections opportunistes. Ces protocoles devront être adaptés aux ressources disponibles et des solutions satisfaisantes pour l'approvisionnement en médicament devront être développées.
- suivre des cohortes prospectives de séropositifs pour étudier l'efficacité de mesures de chimioprévention des infections opportunistes. La tuberculose étant la première de ces infections, il serait intéressant d'étudier l'efficacité de l'INH, seul ou en association, ainsi que la faisabilité de telles mesures.
- améliorer la connaissance du modèle de transmission et des groupes à risque (enquêtes chez les prostituées par exemple), développer des études sur le Sida pédiatrique sur lequel il existe très peu de données actuellement.

D'autres points, comme la nécessité d'un laboratoire de référence pour les infections opportunistes ou la réorganisation du service des maladies infectieuses en créant une structure pour les malades en phase terminale, déjà en cours de réalisation, sont cités ici pour mémoire.

A noter que le programme national de lutte contre les MST était en cours d'élaboration au moment de la mission. L'appui que pourrait apporter le projet à sa mise en oeuvre dans ville d'Abidjan sera identifié avec précision dès publication du document.

3.8 TRAVAUX PREPARATOIRES

Certains travaux utiles au lancement du processus de planification sanitaire sont immédiatement réalisables avec les ressources humaines mobilisables sur place -en particulier à la Direction régionale de la santé et à l'ENSEA- aidées sur quelques points particuliers et en certaines phases du travail par une expertise sous forme de missions de courte durée.

Les enquêtes envisageables sont nombreuses, et on les classe ci-dessous en fonction de leurs objectifs principaux :

- compléter l'appréciation du niveau de vie relatif des divers quartiers de la ville par la construction d'un indicateur physique, la consommation d'eau par habitant;
- décrire autant qu'il sera possible avec les données actuellement disponibles dans les formations sanitaires la façon dont les besoins de soins sont pris en charge à Abidjan : identification des quartiers dans lesquels la fréquentation est anormalement basse; identification des motifs de recours aux soins dans les dispensaires; et éventuellement, première analyse des habitudes de prescription;
- décrire la prise en charge effective du coût des soins hospitaliers, en tenant compte de l'intervention de divers organismes délivrant des prises en charge (CNPS, compagnies d'assurances, employeurs, etc...);
- étendre à la ville d'Abidjan elle-même l'enquête auprès des formations sanitaires organisée dans le cadre du projet KfW, et qui devrait en un an environ couvrir la totalité du territoire de la Côte d'Ivoire (à l'exception de la capitale);

- déterminer les besoins en médicaments essentiels du secteur public pour les soins hospitaliers et ambulatoires qu'il dispense (on partira de l'étude des consommations effectives en médicaments dans les formations qui ont une expérience en matière de médicaments essentiels, notamment l'hôpital protestant de Dabou et le CHU de Yopougon);
- décrire les recours aux soins et mesurer les dépenses de santé dans des échantillons représentatifs de la population des communes d'Abobo et de Yopougon.

3.8.1 Un indicateur physique des conditions de vie

L'idée générale est de compléter l'indicateur de revenu construit pour chacune des 90 zones homogènes utilisées lors de la préparation du Plan Transport, et à partir de l'enquête niveau de vie réalisée spécialement pour les besoins de ce Plan, par un indicateur physique des conditions de vie dans ces zones.

L'indicateur retenu, compte tenu de l'état des données utilisables (en particulier, compte tenu du fait que les résultats détaillés du recensement de 1988 sur les conditions d'habitat ne sont pas disponibles, et ne le seront probablement pas de sitôt), est la consommation d'eau par habitant et par an.

Les zones sont celles qui ont été utilisées pour le Plan Transport. En utilisant les cartes détaillées délimitant ces zones (ces cartes sont disponibles à la DCGTx) et les cartes des "tournées" de la SODECI (ces cartes sont disponibles dans chacun des 10 secteurs définis par la SODECI à partir de l'organisation de son réseau), on peut obtenir une concordance satisfaisante entre les zones et les tournées : en général, une zone regroupera plusieurs tournées.

Les consommations d'eau en m3 et le nombre des abonnés particuliers par trimestre et par tournée figurent sur les quittanciers, qui sont accessibles au siège de la SODECI. Une autorisation devra être demandée au Directeur de l'exploitation de la SODECI. Il faudra relever ces informations pour chaque tournée, pour quatre trimestres consécutifs, puis totaliser sur les tournées qui correspondent à une même zone, puis diviser par l'effectif de la population tel qu'il est donné dans l'étude du Plan Transport.

Si la SODECI pouvait fournir les données demandées sur bande magnétique, on pourrait demander à la DCGTx de traiter la bande; si les données étaient fournies sur disquette, on tenterait de faire le travail sans aide. Si aucune de ces deux solutions n'est possible, on fera le relevé des données utiles à la main.

3.8.2 Fréquentation et motifs de recours

En visitant quelques formations sanitaires publiques ou privées de la ville d'Abidjan, la mission a constaté que certaines d'entre elles disposent d'informations très utiles pour la connaissance de la fréquentation des services de santé et des motifs de recours. Mais ces informations ne sont pas exploitées. On se propose donc de les utiliser, afin d'en tirer les principaux enseignements, sous la forme d'une description aussi précise que possible de la situation du recours aux soins de santé officiels dans l'année précédant les premières activités du projet.

Parmi les formations visitées, celles qui détiennent des informations utilisables sont Cocody Nord, Abobo Nord, Abobo Té, et le CHU de Yopougon. La qualité est visiblement beaucoup plus irrégulière à la formation sanitaire urbaine de Yopougon. Les registres de la PMI de Cocody Sud sont inexploitable.

A partir de ces exemples, on prévoit que le travail comporterait deux aspects :

- 1) une visite de toutes les formations sanitaires d'Abidjan, pour examiner la qualité des enregistrements réalisés en routine, et établir la liste de toutes les formations dont les informations méritent d'être exploitées;
- 2) une exploitation de tous les registres ou fichiers bien tenus, sur douze mois consécutifs récents, éventuellement par échantillonnage systématique, afin d'en tirer au moins ce qu'ils peuvent donner sur l'origine des malades et les motifs de recours aux soins, et dans la mesure du possible ce qu'ils peuvent nous apprendre sur les habitudes de prescription.

Voici une illustration de ce second aspect de l'exploitation envisagée, sur deux exemples.

A Cocody Nord, on tient une fiche pour chaque malade, et ces fiches sont numérotées, rangées dans de grands casiers, et retrouvées lorsque le malade revient. Sur cette fiche, les agents "fichistes" portent le nom, l'âge du patient, son quartier, son ethnie et la date de chaque consultation; le malade part à la consultation avec sa fiche; le médecin y porte lui-même son diagnostic et sa prescription; le malade ramène la fiche et la rend au "fichiste". Ces fiches permettent donc d'étudier les caractéristiques de la clientèle de la formation, en particulier son origine par quartier (il faudra ensuite établir une correspondance entre ces quartiers et les zones de l'étude Plan Transport), les motifs des recours, et, si on peut travailler avec un médecin, sur les habitudes de prescription (éventail des prescriptions pour chaque diagnostic, au moins pour un certain nombre de diagnostics).

A Abobo Nord, les registres tenus au bureau des admissions contiennent une colonne sur le lieu d'origine; on ne trouve sur ces registres que les "nouveaux cas"; mais les infirmiers accueillant les malades dans les diverses consultations enregistrent toute personne qui se présente et on a donc un enregistrement des consultations séparé de l'enregistrement des consultants. Des dossiers de malades sont tenus et stockés dans une pièce spécialement aménagée à cet effet; ces dossiers sont remplis par les médecins (les infirmiers n'examinent pas les malades, ni ne prescrivent). Ces informations permettent donc d'envisager les mêmes exploitations que dans le cas précédent.

3.8.3 Prise en charge du coût des soins

Le problème de l'indigence est fréquemment évoqué par les personnels de santé, mais il n'a fait l'objet d'aucune étude statistique. Au contraire, la mission a été frappée par le faible niveau d'information des personnels de santé sur les tarifs en vigueur dans les formations voisines, et par le fait que le problème est rejeté sur d'autres, au lieu d'être affronté par chacun. Il est évidemment inacceptable que les malades soient systématiquement ignorés tant qu'ils n'ont pas payé ce qu'on leur demande, mais l'existence de cas de ce genre exige, non pas qu'on attende de l'Etat ce qu'on sait qu'il est incapable de donner, mais bien qu'on mesure l'ampleur réelle du problème et qu'on cherche à y apporter ici et maintenant des solutions réalistes dans chaque formation.

Deux approches du problème de la prise en charge du coût des soins sont envisageables et devraient être entreprises de façon concomitante :

- 1) la mission a pu disposer de quelques éléments concernant le rôle de la CNPS, et celui de la Mutuelle des fonctionnaires; il resterait à inventorier systématiquement toutes les mutuelles ayant des prestations maladie, d'une part, et les compagnies d'assurance couvrant le risque de maladie d'autre part; puis à enquêter auprès de chacune, après s'être muni d'une autorisation en bonne et due forme délivrée par le ministère de tutelle (travail pour les mutuelles?, finances pour les compagnies d'assurance?);
- 2) comme les EPN ont le droit d'imposer une tarification de leurs prestations, et comme ils peuvent se faire payer par un tiers (un assureur ou un employeur, par exemple), on peut attendre d'eux qu'ils enregistrent correctement, à leur bureau des entrées, si le malade est payant ou s'il bénéficie d'une prise en charge; alors, on peut envisager une exploitation de ces informations, et on précise ci-dessous comment.

Parmi les formations sanitaires visitées, seul le CHU de Yopougon dispose d'une partie de l'information voulue. Les dossiers d'admission en hospitalisation contiennent en principe la profession, l'adresse postale (numéro de BP, de peu d'intérêt pour nous) et la mention de la prise en charge par un tiers; mais il semble que l'identification de ce tiers ne puisse être faite qu'en se reportant aux reçus qui sont archivés au service des admissions ou à la fiche du patient (ce point devrait être vérifié). Pour les examens de laboratoire, la prise en charge est mentionnée (mais l'adresse ne l'est plus depuis plusieurs mois, à cause, dit-on, de l'affluence). En ce qui concerne les consultations, les registres servent à relever les nom, année de naissance, nationalité, quartier et prise en charge.

Bref, il doit être possible d'avoir une idée de la fréquence des prises en charge, et éventuellement de la proportion qu'elles représentent dans la valeur totale des prestations vendues par l'établissement, mais cela exigera un travail assez délicat, parce que les données nécessaires ne sont pas consignées d'une manière parfaitement systématique. Il faudra donc se faire une idée de la proportion que représentent les enregistrements utilisables dans le total des malades traités, et essayer de vérifier qu'il n'y a pas de biais.

Il faudrait vérifier si l'existence d'une prise en charge est enregistrée à Abobo Nord. Dans l'affirmative, l'étude de leur fréquence et de leur part dans le total pourrait être organisée d'une manière comparable à ce qui vient d'être évoqué pour le CHU de Yopougon.

3.8.4 Enquête sur les formations sanitaires

Une enquête systématique sur les formations sanitaires est prévue dans le cadre du projet KfW; elle en est actuellement à la phase du test du questionnaire. L'enquête sur environ 300 formations sanitaires concernées par la première phase du projet KfW aura lieu dans les prochains mois. Les 900 autres formations sanitaires du pays, hors Abidjan, seront enquêtées ensuite, probablement d'ici un an. Mais les formations de la ville d'Abidjan ne sont pas concernées.

La mission a donc envisagé qu'une des tâches à réaliser pour donner à la Direction régionale de la santé une information systématique (et comparable à ce qui existera pour le reste du pays) sur les formations de sa zone de responsabilité serait d'étendre à Abidjan l'enquête prévue par la KfW.

Deux solutions sont concevables :

- la DCGTx, qui réalise l'enquête auprès des 300 formations, pourrait fournir un devis de l'extension de cette enquête à la ville d'Abidjan;
- si, pour une raison ou une autre, il n'était pas possible de commander cette extension à la DCGTx, il serait sans doute possible d'obtenir l'accord de la DCGTx et de la KfW pour l'utilisation de leur questionnaire; dans ce cas, il faudrait trouver une équipe d'enquêteurs capable de réaliser le travail.

Faute d'informations permettant de chiffrer, même approximativement, le coût de cette proposition, on la laisse en attente jusqu'au mois de décembre. D'ici là, la Direction régionale de la santé pourrait reprendre contact avec la DCGTx pour obtenir un ordre de grandeur.

3.8.5 Besoins en médicaments essentiels

La mission a observé que l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments essentiels dans le cadre du projet FED, s'il représente un progrès considérable par rapport à la situation qui prévalait il y a quelques années, n'a pas encore atteint un volume de l'ordre de grandeur des besoins, même pour les malades hospitalisés, ce qui crée des comportements très divers, et parfois difficilement tolérables, d'adaptation à la rareté. Il semble donc utile d'essayer de chiffrer l'ordre de

grandeur des besoins en médicaments essentiels pour les formations hospitalières d'Abidjan, afin de savoir si la PSP est capable de remplir sa mission, telle qu'elle est actuellement définie.

Mais, en outre, la mission est convaincue que la prise en charge des besoins de soins des populations à faible revenu, dans les quartiers dans lesquels interviendra le projet, suppose non seulement la création de formations sanitaires périphériques offrant des prestations de qualité à un coût abordable, mais encore la mise en vente par ces formations des médicaments essentiels prescrits par les praticiens de la formation, médicaments achetés en DCI sur le marché international et par appels d'offres, et revendus à prix de revient. Ces formations s'approvisionneraient assez naturellement auprès de la PSP, si celle-ci est en mesure de faire face à la demande sans imposer des délais ou des ruptures de stocks. Pour répondre à cette question, il faut évaluer les besoins en médicaments essentiels pour les malades ambulatoires des formations publiques ou assimilées.

Ces évaluations semblent possibles en utilisant l'expérience de deux formations sanitaires : d'une part l'hôpital de Dabou, qui s'approvisionne en médicaments essentiels et fournit les médicaments prescrits aux malades (qu'ils soient hospitalisés ou non); d'autre part le CHU de Yopougon, dont la pharmacie sait quelle a été la consommation pharmaceutique de chaque malade hospitalisé.

L'étude consistera donc à établir une moyenne de la valeur de la prescription pharmaceutique par consultation (et par type de consultation : médecine générale, diverses spécialités...) d'après l'expérience de l'hôpital de Dabou, et la moyenne de la prescription pharmaceutique par malade hospitalisé (certainement par service et par établissement, éventuellement par pathologie, si on peut travailler avec des médecins) sur les deux exemples qu'on peut étudier (Dabou et CHU Yopougon). De là on passera hardiment, mais à l'aide d'hypothèses aussi bien choisies que possible, à une estimation pour l'ensemble des consultations externes et pour l'ensemble des hospitalisations dans les formations publiques et assimilées de la ville d'Abidjan.

3.8.6 Recours aux soins et dépenses de santé

La mission a essayé de se procurer tous les résultats des enquêtes qui auraient pu apporter quelque information que ce soit sur les dépenses de santé et les recours aux soins des familles de l'agglomération d'Abidjan. Le produit de cette collecte est maigre, et il apparaît donc qu'un élément indispensable à la préparation d'une planification détaillée du projet serait une meilleure connaissance des recours actuels aux soins et des dépenses actuelles de santé des populations des deux communes dans lesquelles seront concentrées les premières réalisations du projet : Abobo et Yopougon.

L'idée de départ est d'organiser une enquête directe sur un échantillon représentatif de la population de chacune de ces communes, la base de sondage étant soit le recensement de 1988 soit celui de 1985 (il faudra revoir la Direction de la statistique pour utiliser si possible son échantillon maître), avec un taux de sondage de l'ordre de 5 % (des ménages ? des concessions ?). Pour tenir compte de la capacité de travail de l'ENSEA, il faudra probablement limiter l'enquête à l'une des communes, et peut-être diminuer le taux de sondage. L'enquête serait nécessairement rétrospective, avec une période de rappel limitée : par exemple 6 mois pour les hospitalisations et traitements des affections au long cours, 1 mois pour les consultations courantes et l'automédication. Elle viserait à décrire les itinéraires thérapeutiques pour chaque cas de maladie signalé, et les dépenses correspondant à chaque étape de chaque itinéraire (les recours à des infirmeries plus ou moins clandestines, et les recours à toutes les formes de médecine traditionnelle sont des étapes à identifier et à considérer au même titre que les recours aux services de santé officiels, publics ou privés); elle devrait aussi repérer les droits à "prise en charge", formels ou non, éventuellement frauduleux, et donner une idée du revenu du "ménage" (unité mettant en commun ressources et dépenses : à définir plus précisément dans le contexte).

3.9 AUTRES ASPECTS DU PROJET

3.9.1 L'intégration des secteurs privés et parapublics

Les membres de la mission estiment nécessaire que toutes les structures sanitaires privées qui participent à la couverture sanitaire d'Abidjan puissent, si elles le souhaitent, s'intégrer au sein du réseau qui sera mis en place au niveau des quartiers. Il est en effet souhaitable qu'il y ait complémentarité et même potentialisation des actions respectives des différents secteurs. Cependant, la condition sine qua non à une telle participation réside dans la volonté affirmée de contribuer à la réalisation d'objectifs de santé publique.

Il est clair que cette participation des structures privées devra déboucher sur une compensation financière afin que non seulement elles soient dédommagées de leurs frais, mais qu'en plus les nouvelles activités qu'elles auront à réaliser constituent une source de revenus conforme aux réalités économiques du pays.

Le mode d'adhésion à ce réseau repose sur la signature d'une convention entre le responsable de chaque formation intéressée et le bureau communal de Santé publique dont les termes doivent définir :

- les activités qui pourront être réalisées par la formation et lui permettront de recevoir en conséquence des allocations contractuelles;
- le montant de ces allocations contractuelles et leurs modalités de paiement;
- les critères de qualité;
- les relations qui doivent exister entre les responsables de ces formations et le médecin du bureau communal de santé publique;
- les modalités de participation à certaines réunions du comité de santé de la commune d'implantation de la formation.

Le principe de ces conventions devra être adopté non seulement après avis favorable du ministère de la Santé, mais aussi des Conseils de l'Ordre des professions médicales.

3.9.2 Le personnel

Le "Projet Santé Abidjan" devra mettre un accent particulier sur la performance des ressources humaines. C'est en effet des compétences et de la motivation du personnel que dépendra la réussite de tout ce qui sera entrepris.

Sa motivation devra être acquise en accordant notamment une place importante :

- à la formulation précise des responsabilités (organigramme, règlement intérieur);
- à l'absence de statut acquis; à l'exception des fonctionnaires, tous les agents recrutés devront savoir que leur maintien dans leur emploi est lié à leurs résultats;
- à l'introduction de primes au rendement. Au terme de certaines périodes (semestre, année...), les bons résultats pourront être l'objet de primes d'intéressement des travailleurs qui auront contribué à leur obtention;
- à la réalisation de réunions périodiques du personnel, pour discuter du fonctionnement de la structure et de ses modalités de développement.

Ses compétences seront acquises à travers :

- la mise en place d'un système de sélection et de mise à l'essai des nouveaux recrutés. Les recrutements devront être faits en dehors de toute influence des relations personnelles, mais sur des critères objectifs résultants de concours de recrutement par des jurys indépendants;
- la réalisation d'un programme de formation permanente du personnel travaillant au sein du projet.

4 MODALITES DE MISE EN OEUVRE DU PROJET

4.1 CADRE DES ACTIONS A REALISER

4.1.1 Le renforcement de la Direction Régionale

Le renforcement de la Direction régionale de la Santé nécessitera l'affectation d'un nouveau local d'une surface de bureaux d'au moins 700 m². Ces locaux devront être aménagés et équipés une fois pour toute avant que les services de la Direction n'y soient installés.

L'équipe ivoirienne devra être complétée, afin qu'elle puisse être immédiatement fonctionnelle et tirer profit, dès le début de leur présence, des assistants techniques français qui auront à jouer un rôle important dans le domaine de l'organisation et de la formation.

La direction régionale devra disposer d'un budget de fonctionnement suffisant. Les crédits du projet ne devraient normalement intervenir que pour la prise en charge du surcoût résultant de la présence des assistants techniques et du démarrage de certaines activités, dans la mesure où elles peuvent être présentées comme un investissement.

4.1.2 Le choix de la zone d'intervention

La mission propose que le "Projet Santé Abidjan" se limite de façon globale à la ville d'Abidjan et aux deux communes voisines d'Anyama et Bingerville. Elle écarte donc le terme de "Grand Abidjan", car elle estime que d'une part les deux communes concernées seront englobées dans l'agglomération urbaine dans la décennie à venir, alors que les trois autres communes restantes vivront en marge de la ville pendant encore plusieurs décennies.

Elle propose également que le projet soit conduit en plusieurs étapes, dont la première serait limitée aux deux communes de Yopougon et d'Abobo.

Les raisons de cette proposition sont doubles :

- le schéma directeur proposé exige une cohérence d'ensemble entre les trois niveaux du système de soins préconisé. Il est impossible d'obtenir des résultats satisfaisants au niveau d'un hôpital Général si les Centres de Santé Communautaires ne sont pas créés de façon concomitante : la performance du système nécessite donc que l'on procède commune par commune et non pas niveau par niveau;
- pour des raisons aussi bien méthodologiques que financières, il n'est pas possible d'agir d'emblée sur les dix communes d'Abidjan au cours de la première phase. Il est donc nécessaire d'effectuer un choix de priorité.

Les critères qui ont conduit au choix de Yopougon et d'Abobo sont les suivants :

- Abobo et Yopougon rassemblent à elles deux près de 50% de la population d'Abidjan : l'impact du projet sera donc maximum par rapport aux autres choix possibles;
- ce sont ces communes qui vont supporter la plus grande partie de la croissance urbaine au cours des 20 années à venir;
- leurs populations sont parmi les plus pauvres de la capitale;
- leurs infrastructures sanitaires sont aussi déficientes que celles des autres communes;
- c'est dans ces communes que les problèmes de distance se posent le plus aux malades.

Si les résultats sont jugés satisfaisants, une deuxième phase du projet devrait pouvoir être envisagée.

Mais il est tout à fait possible que d'autres partenaires financiers décident, d'ici là, d'agir au niveau des autres communes. La mission suggère que les intervenants le fassent en respectant le cadre général du plan d'action sanitaire de la ville d'Abidjan, afin d'éviter toute incohérence.

4.1.3 Les modalités de mise en oeuvre

4.1.3.1 Aspects communs aux 2 communes

a) *Concernant les 2 hôpitaux communaux*

La création des blocs opératoires posera des problèmes de ressource humaine :

- si les interventions programmées pourront être effectuées par des chirurgiens, les interventions chirurgicales d'urgence pendant les heures de garde (en particulier les césariennes) pourront être effectuées par des étudiants des CES de chirurgie et gynéco-obstétrique. La création des fonctions de médecin-résident permettra à une équipe de 3 ou 4 d'entre eux de se relayer en assurant des gardes;
- les fonctions d'anesthésie nécessiteront l'affectation d'un CES et de 2 infirmiers anesthésistes dans chaque bloc opératoire. Cela nécessitera que le Ministère de la Santé programme 4 postes d'infirmiers anesthésistes supplémentaires, qui pourront être disponibles au terme des deux années que nécessite leur formation. Une assistance technique pour contribuer à la formation des infirmiers anesthésistes est proposée (description de poste figure en annexe).

Concernant certains personnels spécialistes, il sera peut être nécessaire dans un premier temps de les faire "tourner" entre les deux formations, où ils se rendront un jour sur deux. Cela permettra de palier au manque d'effectif si ce problème se retrouve posé.

Ceci concernera également l'affectation d'un médecin-anesthésiste à temps partiel qui assurera certaines anesthésies programmées, et une supervision convenable des autres anesthésies réalisées dans ces 2 hôpitaux communaux.

Un accent particulier devra être mis sur l'accueil des malades, afin qu'ils soient reçus dès leur arrivée dans l'hôpital par un personnel spécialisé qui les mettra en confiance et les orientera au sein de l'établissement selon le motif de leur venue.

b) *Concernant les Centres de Santé Communautaires*

Les procédures de "mise à la disposition" : la réduction des activités concernant la mère et l'enfant au niveau des hôpitaux Généraux (accouchements, visites de PMI,...) doit permettre une diminution des effectifs de sages femmes, qui pourront alors être mises à la disposition des Centres de Santé Communautaires.

Cette procédure aura des conséquences extrêmement positives pour les deux structures, car la diminution des effectifs au niveau des hôpitaux Généraux permettra d'améliorer la responsabilisation du personnel et les Centres de Santé Communautaires économiseront une dépense de 1 800 000 FCFA par sage femme et par an.

Cependant, il est impératif que ces mises à disposition (qui pourraient également être envisagées pour d'autres catégories de personnel) soient conduites avec prudence. Les sages femmes devront être volontaires et leur candidature devra être proposée à la direction du centre concerné. Celui-ci se prononcera après rencontre avec l'intéressée et analyse de son dossier. Elle devra subir une période test avant que la procédure de mise à la disposition soit finalisée.

Par ailleurs, il doit être expliqué de façon très claire au personnel mis à la disposition que, même s'il continue à être payé par la fonction publique, il travaille sous l'autorité du directeur du centre, comme tout autre salarié.

Concernant les centres déjà en place :

- le principe suivant lequel la création d'une première association devra précéder les travaux de construction du centre ne pourra bien évidemment pas être respecté;
- il est exclu que soit construit un centre de santé communautaire dans une zone où se trouve déjà une formation sanitaire fonctionnelle.

Par principe, il doit être proposé à l'institution responsable de tels centres de s'intégrer dans le réseau communal de santé et de participer à la mise en oeuvre du service public. Une convention devra alors être signée entre cette institution et les services du ministère de la Santé (en principe, le médecin du bureau communal de santé publique), qui précisera d'une part le cahier des charges que le Centre s'engage à respecter, d'autre part les compensations matérielles, humaines et financières dont il pourra bénéficier en échange de la réalisation de ces activités.

Lors de l'élaboration de cette convention, le schéma de base des Centres de Santé Communautaires, tel que défini précédemment, doit être proposé et un compromis sera recherché pour que la formation sanitaire se rapproche le plus possible du schéma type.

Le minimum acceptable concernera un alignement sur les mêmes activités techniques et les mêmes principes de gestion; les points à négocier concerneront les modalités de création et le rôle de l'association de quartier.

4.1.3.2 A Yopougon

a) L'Hôpital Communal (voir plan en annexe)

Doivent être construits :

- un bâtiment d'hospitalisation médicale
- un bâtiment d'hospitalisation chirurgicale
- un bâtiment d'hospitalisation pédiatrique
- un cuisine et une buanderie
- un internat pour les médecins résidents
- une morgue

Doivent être aménagés dans les locaux existants :

- un cabinet dentaire
- un cabinet de radiologie
- une salle de réveil

Doivent être renforcés :

- le bloc opératoire
- le laboratoire

Du matériel nouveau doit être acquis pour remplacer le matériel usagé ou disparu (le centre ne dispose actuellement que d'un seul appareil à tension!)

b) Les Centres de santé Communautaires

La commune dispose déjà de 2 structures :

- le quartier "Toit Rouge", abrite un bâtiment qui pourrait facilement être transformé en Centre de Santé Communautaire prêt à fonctionner. Bien que construit et équipé depuis 1983, il n'a jamais ouvert ses portes par manque de personnel, mais les bâtiments ont toujours été entretenus.
- dans le quartier où se trouve la formation sanitaire de la CNPS, la mission considère qu'aucune autre construction ne se justifie. En effet, cette formation doit pouvoir remplir sa double mission, à savoir recevoir ses affiliés qui seront totalement pris en charge, et jouer le rôle de Centre de Santé Communautaire pour les non affiliés du quartier.

La mission prévoit la construction de quatre centres de santé supplémentaires, ce qui portera à six le nombre de Centres de Santé Communautaires de la Commune.

4.1.3.3 A Abobo

Dans la Commune d'Abobo une première décision doit être prise : il s'agit de choisir une fois pour toute entre les formations sanitaires urbaines d'Abobo Nord et d'Abobo Sud.

Les membres de la mission ont été unanimes pour retenir Abobo Nord et ont estimé qu'Abobo Sud doit être transformé en Centre de Santé Communautaire.

D'un point de vue localisation, Abobo Sud dispose d'une situation idéale pour la conduite d'activités de jour, alors que sa place en plein centre du marché et l'afflux de personnes qui continuerait à s'y rendre serait peu compatible avec des fonctions hospitalières. Par contre Abobo Nord constitue un lieu de référence parfait pour les centres de santé de quartier, dont celui d'Abobo Sud.

Du point de vue des bâtiments, l'espace au sol et surtout les locaux actuels d'Abobo Nord sont beaucoup plus adaptés à leur transformation en hôpital que ceux d'Abobo Sud. De plus, tout laisse penser que la création d'un hôpital à Abobo conduira les localités situées au Nord d'Abidjan à y évacuer leur malades, au lieu de devoir aller jusqu'au CHU de Cocody. Or seul Abobo Nord sera à même de supporter cette extension de ses activités : Abobo Sud serait vite saturé.

En fait, tout laisse penser que même si Abobo Sud était équipé d'un bloc opératoire, il serait nécessaire de développer également Abobo Nord, ce qui serait incohérent.

Une telle décision concernant le choix du Centre est d'autant plus urgente qu'il a déjà été prévu d'ouvrir un bloc opératoire à Abobo Sud. Cette décision pouvait se comprendre avant que l'on envisage de décongestionner la maternité par la création de maternités dans les quartiers périphériques.

a) L'hôpital Général d'Abobo Nord

Il nécessitera la construction d'un bloc opératoire et d'une maternité.

Devront y être ajoutés :

- . 1 bâtiment de chirurgie de 30 lits;
- . 1 bâtiment de médecine de 30 lits;
- . 1 bâtiment de pédiatrie de 20 lits;
- . 1 bâtiment de maternité pour 20 lits;
- . 1 cuisine-laverie-magasins;
- . 1 internat, destiné aux résidents.

b) Les Centres de Santé Communautaires

La Commune dispose déjà de 5 structures :

- ▶ **Le centre de Santé d'Abobo Sud** pourra constituer le premier Centre de Santé Communautaire. Il aura un statut particulier, étant donné qu'il s'agit d'une formation sanitaire publique, dont l'ensemble du personnel est fonctionnaire. Des négociations devront être entreprises avec la direction quant à son évolution, mais il reste souhaitable qu'une association soit mise en place pour assurer la gestion des ressources propres du centre. Il sera par ailleurs nécessaire de rénover les bâtiments et de compléter l'équipement.
- ▶ **Le Centre de soins pour les tuberculeux** qui, si une dynamique communautaire s'instaure, devrait pouvoir être transformé en Centre de Santé Communautaire.
- ▶ **La maternité de "derrière rail"** est en cours d'achèvement. Il a semblé à la mission que quelques modifications devaient être faites dans la destination des pièces afin d'utiliser au mieux l'espace existant. Cela nécessitera donc quelques aménagements des locaux. Par ailleurs, l'équipement devra être trouvé.
- ▶ **Le Centre de santé d'Abobo Té** est une formation sanitaire privée appartenant aux missions catholiques qui, pour l'instant, ne s'adresse qu'aux enfants.

Compte tenu de l'importance de sa fréquentation et de la grande qualité de ses services, il pourrait être envisagé de l'aider à élargir son champ d'activité y en ouvrant un Centre de consultations et une maternité. Cependant, la directrice estime que le terrain actuel ne sera pas suffisant pour permettre une extension des locaux. Aussi est-il recommandé qu'après signature d'une convention avec la mission catholique, un centre de santé communautaire soit construit à proximité du centre actuel et soit confié à la mission.

Par ailleurs, le centre existant devrait pouvoir être utilisé comme lieu de formation en matière de soins aux enfants pour les deux communes concernées.

En ce qui concerne le Centre de Santé d'Abobo Baoulé, il semble préférable de laisser à l'équipe régionale le soin d'étudier son aptitude à respecter le schéma d'un centre de santé communautaire. Si l'aspect communautaire semble déjà résolu, par contre rien ne laisse penser qu'il sera à même d'obtenir le niveau de fréquentation nécessaire pour équilibrer ses comptes. En effet, la situation en plein champ des nouveaux bâtiments en cours de construction et la faible densité de population qui l'entoure imposent certaines réserves.

Cependant, si une décision positive était prise, il faudrait rénover les locaux de la maternité qui est déjà construite, poursuivre la construction des pièces en cours de chantier et assurer l'équipement. Dans le cas contraire, on pourrait élaborer un programme spécifique à Abobo Baoulé.

Ainsi, apparaît-il que pour assurer la couverture sanitaire de la Commune d'Abobo, il restera à construire de toutes pièces trois centres de santé communautaires : un dans le quartier "avocatier", un dans le quartier Abobo Té, un dans le quartier de "Km 18". Dans la première phase du projet, on réalisera la construction dans le quartier "avocatier".

Trois autres centres devront être transformés : la formation sanitaire urbaine d'Abobo Sud, le centre de soins pour les tuberculeux, la maternité de "derrière rail".

4.2 LES MOYENS A MOBILISER

4.2.1 Les ressources humaines

4.2.1.1 Principes généraux

La réussite du projet dépendra en grande partie des hommes qui le réaliseront.

S'il est difficile d'intervenir dans les modalités d'affectation au sein de la fonction publique, par contre de larges possibilités existent pour le personnel qui sera recruté par les Associations de Santé Communautaires. Il faudra donc veiller à ce qu'il réponde à un profil préalablement établi avant leur recrutement, qu'il soit l'objet d'une formation initiale avant prise de fonction et qu'il fasse preuve d'un très fort degré de motivation.

4.2.1.2 Le recrutement

Il devra se faire par concours après une large diffusion des vacances de poste. On éliminera d'abord toutes les candidatures qui ne conviennent pas aux critères préétablis, puis on procédera à un classement des sujets admis. Les contrats ne seront signés qu'après une mise à l'essai et seront nécessairement à durée limitée.

4.2.1.3 La formation

La réalisation du projet nécessitera la mise en oeuvre d'un programme de formation initiale pour préparer les hommes à leurs nouvelles fonctions, et de formation continue pour entretenir et améliorer sans cesse leurs connaissances.

Cette formation s'adressera aux :

- membres de l'équipe régionale de santé;
- gestionnaires des Centres de santé Communautaires et des Hôpitaux communaux;
- médecins chefs de commune;
- médecins praticiens, qu'ils soient généralistes ou spécialistes;
- les sages femmes et les infirmières;
- secrétaires et comptables.

Des évaluations périodiques seront faites pour apprécier l'aptitude du personnel à assumer les tâches qui lui sont confiées, afin de prendre des décisions appropriées pour adapter le recyclage.

4.2.1.4 La motivation

La motivation du personnel sera lié à son statut (recrutement par concours et non sécurité de l'emploi), à la promotion interne, et à l'octroi d'avantages matériels et financiers liés aux résultats. Les avantages matériels concerneront par exemple un accès prioritaire à des logements ou à des prêts qui seront négociés par l'Association employeur avec la municipalité. Des primes pourront être accordées en fonction de certains critères (gardes, déplacements dans les quartiers,...).

Un véritable esprit "d'entreprise" doit être suscité au sein de chaque formation sanitaire. Il résultera du fait que chaque agent ne se considérera pas comme un simple salarié à la recherche de ses droits, mais comme un élément essentiel, conscient de ses devoirs, pour le fonctionnement et le développement de la formation sanitaire.

Une attention particulière sera portée au mode de fonctionnement interne :

- réunions hebdomadaires auxquelles sera associé l'ensemble du personnel soignant;
- élaboration de plans de développement de la structure et travail sur objectifs de performance;
- encouragement à la prise de responsabilités;
- utilisation de méthodes d'autoévaluation;
- présentation des performances et des résultats des évaluations;
- invitation à apporter des solutions aux problèmes rencontrés.

Les composantes et le financement du projet

Pour des raisons pratiques, le projet est subdivisé en trois composantes : 1) planification - gestion - organisation sanitaire (PLAN/GEST en abrégé dans les tableaux financiers); 2) un appui aux programmes prioritaires de lutte contre le sida, les maladies sexuellement transmissibles et la tuberculose (SIDA-MST-TB); 3) construction des centres de santé communautaires (ou aménagement de certaines structures existantes), et transformation des formations sanitaires urbaines en hôpitaux communaux (BATIMENTS);

3.1.1.1 première composante : planification gestion organisation sanitaire (plan/gest)

Le volet planification sera mis en oeuvre par le directeur régional de la santé et le coordonnateur du projet. Il comporte :

- l'élaboration du programme sanitaire à court terme pour les communes concernées;
- l'élaboration du plan d'action sanitaire;
- le pilotage de sa mise en oeuvre;
- l'organisation de ses évaluations;
- les modifications éventuelles en cours d'exécution;
- l'élaboration du deuxième plan d'action sanitaire, qui fera éventuellement suite au premier.

Le volet équipements relève du responsable du service de maintenance de la direction régionale de la Santé et du coordonnateur du projet. Il comporte :

- la détermination des besoins;
- l'étude des équipements existants;
- le choix des nouveaux équipements à acquérir;
- la consultation des fournisseurs;
- la commande et la réception;
- la réparation des équipements qui le nécessiteront;
- la formation du personnel à l'entretien et à la maintenance;
- la réalisation de visites techniques régulières.

Le volet "recueil et traitement des données" sera confié au directeur du service "épidémiologie et statistiques" et à l'assistant technique qui le secondera. Les activités seront menées en liaison avec l'INSP et la DIEP. Ce volet portera en particulier sur :

- le recueil et l'analyse des données épidémiologiques;
- la publication de rapports périodique sur l'état de santé de la population;
- la réalisation de certaines études.

Le volet "Gestion" sera confié au chef du service administratif secondé par un assistant technique. Ils travailleront en liaison avec la direction administrative et financière du ministère de la Santé, avec les autres ministères concernés et avec les municipalités. Il s'agira plus particulièrement de la gestion :

- des hôpitaux communaux;

- des centres de santé Communautaires;
- des médicaments;
- des différents programmes.

Les responsables de ce volet travailleront, en liaison avec les équipes de recherche et la direction du projet, à la mise en place de la mutuelle des femmes pour la couverture du risque dystocie.

Le volet "formation" sera confié au service IEC-formation de la direction régionale de la Santé et à l'assistant technique, et sera réalisé en liaisons étroites avec la Faculté de Médecine et les écoles de formation médicale d'Abidjan.

Un volet "IEC" sera également confié au service IEC-formation de la direction régionale de la Santé et aux organismes ayant des compétences dans ce domaine (notamment INSP). Il portera plus précisément sur :

- l'élaboration de matériel didactique (en particulier audio-visuel);
- la santé scolaire;
- le travail auprès des média;
- les actions éducatives dans les formations sanitaire et dans les quartiers.

Le volet "participation communautaire" sera confié au service des affaires sanitaires et à celui des affaires sociales.

Le volet "qualité des soins" sera confié au service des affaires sanitaires et à l'assistant technique spécialisé dans ce domaine. La lutte contre la mortalité maternelle et contre la mortalité infantile s'inscrit dans ce cadre, et fera l'objet d'un suivi particulier, en liaison avec les autres services de la direction.

Le volet "études et recherche opérationnelle" placé sous la responsabilité conjointe du directeur régional de la Santé et du coordonnateur du projet permettra de programmer la réalisation de travaux mentionnés dans ce document ou des études qui auront été identifiées au cours des différentes phases du projet. Ils seront également responsables de la sélection des équipes susceptibles d'appuyer la réalisation de ces activités.

Les besoins de financement de cette composante ont été estimés de la manière suivante : les prix du mobilier et de l'informatique pour l'équipement de la DRS et des centres de santé ont été obtenus auprès de la DCGTx. Le coût du petit matériel médical a été estimé sur catalogue. Le coût du complément d'équipement de laboratoire pour les hôpitaux communaux est tiré d'une évaluation détaillée faite en juillet 1991.

Le coût d'utilisation des véhicules légers du projet est estimé à 2 FF par km hors amortissement. On estime qu'en moyenne chaque véhicule devrait parcourir entre 20000 et 25000 Km par an suivant les cas.

L'enveloppe recherche et études a été évaluée en fonction des coûts paramétriques utilisés par les organismes spécialisés (notamment l'OCCGE).

Le fonds de garantie pour la "mutuelle des femmes" permettra de couvrir les frais d'hospitalisation et d'intervention des premières adhérentes, même si leur nombre est encore insuffisant pour assurer la couverture de ce risque. Il permettra ensuite de promouvoir des activités de promotion de la lutte contre la mortalité maternelle.

Le fonds de lancement des Centres de santé communautaires doit permettre de faire face aux besoins de trésorerie des premiers mois de fonctionnement.

Une enveloppe forfaitaire est réservée aux activités d'information - éducation - communication.

3.1.1.3 Deuxième composante : Sida-Mst-Tuberculose

Cette composante fournit un soutien à la lutte contre ces affections, en s'appuyant sur les structures nationales en place (Programme national de lutte contre le Sida, Centre national anti-tuberculeux, Institution chargée de coordonner la lutte contre les MST). Les actions concerneront la prise en charge des séropositifs et des malades atteints de sida (mise au point des protocoles, amélioration du diagnostic et soutien en produits pharmaceutiques), l'information l'éducation et la communication en direction des groupes cibles. L'appui à la lutte contre la tuberculose et contre les MST s'inscrit dans le même type d'approche en raison des liens étroits qui existent entre ces trois types d'affection.

La prise en charge des malades infectés par le VIH comporte, comme cela vient d'être mentionné, un appui en médicaments délivrés pour les centres de santé communautaires qui seront ouverts dans les communes. L'estimation de besoins de financement de cette rubrique repose sur les informations fournies par le Pr Kadio concernant la fréquence des principales affections opportunistes (diarrhées, cryptococose méningée, toxoplasmose, méningite purulente, salmonellose) et le protocole thérapeutique à appliquer (coût calculé à partir des prix de la Pharmacie de la Santé Publique).

3.1.1.3 Troisième composante : bâtiment

Cette composante ne comporte que des investissements et se résume à la construction de 5 centres de santé communautaires dans les communes de Abobo et Yopougon, à l'aménagement de 4 structures existantes et à la transformation des bâtiments des deux formations sanitaires urbaines de ces mêmes communes en hôpitaux communaux. Cette composante sera réalisée par le chef du service de maintenance et le coordonnateur du projet, en liaison étroite avec la direction des équipements du ministère de la Santé.

Les investissements immobiliers représentent 50% de l'enveloppe globale du projet. Le budget a été élaboré à partir des données et des barèmes suivants : coût de construction : 3000 FF le m²; coût de réhabilitation : 1500 FF le m²; coût de rénovation légère : 200 FF le m². La superficie moyenne d'un CSC est estimée à 645 m², les parties à construire pour transformer les formations sanitaires en hôpitaux communaux représentent 4300 m², les parties en rénovation légère représentent 9600 m².

La mise en oeuvre du projet nécessitera un apport financier à hauteur de 60 MF pour une durée de quatre ans. Les tableaux financiers sont présentés dans les pages suivantes.

Projet No : _____

Intitulé du projet : Projet Santé Abidjan

Composante No : 01

intitulé : PLAN/CEST

NAT. DEP.	LIBELLE	MONTANT (FF)	MEO
21	Matériel de reprographie	140 000	M
21	Equipement médical CSC	640 000	M
21	Matériel de laboratoire FSU Yopougon	200 000	M
21	Matériel de laboratoire FSU Abobo Nord	60 000	M
21	Complément équipement FSU Abobo nord	2 500 000	M
21	Complément équipement FSU Yopougon	2 500 000	M
22	Equipement mobilier de la DRSPS	480 000	M
22	Equipement micro-informatique DRSPS	280 000	M
22	Véhicule pour le coordonnateur du projet	100 000	M
22	Véhicules de service DRSPS	240 000	M
22	Véhicules médecins communaux	160 000	M
22	Equipement bureaux méd. communaux	64 000	M
22	Equipement mobilier CSC	1 976 000	M
22	2 Ambulances par commune	560 000	M
3	Fonds de lancement centres de santé communautaire	1 000 000	M
3	Fonds de garantie "mutuelle des femmes"	1 300 000	M
4	Carburant & entretien véhicules	640 000	M *
4	Fournitures de bureau	400 000	M *
4	Fonds de roulement en médicaments CSC	270 000	M
4	Fonds de roulement médicaments Hôp. comm.	200 000	M
51	Etudes et recherche opérationnelle	1 500 000	M
53	Formation, participation conférences, déplacements	3 000 000	M
54	Information Education Communication	2 000 000	M
55	Missions d'évaluation	300 000	S
8	Divers	2 500 000	M
TOTAL POUR LA COMPOSANTE :		23 010 000	

Projet No : _____

Intitulé du projet : Projet Santé Abidjan

Composante No : 02

intitulé : MST-SIDA-TB

NAT.	DEP.	LIBELLE	MONTANT (FF)	MEO
	21	Complément d'équipement CAT Adjamé et Treichville	300 000	M
	22	Equipement bureau conseiller technique BCC	50 000	M
	22	Equipement informatique conseiller technique BCC	50 000	M
	22	Véhicule CT BCC	80 000	M
	22	Equipement informatique CAT	50 000	M
	22	Véhicule CT CAT	80 000	M
	22	Equipement bureau CT CAT	50 000	M
	22	Véhicule AT MST	80 000	M
X	4	Fournitures de bureau conseiller BCC	80 000	M X
✓	4	Carburant et entretien véhicule CT BCC	200 000	M A
	4	Prévention et prise en charge séropositifs et sidé	4 000 000	M
✓	4	Carburant et entretien et assurance véhicule CT	160 000	M ↓
	4	Appui programme MST (consommables)	710 000	M
	51	Etudes et recherche	200 000	M
	51	Enquêtes tuberculiniques	60 000	M
	51	Etudes et recherche	280 000	M
	7	Indemnités déplacement en ECI AT SIDA/MST	60 000	M
	8	Divers & imprévus	500 000	M
TOTAL POUR LA COMPOSANTE :			6 990 000	

Projet No : _____

Intitulé du projet : Projet Santé Abidjan

Composante No : 03

intitulé : BATIMENTS

NAT.	DEP.	LIBELLE	MONTANT (PF)	MEO
		1 Réhabilitation locaux DRSPS	1 000 000	M
		1 Aménagements bureaux médecins communaux	180 000	M
		1 Construction CSC	10 000 000	M
		1 Réhabilitation CSC	4 000 000	M
		1 Transformation FSU de Yopougon en HC (réhabilitati	620 000	M
		1 Transformation FSU de Yopougon en HC (construction	6 150 000	M
		1 Transformation FSU de Abobo nord (rénovation)	1 300 000	M
		1 Transformation FSU de Abobo nord (construction)	6 750 000	M

TOTAL POUR LA COMPOSANTE : 30 000 000

4.3 PLAN D'OPERATION

La mise en oeuvre du "Projet Santé Abidjan" est programmée pour une durée de 4 ans, à partir du 1er Octobre 1992. Son évaluation ex-post sera réalisée au cours du dernier trimestre de l'année 1995, pour se donner la possibilité de lancer un deuxième projet en octobre 1996.

L'ensemble du projet est placé sous la responsabilité conjointe du directeur régional de la santé et de l'assistant technique placé à ses côtés. Les modalités de gestion des fonds sont décrites au paragraphe 4.5.

► Phase 0 : Semestre préparatoire.

- Jun 92 : . début de mise en place de l'équipe régionale de la Santé;
 . signature de la convention FAC;
- Juillet 92 : . disponibilité des premiers crédits;
 . approbation des plans d'Abobo Nord et de la nouvelle direction régionale de la santé;
 . lancement du premier appel d'offre pour la réalisation des travaux;
 . préparation des enquêtes préliminaires;
- Août 92 : . démarrage des travaux d'aménagement des locaux de la Direction Régionale de la Santé;
 . démarrage des travaux de construction de la deux premières unités d'hospitalisation (accouchées et opérées) d'Abobo Nord;
 . commande des équipements de la Direction Régionale de la Santé;
 . établissement des premiers contacts avec le quartier de Toit Rouge, en vue de la création de la première association;
- Septembre 92 : . arrivée des assistants technique français;
 . mise en place de l'association;
 . réalisation de l'étude de faisabilité;
 . commande de l'équipement du Centre;
 . commande du stock de médicaments;
- Octobre 92 : . réalisation de certains travaux d'aménagement;

► Première année

- Octobre 92 : . installation de la Direction Régionale dans ses nouveaux locaux;
 . ouverture du centre de Santé Communautaire de Toit Rouge;
 . ouverture du bloc opératoire d'Abobo Nord;
 . réalisation de l'enquête épidémiologique à passage unique et démarrage de l'enquête longitudinale;

- Novembre 92 :**
- . recrutement du personnel du Centre de Santé Communautaire "Toit Rouge";
 - . conception du système de surveillance épidémiologique;
 - . conception du système de gestion de la Direction Régionale;
 - . élaboration des plans pour l'extension de Yopougon et pour la construction des Centres de Santé Communautaires;
- Décembre 92 :**
- . mise en place du système de gestion de la direction régionale;
 - . mise en place de l'équipe régionale de la santé;
 - . programmation en vue de l'élaboration du plan d'action sanitaire d'Abidjan;
 - . travail avec les municipalités de Yopougon et d'Abobo;
- Janvier 93 :**
- . mise en place du système de surveillance épidémiologique;
 - . conception du système de gestion des centres de santé communautaires;
 - . lancement du recueil des données nécessaires à l'élaboration du plan;
- Février 93 :**
- . réalisation des études de faisabilité
 - . conception du système de gestion des Hôpitaux Communaux;
 - . travail dans les quartiers intéressés par la création de Centre de Santé Communautaire;
 - . ouverture de la maternité d'Abobo Nord;
- Mars 93 :**
- . lancement des appels d'offre pour la construction de 2 centres de santé Communautaires (1 à Yopougon et 1 à Abobo) et de l'hôpital de Yopougon;
- Avril 93 :**
- . début des travaux de construction de 2 Centres de Santé communautaire;
 - . début des travaux d'aménagement de l'hôpital de Yopougon;
 - . lancements des premières commandes d'équipement et de médicaments pour les Hôpitaux Communaux de Yopougon et d'Abobo Nord;
- Juin 93 :**
- . fin de l'enquête longitudinale, analyse des données recueillies;

► Deuxième année

- Octobre 93 :**
- . inauguration de l'hôpital Général d'Abobo Nord et deux Centres de Santé Communautaires;
 - . évaluation de la première année d'activité du centre de Santé Communautaire de Toit Rouge;
- Décembre 93 :**
- . inauguration de l'hôpital Général de Yopougon;

► Troisième année

Octobre 94 : . démarrage des travaux de construction des 2 derniers centres de Santé Communautaires;

Avril 95 : . ouverture des 2 derniers Centres de Santé Communautaires;

► Quatrième année

Octobre 95 : . évaluation des 3 premières années d'exécution du projet;

Décembre 95 : . publication du rapport d'évaluation.

Janvier 96 : . séminaire de planification d'un deuxième "Projet Santé Abidjan";

Février 96 : . rédaction du deuxième "Projet Santé Abidjan";

Mars 96 : . recherche de financements pour un deuxième "Projet Santé Abidjan";

Le 31 Juillet 96 : fin du premier "Projet Santé Abidjan".

4.4 MODALITES DE GESTION DU PROJET

4.4.1 La direction du projet

La direction du projet est confiée à l'équipe régionale de Santé Sud Abidjan.

La Direction régionale devra élaborer chaque année un programme d'activités qui devra nécessairement s'inscrire dans le cadre du document de planification.

Ce programme sera accompagné d'un budget, concernant les dépenses devant être réalisées par les différentes parties :

- Etat Ivoirien;
- Municipalités;
- Collectivités;
- Coopération Française.

La gestion financière sera réalisée conformément au budget annuel qui aura été préalablement établi.

La comptabilité au niveau de la direction régionale sera informatisée sur le même type de logiciel que celui de la Mission Française de Coopération et confiée au comptable de la direction.

Un rapport d'exécution financière sera élaboré une fois par an et soumis à l'approbation du comité de suivi.

4.4 2 Le suivi

Le système de suivi constitue un élément fondamental du projet. Il repose sur :

► la mesure régulière de certains indicateurs, grâce auxquels pourront être prises des décisions en cours d'exécution. Parmi ces indicateurs, peuvent être déjà cités :

- le taux de fréquentation des différentes formations sanitaires;
- les dépenses de santé par personne et par an;
- le coût unitaire de production des principaux services (coût d'une consultation, d'une ordonnance, d'une consultation prénatale, d'un accouchement, d'une césarienne,...);
- la productivité du personnel en place;
- les principaux taux de couverture sanitaire, tels que les taux de couvertures vaccinales, les taux de dépistage des lépreux et des tuberculeux, etc.;

► l'analyse des comptes de chaque formation sanitaire, qui devra non seulement montrer une situation financière saine, mais encore en progrès constant.

4.4.3 Le Comité de suivi

Un Comité de Suivi du projet sera mis en place; il pourra être composé :

- du directeur général de la Santé;
- du chef de la mission française de Coopération ou de son représentant;
- d'un représentant de la ville d'Abidjan;
- d'un représentant de chacune des communes concernées;
- du conseiller régional Santé de la Coopération française;
- de deux autres directeurs centraux du ministère de la Santé;
- du directeur régional de la Santé;
- de l'assistant technique coordonnateur du projet;
- d'un représentant de la sous-direction Santé du ministère français de la Coopération.

Il se réunira de façon ordinaire deux fois par an et de façon exceptionnelle sur décision du Chef de Mission ou du Directeur Général de la Santé lorsqu'un problème grave aura été rencontré par une des deux parties.

Lors de ses réunions ordinaires, il étudiera le rapport technique et financier qui lui sera présenté. Il approuvera une fois par an, après l'avoir discuté, le programme de l'année à venir et le budget qui l'accompagnera.

D'autres personnes pourraient être appelées à participer occasionnellement aux réunions du comité sur proposition du ministère de la Santé de Côte d'Ivoire ou du ministère français de la Coopération.

Le comité de suivi aura la charge de prendre toutes les grandes décisions institutionnelles concernant le déroulement ou le devenir du projet :

- révision du plan;
- changements de certains membres de l'Equipe (ivoiriens comme assistant technique français);
- recherche de financements complémentaires;
- etc..

Enfin, s'il l'estime nécessaire le comité de suivi pourra décider que soient réalisées des expertises techniques sur l'ensemble ou sur certains aspects du projet, afin de répondre à certaines de ses interrogations ou demandes formulées par les techniciens chargés de sa mise en oeuvre. Ces expertises pourront prendre l'aspect soit d'évaluations, soit d'appui technique.

4.4.4 Les évaluations

Deux types d'évaluations seront réalisées :

- une évaluation ex-post interviendra après trois ans d'exécution du projet. Elle aura pour but d'analyser la viabilité du système en place et de faire des recommandations pour la poursuite éventuelle du projet. Des conclusions de cette évaluation dépendra la formulation de la deuxième phase du "Projet Santé Abidjan".
- le deuxième type d'évaluation portera sur l'efficacité du projet; elle nécessitera la mesure de certains indicateurs de santé à 5 ans de différence, tels que le taux de mortalité infanto-juvénile ou le taux de mortalité maternelle.

La première étude sera faite au cours de l'année 1993, la seconde au cours de l'année 1998.

Par ailleurs, ainsi que nous l'avons précisé plus haut, le Comité de suivi sera en mesure de demander la réalisation d'une évaluation en cours de réalisation du projet, s'il le juge nécessaire.

ANNEXES

ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE

- [1] Présidence de la République, DCGTx, Plan de transport de l'aire métropolitaine d'Abidjan, volume XV : "Abidjan, perspectives à long terme, cadre démographique et économique, projection localisées habitat/emploi", décembre 1989, 214 p.
- [2] Ministère du Plan, Direction de la statistiques, Sous-direction des statistiques générales : Enquête budget-consommation 1979, Le budget des ménages africains de Côte d'Ivoire, EBC no 10, décembre 1986, 88 p.
- [3] Ministère du Plan, Direction de la statistique : Enquête permanente auprès des ménages, résultats définitifs année 1985, novembre 1986.
- [4] J.M. Laure, B. Flourey, rapport d'identification du Projet Santé Abidjan, mai 1991, Ministère de la Coopération et du Développement.
- [5] Ministère de la santé et de la protection sociale, Comité de suivi sur la valorisation des ressources humaines, Programme de valorisation des ressources humaines : Planification - programmation - budgétisation dans le secteur de la santé, octobre 1991, 65 p. + annexes.
- [6] Valerie KOZEL : The Composition and Distribution of Income in Cote d'Ivoire, Living Standards Measurement Study Working Paper no 68, The World Bank, 1990, 74 p.
- [7] GUIMIER : Rapport sans titre ni date, probablement pour la Banque Mondiale, 56 p. + annexes
- [8] Ministère de la santé publique et de la population : Annales de la santé 1989, 187 p.
- [9] Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat de Côte d'Ivoire : Rapport d'activité de la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat (MUGEF-CI) pour l'année 1990, 4 mars 1991, 18 p.
- [10] Anne BOLOT-GITTLER, Christine DANIEL, Pierre MOUTON : Rapport d'audit de la Caisse nationale de prévoyance sociale de Côte d'Ivoire, analyse, Inspection Générale des Affaires Sociales, décembre 1990, 230 p. + annexes
- [11] World Tables 1991, Published for The World Bank, The Johns Hopkins Press, 1991, 655 p.
- [12] R. SUMMERS, A. HESTON : A New Set of International Comparisons of Real Product and Price Levels Estimates for 130 Countries, 1950-1985, The Review of Income and Wealth, 34, 1, 1-25 (march 1988) NB : les tableaux figurent sur trois disquettes accompagnant cette livraison de la revue.
- [13] P. BARRET : Manuel des budgets économiques, juin 1990, 31 p.
- [14] J.M. COUR : L'économie de la Côte d'Ivoire dans une perspective villes-campagnes, 22 p., juin 1990.
- [15] R. KANBUR : Poverty and the Social Dimension of Structural Adjustment in Côte d'Ivoire, Social Dimensions of Adjustment in Sub-Saharan Africa, SDA Working Papers Series, The World Bank, 1990; ou R. KANBUR : La pauvreté et les dimensions sociales de l'ajustement structurel en Côte d'Ivoire, Banque Mondiale, DSA, document de travail no 2, 1989, 60 p.. Nous citons l'édition anglaise parce que la traduction française est fréquemment fautive. Par exemple, le lecteur est induit en erreur si on lui traduit "households where he [the head] is in the informal sector, inactive ou unemployed" (version anglaise p. 15) par "ceux dont le chef, appartenant au secteur traditionnel, est inactif ou chômeur" (texte français p. 19).
- [16] C. GROOTAERT : Measuring and Analyzing Levels of Living in Developing Countries : An Annotated Questionnaire, Living Standards Measurement Study, Working Paper 24, 1986.
- [17] M. AINSWORTH, J. MUNOZ : The Côte d'Ivoire Living Standards Survey : Design and Implementation, Living Standards Measurement Study, Working Paper 26, 1986.
- [18] Présidence de la République, DCGTx, Plan de transport de l'aire métropolitaine d'Abidjan, volume IV : "Enquêtes ménages 1988 à Abidjan", juin 1989, 218 p.
- [19] Claudine VIDAL, Marc LE PAPE : Pratiques de crise et conditions sociales à Abidjan 1979-1985, ORSTOM-CNRS, janvier 1986, 102 p.
- [20] DJEDJE NGAMI Y. Esther: Plan Directeur et Programme d'Etablissement- Formation sanitaire Félix Houphouët Boigny-Abobo Nord-Document Polycopié, Abidjan, 1991, 113 p. + annexes
- [21] YAO KOUADIO-Bilan d'une année d'activité de la salle d'accouchement du CHU de Cocody-Thèse de Doctorat en Médecine, Abidjan 1987, 90 p.

ANNEXE 2 : TEXTES EN VIGUEUR

Décret 86-449 du 25 Juin 1986 portant transfert des compétences de l'Etat aux Communes en matière de Santé publique.

Arrêté 265/MSPS/CAB 1 du 16 Août 1991, portant création des Directions Régionales de la Santé.

ANNEXE 3 : EQUIPEMENTS SANITAIRES DES DEUX COMMUNES

YOPOUGON

La Formation Sanitaire Urbaine fonctionne comme un hôpital de jour.

Bâtiments

Le centre de Santé de Yopougon comprend 5 bâtiments déjà construits, qui sont répartis sur un terrain d'une superficie de 19 000 m².

- Un dispensaire de 560 m²
- Une PMI de 870 m², qui a été ouverte en 1977.
- Un bâtiment utilisé actuellement pour les visites des enfants sains, les vaccinations et le planning familial de 400 m²
- Un bloc technique qui regroupe une maternité dont la seule et unique salle d'accouchement est divisée en 3 blocs et un bloc opératoire non encore fonctionnel de 390 m²
- Le local d'hébergement des accouchées de 480 m², qui comprend 39 lits destinés aux femmes accouchées.

Un sixième bâtiment est en cours d'achèvement. D'une superficie d'environ 360 m², il a été construit par l'Usaid et devra abriter les activités de planning familial.

Deux autres petits bâtiments sont également présents : 1 bâtiment destiné à l'accueil des malades, 1 bâtiment destiné à la Mutuelle des fonctionnaires. La surface bâtie est donc actuellement de 3 120 m². Un programme de réfection des locaux aurait été inscrit au budget de l'Etat. Le terrain dont la superficie totale est de l'ordre de 21 250 m² est entièrement et correctement clôturé.

Personnel

Le centre fonctionne sous la responsabilité d'un directeur, formé à l'ENA (section formation des administrateurs des services de santé) qui occupait auparavant les fonctions de sous-directeur des ressources humaines au ministère de la Santé.

Cinq médecins et assimilés (1 gynécologue, 1 pédiatre, 1 CES de pédiatrie, 2 médecins généralistes), 28 infirmiers, 33 sages femmes, 87 autres catégories, soit un total de 152 personnes.

Organisation

- au dispensaire se trouvent les 2 médecins généralistes, 6 infirmiers et 13 filles de salle. Les malades sont reçus par un service de tri qui s'effectue dans une seule et unique salle où travaillent les infirmiers. Les malades ne sont pas examinés, mais seulement interrogés. La plupart d'entre eux reçoivent immédiatement une ordonnance, qui est généralement prescrite en spécialités. Seule, une faible proportion est reçue par un des médecins;
- à la maternité se trouvent le gynécologue, les 33 sages femmes, dont 15 affectées aux prénatales et 18 à la maternité;
- à la PMI se trouvent le pédiatre et le CES, 4 infirmiers, 12 filles de salle;
- au laboratoire se trouvent une technicienne et 1 fille de salle. seuls les examens suivants sont réalisés : sucre et albumine urinaires, culot urinaire, taux d'hématocrite, examen direct des selles.
- L'Association Ivoirienne pour le Bien-être Familial est hébergée dans les locaux du centre, en attendant qu'un nouveau bâtiment en cours de construction sur financement USAID soit achevé. Il dispose d'une sage femme détachée et de 2 filles de salle et effectue des consultations de planning familial.
- les différentes activités fonctionnent de façon totalement indépendante les unes des autres et aucune idée d'intégration ne semble avoir été évoquée jusqu'à présent.
- la Formation Sanitaire dispose d'un bloc opératoire, qui a été construit il y a 6 ans, mais qui n'a jamais fonctionné jusqu'à présent. manquant de place, le médecin-gynécologue y a installé son bureau.
- certains malades graves sont gardés sur place pour y être traités en hospitalisation de jour. C'est le cas des accès de paludisme ou des diarrhées avec déshydratation. Mais les suspicions de méningite doivent être évacuées sur un CHU pour que puisse être faite une ponction lombaire !

- les activités sont toutes gratuites. Le malade doit cependant acquérir son carnet de consultation, qui est vendu 100 F en dehors du centre et acheter un timbre antituberculeux à 100 F. Ce timbre, dont 50 % du prix revient à la formation sanitaire qui l'a vendu, est valable pendant 1 mois. Il doit être collé sur le carnet de consultation.

- les médicaments nécessaires aux premiers soins peuvent être achetés en DCI à la Pharmacie de la formation sanitaire, mais les ordonnances doivent être achetées en pharmacie.

Lors des accouchements, les parturientes ne doivent acheter que les médicaments, dont le coût est de l'ordre de 300 F. Elles ne peuvent rester que 24 heures par manque de place: 39 lits seulement pour parfois plus de 60 accouchements dans la journée.

- les césariennes sont évacuées sur Cocody, car la plupart des femmes ne sont pas en mesure d'affronter le coût de l'hospitalisation au CHU de Yopougon. Mais il n'est pas prouvé qu'en dernière catégorie Yopougon revienne plus cher que Cocody.

- l'ambulance (qui a 10 ans d'âge) est immobilisée depuis 3 mois : les évacuations doivent donc être faites en taxi et reviennent à environ 3 000 F.

Activités en 1990

Consultations	Adultes	36 421
	Enfants	41 640
Prénatales	Consultantes	8 954
	Consultations	14 952
Postnatales		2 001
Accouchements		11 325
Vaccinations		63 481
Examens de laboratoire		34 421

EQUIPEMENTS

Laboratoire :

- En bon-état :

- 1 microscope binoculaire
- 1 centrifugeuse
- 1 microhématocrite
- 1 rhéuscope
- 1 distillateur
- 1 agitateur
- 1 poupinel
- 1 balance semi-précise manuelle (sans poids)

- A réparer

- 3 microscopes binoculaires
- 1 climatiseur

ABOBO

Abobo Nord

Présentation

Appelée "Formation Sanitaire Houphouët Boigny", le Centre d'Abobo Nord est une réalisation relativement récente. Financée par la Banque Mondiale, elle a ouvert ses portes en 1987.

Elle est l'objet d'une expérience de recouvrement de coûts qui fait son originalité et son renom et dont l'initiative revient à son directeur.

Organisation

La FS comprend 7 services où travaillent 17 médecins :

- Au dispensaire se trouvent 3 médecins, qui voient systématiquement tous les malades en consultation; ils sont reçus seuls dans des salles de consultations bien équipées; chacun d'entre eux se voit ouvrir un dossier, que l'on pourra retrouver lors des visites ultérieures.
- Un service de gynécologie où travaille 1 médecin inscrit en CES. Les prénatales sont réalisées par 6 sages femmes;
- Un service de pédiatrie où travaillent 3 médecins
- Un service d'ophtalmologie où travaillent 2 spécialistes
- Un service d'ORL où travaillent 2 spécialistes. Ils traitent les affections médicales (otites, angines, sinusites,...) et seraient prêts à faire certaines interventions si un bloc opératoire était mis en place.
- Un laboratoire dirigé par un médecin biologiste, où travaillent également 2 techniciens de laboratoire. Il effectue les examens suivants: i) glycémie, urémie, créatininémie, triglycérides, cholestérol, transaminases, BW, ii) NFS, VS, GE, électrophorèse de hémoglobine, Groupe sanguin, test de grossesse; iii) ECBU, sucre et albumine dans les urines, selles. Mais le laboratoire ne fait ni la recherche de BK, ni les ponctions lombaires. Il existe une tarification par acte.
- Un service de radiologie avec un manipulateur. Il ne fait que les radio sans préparation. Un médecin radiologue vient interpréter les clichés.
- Un cabinet dentaire avec 2 fauteuils où travaillent 4 chirurgiens dentistes.

Les malades peuvent être gardés en observation pendant la journée. Les évacuations se font en général sur Cocody. Pour cela, le centre dispose d'une ambulance, qui a été donnée par la Corée du Sud en 1990.

Le système de recouvrement des coûts repose sur les tarifs suivants :

Consultation de médecine générale	500 F
Consultation de pédiatrie	500 F
Consultation prénatale	500 F
Consultation de gynécologie	1 500 F
Consultation ORL et ophtalmo adulte	1 000 F
Consultation ORL et ophtalmo enfant	500 F

Les tickets de consultation sont valables pendant 1 mois pour une même maladie.

Par ailleurs, sont vendus des carnets de consultation prénatale à 250 F l'unité et des carnets de santé à 100 F l'unité.

Pour les soins dentaires, les tarifs suivants sont appliqués pour chaque traitement et par dent i) de 0 à 9 ans : 1 000 FCFA; ii) de 10 à 19 ans : 2 000 FCFA; iii) à 20 ans et plus : 3 000 FCFA. Les prothèses sont facturées selon leur importance.

Le Centre dispose d'une pharmacie tenue par une pharmacienne. Lors de notre passage, elle venait de recevoir une dotation d'une valeur de 2 millions de FCFA, destinée aux urgences et aux premiers traitements.

Grâce à ses recettes, la FS a pu réparer les 2 fauteuils dentaires et acquérir du matériel de laboratoire pour 8 millions de FCFA, remboursable par mensualités, dont la dernière aura lieu en Décembre 1991.

Elle envisage d'acheter un échographe.

Le Centre dispose d'une Commission médicale Consultative (conformément à une décision du ministère de la Santé datant de 1984) qui est associée à toute prise de décision concernant son fonctionnement.

Les bâtiments

	Nombre de pièces
Dispensaire	28
PMI	36
Services techniques	16
Total	80

Surface : 19 027 m²

Plateau technique

- 1 laboratoire
- 1 radiographie
- 2 cabinets dentaires
- 1 service d'ophtalmologie
- 1 service ORL

Personnel

- 1 directeur, administrateur des hôpitaux, titulaire d'un DESS en Gestion Hospitalière
- 1 économiste, sortant de l'ENA
- 2 agents administratifs
- 15 médecins et assimilés, qui pour la plupart sont inscrits à un CES dans leur spécialité.
- 11 infirmiers
- 6 sages femmes
- 22 filles et garçons de salle
- 4 autres agents

Soit un total de 58 personnes.

Activités 1990

Consultations :	
adultes	12 844
enfants	27 820
Prénatales :	
Consultantes	11 805
Consultations	82 425
Spécialités :	
Soins dentaires	6 782
ORL	4 412
Ophtalmologie	7 842
Examens labo	13 198
Vaccinations(nb enfants)	28 617
Evacuations :	
pédiatrie	369
dispensaire	14
gynécologie	5
ORL	128
Ophtalmo.	148
Dentiste	249
Séances d'éducation sanitaire (nb d'auditrices)	8 225

Equipement : 1 ambulance

Equipement du laboratoire

- 1 agitateur rotateur coultronics
- 1 agitateur de Kline
- 1 agitateur de Khan
- 1 appareil à numération globulaire automatique
- 1 autoclave sur pied 65 l
- 1 bain- marie de sérologie Jouan 5 l
- 1 bain-marie à thermostat et agitation assistant 5 l
- 1 roberval + poids
- 1 balance de précision
- 1 centrifugeur Jouan C4.11 40 tubes
- 1 centrifugeur Jouhan 2200S1 8 tubes
- 1 centrifugeur à microhématocrite Héraeus
- 1 générateur de courant continue hélène de type Titan +

1 cuve à migration héléna
 1 chambre de séchage héléna
 1 kit applicateur héléna
 1 étuve universelle Memmert 115 l
 1 étuve universelle sélecta 40 l
 1 réfrigérateur 200 l
 2 climatiseurs 1,5 cv
 1 chauffe ballon pour 1 000 ml
 1 chauffe ballon pour 2 000 ml

Matériel à réparer

1 microscope
 1 rhéuscope 3 faces
 1 spectrophotomètre 340-800 nanomètre avec imprimante

Abobo Sud

Présentation

Située en plein coeur de la commune, la FSU d'Abobo Sud est entourée d'un marché. Elle comprend un dispensaire, une maternité et un Centre de PMI.

Fonctionnement

Les consultations sont gratuites.

En 1990, la maternité a effectué 16 000 accouchements, chiffre qui atteindra probablement 18 000 en 1991, alors qu'il a déjà atteint 25 000. Ceci représente un nombre de 60 accouchements par jour, avec des pointes à 80. La salle d'accouchement consiste en une seule et unique grande salle, divisée en 3 box. Elle est ouverte à tout vent et tout le monde y circule.

Les sages femmes ont été réparties en 4 équipes et disposent d'un repos compensateur de 48 heure après chaque garde. Elles plaignent cependant de la masse de travail qui est la leur. Les accouchées sont gardées à la maternité 24 heures avant de pouvoir rentrer chez elles.

A la moindre difficulté, les femmes sont évacuées vers un CHU. Le centre dispose d'une ambulance. Les tarifs sont de 2 000 F sur Cocody et de 3 000 F sur Treichville.

Sept sages femmes ont été affectées aux consultations prénatales.

3 807 femmes ont été suivies depuis 3 ans en planning familial.

Le centre aurait souffert de difficiles problèmes dus au personnel. les sages femmes vendraient aux malades des médicaments à des prix très élevés (par exemple des ampoules de methergin à 1 500 F l'unité).

Pour mettre un terme à ces excès, un tarif unique a été institué : pour 2 500 F, la parturiente reçoit un ensemble comprenant : des gants, 2 ampoules de methergin, 1 bande, des compresses et du collyre. Un reçu est remis et les excédents dégagés sont utilisés pour assurer l'hygiène du Centre ou pour compenser les pertes dues à des cas sociaux.

Une salle de diététique permet de recevoir une trentaine d'enfants par jour.

Le centre de vaccination est très actif.

Le Centre dispose d'un laboratoire, dont le matériel est toujours en caisse et dont les paillasses dorment sous la poussière.

Bâtiments

	Nombre de pièces
Disp	16
Mat	24
PMI	27
Vaccinations	4
Total	71

Equipement

Labo non fonctionnel depuis 1982 (manque de personnel)

Gros matériel

- 1 étuve universelle
- 1 leucocytomètre (compteur)
- 1 agitateur de Kline
- 1 balance précision manuelle
- 1 centrifugeur à microhématocrite
- 1 alambic à eau distillée
- 1 microscope binoculaire
- 1 rhéuscope

Personnel

Le personnel se compose d'un médecin-chef qui assure la direction du Centre, de 4 médecins et assimilés (2 à temps plein et 2 spécialistes à temps partiel), 21 infirmiers, 29 sages femmes et 47 autres catégories, soit un total 101 personnes.

Activités

Consultations	Nombre
Adultes	108 325
Enfants	79 076
Prénatales	
Consultantes	9 592
Consultations	22 714
Accouchements	16 379
Vaccinations(enfants)	78 835
Evacuations	
Dispensaire.	1 751
Enfants	1 089

Abobo Baoulé

Abobo Baoulé est un village situé à la limite Est de la Commune d'Abobo. Sa population a créé un Comité villageois qui a ouvert une maternité. Elle appartient au réseau du secteur de santé rurale d'Abidjan.

Y travaillent deux sages femmes, aidées par 3 filles de salles. Elles effectuent des consultations de médecine générale (200 F), des consultations prénatales (500 F) et des accouchements (1 000 F l'unité).

Ceci leur permet de réaliser une recette de 200 à 250 000 FCFA par mois, qui sont versés au responsable du Comité et qui permettent de payer le salaire des filles de salle (25 à 28 000 F par mois).

Le Centre reçoit un lot de médicaments de la PSP, mais qui leur pose problème. En effet, auparavant, ils vendaient des produits pharmaceutiques, sur lesquels ils prélevaient un pourcentage : ceci est aujourd'hui terminé et leurs recettes s'en ressentent.

En 1990, la maternité a effectué 5 984 consultations de médecine générale (dont 2 985 nouveaux épisodes), 1 781 accouchements, 5 239 consultations prénatales (dont 2 371 consultantes).

Le Comité a entrepris la construction d'un véritable centre de santé: la maternité est déjà achevée, mais n'est pas fonctionnelle; les sous-bassements d'une PMI, d'un Centre Social et d'un Dispensaire attendent des crédits supplémentaires pour être complétés.

Abobo Té

Le Dispensaire d'Abobo Té appartient aux missions catholiques. Il est dirigé par une religieuse et s'occupe exclusivement des soins aux enfants.

Les services rendus concernent les visites systématiques des enfants, les vaccinations, les consultations des enfants malades.

Les tarifs sont de 500 F par carnet de consultation (valable pour 1 an), 100 F par vaccination, 25 F par visite systématique.

Les médicaments prescrits sont vendus ce qui constitue une source importante des revenus du centre.

L'Hôpital de Dabou

L'Hôpital de Dabou est une formation privée à but non lucratif qui a été créée en 1968. Il appartient à l'église baptiste, qui dispose de la personnalité morale. Il est dirigé par un Conseil d'Administration dont sont membres le Directeur Administratif et Financier du Ministère de la Santé, le Maire de la Commune et le sous préfet.

Son personnel se compose de 250 employés, dont 1 directeur, qui est un diplômé de l'ENSP de Rennes, 1 économiste, 2 chirurgiens, 7 médecins, 1 pharmacien, 1 ingénieur de maintenance, 73 infirmiers et des bénévoles.

Il dispose de 160 lits, dont 50 de médecine, 80 de chirurgie et 30 de chirurgie, mais n'a pas de maternité. Les accouchements ont lieu à la maternité de l'Hôpital public de Dabou (qui est un H2).

Il couvre une population de l'ordre de 180 000 habitants, y compris la ville de Dabou (50 000), qui vit dans un rayon de moins de 50 km. Mais sa réputation est telle, que des malades viennent de tout le pays. L'ensemble des services rendus sont payants. Les consultations sont au tarifs suivants :

	FCFA
Infirmier	2 500
Médecin	3 000
Chirurgien	5 000
Spécialiste	5 000

Les médicaments sont compris dans le prix de la consultation. S'y ajoute le coût des radio et des examens de laboratoire

Examen labo : 1 000 F le premier, 500 F par unité les suivants, avec un plafond à 5 000 F pour les examens réalisés le même jour.

Examen radio : 4 000 F le premier, 2 000 F par unité les suivants, sans plafond.

Les enfants de 5 à 14 ans payent 1/2 tarif pour l'ensemble des services. Les enfants de moins de 5 ans payent un forfait de 500 F pour l'ensemble des soins reçus pendant une durée de 1 mois pour une seule et même maladie. Pour les examens de labo, 500 F quelque soit leur nombre, pour les radio, le premier cliché est facturé à 750 F et les autres 500 F.

Les hospitalisations

En médecine: le tarif repose sur un prix de journée forfaitaire, qui comprend repas, hébergement et médicaments.

5 000 F le premier jour
4 000 F les 2^e et 3^e jour
3 000 F les 4^e et 5^e jour
2 000 F à partir du 6^e jour

Certains actes sont l'objet d'une tarification, mais dont le total ne peut pas dépasser 5 000 F pour toute la durée de l'hospitalisation. De même les examens de labo ne peuvent pas dépasser 5 000 F pour une semaine d'hospitalisation.

Les enfants de 5 à 14 ans payent 1/2 tarif. Chez les enfants de moins de 5 ans, le tarif est de 5 000 F pour les 3 premiers jours et de 10 000 F au delà de 3 jours, quelle que soit la durée du séjour. Si l'on rajoute le coût des actes et des examens paracliniques, on peut affirmer que le coût total de l'hospitalisation est inférieur à 10 000 F pour un séjour de 3 jours maximum et inférieur à 15 000 F pour tout séjour.

Il faut préciser que jusqu'en 1989, tout était gratuit pour les enfants de moins de 5 ans.

En chirurgie: l'intervention varie entre 10 et 100 000 F, tout compris, chez un adulte. Les enfants de 5 à 14 ans payent 1/2 tarif.

L'hôpital achète ses médicaments en gros auprès d'IDA (Pays Bas), d'ECHO (Grande Bretagne) ou de MEDEOR (Allemagne). Ils sont reconditionnés sur place en fonction de la durée du traitement. Il fabrique sur place quelques préparations magistrales (pommades,...) et des solutés dont la qualité est contrôlée en Allemagne.

L'Hôpital reçoit par ailleurs des dons de l'Ordre de Malte, d'Eglises Evangéliques...mais ils ne représentent pas plus de 5 % des produits.

L'Hôpital accorde une place importante aux activités de prévention : Centre de récupération nutritionnelle financé par une ONG néerlandaise, prévention du Sida : recommandent l'abstinence et le préservatif, planning familial, PEV + PMI + éducation sanitaire dans 18 villages situés dans un rayon de 50 km autour de Dabou.

L'Hôpital est lié par une convention avec l'Etat qui lui donne droit à une subvention annuelle. Mais celle ci est en diminution constante ces dernières années. De 210 Millions en 1989, elle est tombée à 150 millions en 1991, sur un

budget de l'ordre de 500 millions de FCFA. Mais le Ministère de la Santé serait prêt à introduire dans la prochaine convention la possibilité de mise à la disposition de l'Hôpital de personnel fonctionnaire. Le budget actuel a été rendu possible par une augmentation des tarifs, mais présente encore un déficit de l'ordre de 30 millions.

Sur 300 millions de recettes, l'hôpital a enregistré 2 millions d'impayés, qui sont dus à des urgences traitées qui n'ont pu être en mesure de régler leurs frais de traitement.

L'Hôpital a pour projet la construction d'un service de gynéco-obstétrique et d'un deuxième bloc opératoire (recherche d'un financement extérieur). Il envisage également de développer des actions de SSP dans la zone périphérique en liaison avec Médicus Mundi.

La CNPS rembourse les frais causés par des accidents du travail.

L'Asapsu

L'Asapsu ou "Association de Soutien à l'Autopromotion Sanitaire et urbaine" a été créée sous l'impulsion de volontaires du CCFD. Elle comprend 19 membres qui appartiennent aux professions de santé.

Est parti d'un Comité mis en place en 1978 par un groupe de femmes et une religieuse. Bénéficie de la présence d'une coordonnatrice salariée par Médicus Mundi.

Deux comités ont déjà été mis en place à Marcory et à Atécoubé. Ils rassemblent des mères de famille, qui sont mobilisées 3 heures 3 après midi par semaine, encadrées par des animatrices.

Ses activités consistent à effectuer des visites à domicile pour aller développer des thèmes auprès des familles, concernant la santé de la Mère et de l'Enfant, l'Hygiène, le Sida...

ANNEXE 4 : LISTES DES BESOINS PAR UNITE

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

Personnel

- 1 Directeur régional de la santé
 - 1 conseiller technique, planificateur sanitaire
 - 1 secrétaire
- 1 administrateur-civil, spécialisé en gestion
 - 1 secrétaire
 - 1 conseiller technique, spécialisé en gestion
 - 1 comptable
 - 1 adjoint-administratif
- 1 responsable des affaires sociales
 - 1 secrétaire
 - 4 collaborateurs
- 1 médecin de santé publique, responsable des affaires sanitaires
 - 1 secrétaire,
 - 2 conseillers techniques,
 - 3 collaborateurs
- 1 médecin-épidémiologiste
 - 1 conseiller technique, épidémiologiste
 - 1 collaborateur
 - 2 secrétaires saisisseurs
- 1 responsable de la maintenance, du matériel et de l'équipement
 - 1 collaborateur
- 1 responsable de l'IEC
 - 2 collaborateurs
 - 1 conseiller technique

Locaux

Direction	84 m²
1 bureau du Directeur régional	20 m ²
1 secrétariat	16 m ²
1 bureau du Conseiller technique	16 m ²
1 salle de conférence	32 m ²
Service de la Gestion Administrative et Financière	96 m²
1 bureau du chef de service	16 m ²
1 secrétariat	12 m ²
1 bureau de la comptabilité	12 m ²
1 bureau du conseiller technique	12 m ²
1 bureau de collaborateur	12 m ²
1 salle d'archives	20 m ²
1 salle de reprographie	12 m ²
Service des Affaires sociales	64 m²
1 bureau du chef de service	16 m ²
1 secrétariat	12 m ²
3 bureaux de collaborateurs (12 m ² x 3)	36 m ²
Service des Affaires Sanitaires	76 m²
1 bureau du chef de service	16 m ²
1 secrétariat	12 m ²
1 bureau du conseiller technique	12 m ²
3 bureaux de collaborateurs (12 m ² x 3)	36 m ²

Service d'épidémiologie et statistiques	68 m²
1 bureau du chef de service	16 m ²
1 salle d'informatique	28 m ²
1 bureau du conseiller technique	12 m ²
1 bureau de collaborateur	12 m ²
Service de la maintenance, du matériel et l'équipement	28 m²
1 bureau du chef de service	16 m ²
1 bureau de collaborateur	12 m ²
Service d'Information-Education-Communication	40 m²
1 bureau du chef de service	16 m ²
2 bureaux de collaborateurs (12 m ² x 2)	24 m ²
Total utile	456 m²
Complément 40 %	184 m²
Total nécessaire	640 m²

Equipement

Direction

1 bureau du Directeur régional
 1 bureau
 3 fauteuils
 1 bibliothèque
 1 classeur-meuble
 1 salon (1 canapé, 3 fauteuils assortis et une table)
 1 micro-ordinateur

1 secrétariat

1 bureau
 1 fauteuil
 3 chaises
 1 classeur
 1 armoire
 1 machine à écrire
 1 micro-ordinateur

1 salle d'attente

1 salon (1 canapé, 3 fauteuils assortis et une table)

1 bureau du Conseiller technique

1 bureau
 3 fauteuils
 1 bibliothèque
 1 classeur-meuble
 1 micro-ordinateur

1 salle de conférence

1 grande table de conférence
 20 chaises
 1 tableau mural
 1 support de bloc géant
 1 téléviseur
 1 magnétoscope

Service de la Gestion Administrative et Financière

1 bureau du chef de service
 1 bureau
 3 fauteuils
 1 bibliothèque
 1 classeur-meuble
 1 micro-ordinateur

1 secrétariat

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble
1 micro-ordinateur

1 bureau de la comptabilité

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble
1 micro-ordinateur
1 machine à calculer

1 bureau du conseiller technique

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble

1 bureau de collaborateur

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble

1 salle d'archives

grands rayonnages

Service des Affaires sociales

1 bureau du chef de service

1 bureau
3 fauteuils
1 bibliothèque
1 classeur-meuble
1 micro-ordinateur

1 secrétariat

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble
1 micro-ordinateur

3 bureaux de collaborateurs

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble

Service des Affaires Sanitaires

1 bureau du chef de service

1 bureau
3 fauteuils
1 bibliothèque
1 classeur-meuble
1 micro-ordinateur

1 secrétariat

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble
1 micro-ordinateur

1 bureau du conseiller technique

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble

3 bureaux de collaborateurs

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble

Service d'épidémiologie et statistiques**1 bureau du chef de service**

1 bureau
3 fauteuils
1 bibliothèque
1 classeur-meuble

1 salle d'informatique

3 tables à ordinateur
3 micro-ordinateurs
1 armoire
1 rayonnage

1 bureau du conseiller technique

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble

1 bureau de collaborateur

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble

Service de la maintenance, du matériel et l'équipement**1 bureau du chef de service**

1 bureau
3 fauteuils
1 bibliothèque
1 classeur-meuble
1 micro-ordinateur

1 bureau de collaborateur

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble

Service d'Information-Education-Communication**1 bureau du chef de service**

1 bureau
3 fauteuils
1 bibliothèque
1 classeur-meuble

2 bureaux de collaborateurs

1 bureau
1 fauteuil
2 chaises
1 armoire
1 classeur-meuble

LES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRES

Personnel

1 directeur
 1 secrétaire-comptable
 2 docteurs en médecine
 4 sages femmes
 4 infirmiers
 1 gérant de la pharmacie
 1 billeteur
 4 femmes de salle
 2 gardiens-manoeuvres

Locaux

Consultations de médecine générale	164 m²
2 Cabinets (24 m ² x 2)	48 m ²
1 salle d'urgence	18 m ²
1 pharmacie de détail	12 m ²
1 magasin de stock pharmaceutique	32 m ²
1 salle de pansements	12 m ²
1 salle d'injection	12 m ²
1 salle d'attente	30 m ²
Consultations de SMI	107 m²
1 salle de consultation des femmes	20 m ²
1 salle de consultation des enfants	20 m ²
1 salle d'hospitalisation de jour des enfants	32 m ²
1 salle d'attente femmes	15 m ²
1 salle d'attente enfants	20 m ²
Maternité	124 m²
salle de travail	20 m ²
1 salle d'accouchement	20 m ²
1 salle de surveillance des accouchements	12 m ²
1 chambre à 2 lits climatisée	18 m ²
1 chambre à 2 lits ventilée	18 m ²
2 chambres à 3 lits ventilée (18 m ² x 2)	36 m ²
Administration et annexes.....	64 m²
1 bureau du directeur	16 m ²
1 secrétariat-comptabilité	12 m ²
1 poste d'accueil	12 m ²
2 salles de garde (12 m ² x 2)	24 m ²
Total utile	459 m²
Complément 40 %	184 m²
Total à programmer	643 m²

Equipement

Consultations de médecine générale

2 Cabinets

1 bureau
 1 fauteuil
 3 chaises
 1 armoire à rangement
 1 armoire vitrée
 1 table d'examen
 1 poubelle
 1 stéthoscope

1 appareil à tension
1 otoscope
1 pèse personne
1 toise
1 climatiseur

1 salle d'urgence

1 lit
1 table d'examen
1 armoire vitrée
1 table roulante
2 plateaux
2 haricots
1 poubelle
1 potence
3 boîtes de petite chirurgie
1 lampe sur pied
1 climatiseur

1 pharmacie de détail

1 comptoir de vente
1 bureau
1 fauteuil
étagères pour médicaments
1 réfrigérateur
1 bac à fiches
1 machine à calculer
1 caisse

1 magasin de stock pharmaceutique

rayonnages
1 table
1 chaise
1 bac à fiches
1 climatiseur

1 salle de pansements

1 poupinel
1 table d'examen
1 escabeau
1 table
3 chaises
1 armoire vitrée
3 boîtes à pansement
2 plateaux
2 haricots
1 poubelle

1 salle d'injection

1 lit
1 table
3 chaises
1 armoire vitrée
1 table roulante
2 plateaux
2 haricots

Consultations de SMI

1 salle de consultation des femmes

1 bureau
1 fauteuil
4 chaises
1 pèse personne
1 toise
1 table à examen gynécologique
1 armoire vitrée
1 armoire de rangement
1 appareil à tension
1 stéthoscope médical
1 stéthoscope obstétrical
10 spéculums
1 bas à fiches

1 salle de consultation des enfants

1 bureau
 1 fauteuil
 4 chaises
 1 armoire
 1 table
 1 pèse bébé
 1 pèse personne
 1 toise
 1 bas à fiches
 1 frigidaire à vaccins
 1 table roulante
 1 plateau
 1 haricot
 1 poubelle

1 salle d'hospitalisation de jour des enfants

1 armoire vitrée
 1 armoire
 5 lits
 5 potences
 1 pèse bébé
 1 pèse personne
 1 table
 8 chaises
 2 plateaux
 2 haricots
 3 boîtes à pansement
 1 poubelle
 1 appareil à tension pour enfants
 1 stéthoscope

Maternité

1 salle de travail

2 lits
 2 chaises
 1 climatiseur

1 salle d'accouchement

2 tables d'accouchement
 1 petit scialytique sur pied
 2 escabeaux
 1 table à instruments
 1 pèse bébé
 1 climatiseur split système
 1 appareil à tension artérielle
 1 stéthoscope médical
 1 masque mère
 1 masque nouveau né
 1 obus avec détenteur

1 salle de surveillance des accouchements

1 poupinel
 1 bureau
 1 armoire vitrée
 1 fauteuil
 3 chaises
 1 poubelle
 2 boîtes à épisiotomie
 4 boîtes d'accouchement
 2 potences
 2 bassins
 2 haricots
 2 plateaux
 1 aspirateur pour enfants
 1 climatiseur

1 chambre à 2 lits climatisée

2 lits
 2 berceaux
 2 tables de nuit
 1 armoire à deux parties
 2 chaises
 1 climatiseur

1 chambre à 2 lits ventilée
 2 lits
 2 berceaux
 2 tables de nuit
 1 armoire à deux parties
 2 chaises
 1 ventilateur

2 chambres à 3 lits ventilée
 3 lits
 3 berceaux
 3 chaises
 1 ventilateur

Administration et annexes

1 bureau du directeur
 1 bureau
 4 fauteuils
 1 bibliothèque
 1 armoire
 1 classeur-meuble

1 secrétariat-comptabilité
 1 bureau
 1 fauteuil
 3 chaises
 1 machine à écrire
 1 machine à calculer
 2 classeurs-meuble
 1 armoire

1 poste d'accueil
 1 table
 1 chaise
 1 bac à fiches pour les malades
 1 caisse

2 salles de garde
 1 lit
 1 table
 2 chaises

LES HOPITAUX GENERAUX

Yopougon

a) Les locaux

A CONSTRUIRE

1 hospitalisation pédiatrique de 20 lits	250 m ²
1 hospitalisation en médecine de 30 lits	375 m ²
1 hospitalisation en chirurgie de 30 lits	375 m ²
1 administration	200 m ²
1 internat pour 4 personnes	112 m ²
Cuisine + buanderie	150 m ²
Total utile	1 462 m²
Complémentaires 40 %	585 m ²
Total à programmer	2 047 m²

A REPENDRE:

a) Matériel du bloc opératoire :

2 tables d'opération
 2 scialytiques
 2 aspirateurs
 1 appareil à anesthésie à circuit ouvert
 1 appareil à anesthésie à circuit fermé
 2 nécessaires à intubation
 2 chariots à malade

2 "split system"
 1 autoclave
 2 lavabo à pédale
 1 stérilisateur d'eau
 4 armoires de verre
 2 armoires à fil
 2 armoires à 2 portes
 2 boîtes à appendicite
 3 boîtes à hernie
 3 boîtes à césarienne
 3 boîtes à curetage

b) Equipement des unités d'hospitalisation

8 chambres à 1 lit
 8 climatiseurs
 8 lits
 8 table de chevet
 8 tables
 16 chaises
 8 armoires

 8 chambres à 2 lits, dont 4 climatisées
 8 ventilateurs
 16 lits
 16 tables de chevet
 8 tables
 16 chaises
 8 armoires
 4 climatiseurs

 8 chambres à 3 lits
 8 ventilateurs
 24 lits
 24 tables de chevet
 24 chaises

 8 chambres à 4 lits
 16 ventilateurs
 32 lits
 32 tables de chevet
 32 chaises

c) Internat

4 lits
 4 climatiseurs
 4 bureaux
 4 fauteuils
 12 chaises
 1 table de salle à manger
 1 réfrigérateur
 1 cuisinière
 1 table de cuisine
 1 buffet
 1 appareil de télévision

d) Cuisine

2 cuisinières de collectivités à gaz
 1 cuisinière
 1 chambre froide
 1 réfrigérateur
 4 grandes tables de cuisine
 4 armoires

g) Radiologie

1 appareil de radiographie
 1 développeuse
 1 appareil de radioscopie
 1 appareil à échographie

f) Endoscopie

- 1 fibroscope
- 1 rectoscope

g) Divers

- 1 appareil à ECG
- 1 receptrer de télévision grand écran
- 1 magnétoscope

h) Administration

- 1 micro-ordinateur avec un disque dur de 80 MO
- 1 imprimante
- 1 onduleur

i) Matériel de laboratoire:**GROS MATERIEL**

3 agitateurs	FCFA
1 magnétique simple	150 000
1 rotateur	290 000
1 pour pipettes d'hématologie	110 000
1 appareil de numération globulaire	4 725 000
1 autoclave de paillasse 20 l	450 000
2 bain-marie de sérologie	
1 sérologie	276 000
1 thermostat et agitation	300 000
2 balances	
1 roberval	100 000
1 semi-précise	615 000
1 centrifugeurs de moyenne capacité	1 800 000
1 réfrigérateur de 240 l	340 000
1 climatiseur de 1,5 cv	300 000
1 microscope binoculaire 4 objectifs	1 400 000
1 PH mètre de paillasse	320 000
1 spectrophotomètre visible 340-800	4 000 000
Total gros matériel TTC	15 176 000

PEIT MATERIEL

	<i>P.U</i>	<i>P.T</i>
2 anses de platine	7 000	14 000
1 appareil à VS		
1 verstergreen 10 postes	80 000	80 000
10 pipettes pour dito	2 250	22 500
bacs à coloration		
3 complets 10-12 lames	7 000	21 000
1 pont à coloration	33 000	33 000
bechers		
5 de 50 ml	1 000	5 000
2 de 500 ml	1 300	2 600
2 de 1000 ml	2 900	5 800
becs		

1 bunzen	18 000	18 000
1 mecker	21 000	21 000
boîtes de pétri		
30 en pirex diamètre 100	400	12 000
500 en plastic diamètre 100	45	22 500
burettes		
1 de 2 ml droite	25 000	25 000
1 de 5 ml droite	27 000	27 000
1 de 10 ml droite	30 000	30 000
2 statifs	30 000	60 000
6 cellules de comptage de Neubauer	15 000	90 000
1 compteur à 1 canal	15 000	15 000
crystallisoirs		
3 de 60 mm	3 000	9 000
2 de 110 mm	3 500	7 000
2 de 150 mm	4 000	8 000
1 de 250 mm	14 000	14 000
dessicateurs		
1 verre avec couvercle à robinet	84 500	84 500
1 avec disque en porcelaine	84 500	84 500
1 égouttoir mural 50 postes	33 750	33 750
entonnoirs		
1 en plastic diamètre 150	12 000	12 000
1 de filtration	19 200	19 200
éprouvettes		
2 de 1000 ml	15 000	30 000
1 de 2000 ml	18 000	18 000
herlen-Meyer		
2 de 50 ml	1 000	2 000
10 de 100 ml	1 200	12 000
5 de 250 ml	1 300	6 500
5 de 500 ml	1 800	9 000
2 de 1000 ml	2 400	4 800
fioles jaugées		
2 de 25 ml	10 125	20 250
2 de 50 ml	11 500	23 000
10 de 100ml	13 000	130 000
5 de 250 ml	15 000	75 000
1 de 2000 ml	40 000	40 000
1 fiole à vide de Büchner de 1000 ml	10 000	10 000
minuteurs		
1 décompteur 60 mn gros diamètre	40 000	40 000
2 chronomètres 0-60 mn	20 000	40 000
paniers		
4 cylindriques en fer	17 000	68 000
4 parallélépipédiques en fer	18 000	72 000
pincés		
2 à tube en bois	7 000	14 000
2 brucelles	15 000	30 000
2 à burettes double	25 000	50 000
pipettes		
2 de 25 ml	2 300	4 600
5 de 10 ml	1 800	9 000
5 de 5 ml	1 800	9 000
10 de 2 ml	1 500	15 000
5 de 0,5 ml	1 600	8 000
5 de 0,2 ml	2 200	11 000
5 de 0,1 ml	2 400	12 000

4 de potin (GR)	2 500	10 000
4 de potin (GB)	2 500	10 000
4 de Sahli à Hb	1 200	4 800
1000 pasteurs	15	15 000
1 automatique 0-200 µl	150 000	150 000
1 automatique de 100-1000 µl	150 000	150 000
20 plaques de microtitration	600	12 000
2 plaques à godet (120 x 90-12 godets)	4 000	8 000
Pisettes		
2 de 100 ml	1 200	2 400
2 de 250 ml	1 600	3 200
portoirs		
1 à pipette		
3 pour les tubes à hémolyse (48)	8 500	25 500
1 tube à hémolyse (60)	10 000	10 000
propipettes		
3 standards vertes	10 000	30 000
2 poires	10 000	20 000
1 spatule à peser	1 500	1 500
1 trompe à eau acier	40 500	40 500
1 graveur diamant	9 500	9 500
1 rince pipette complet	171 000	171 000
1 série pour joints de fiole à vide	3 500	3 500
Total petit matériel TTC		2 214 500

STOCK INITIAL DE CONSOMMABLE**Lames et lamelles**

1 500 de 76 x 26	12	18 000
400 de 22 x 22	9	3 600
500 de 24 x 32	10	5 000
200 de 24 x 50	12	2 400
9 lamelles planées	250	2 250

tubes

30 essais en verre de 16 x 160	40	1 200
20 essais en verre de 18 x 180	50	1 000
15 essais pirex de 16 x 160	150	2 250
40 hémolyse verre de 12 x 85		15 600
600 hémolyse plastique de 12 x 85	7	4 200
200 hématocrite hépariné	26	5 200
40 à centrifuger fond conique gradué	500	20 000

Total stock initial TTC 65 700

Total laboratoire TTC 17 456 200

Total laboratoire HT 10 000 000

Abobo Nord**a) Les locaux****- A CONSTRUIRE:**

1 hospitalisation pédiatrique de 20 lits	250 m ²
1 hospitalisation en maternité de 20 lits	250 m ²
1 hospitalisation en médecine de 30 lits	375 m ²
1 hospitalisation en chirurgie de 30 lits	375 m ²
1 internat pour 4 personnes	112 m ²
1 maternité	94 m ²

Cuisine + buanderie	150 m ²
Total utile	1 606 m ²
Complément 40 %	644 m ²
Total à programmer	2 250 m ²

- A REPENDRE

D'après sa Directrice, le Centre de Santé d'Abobo Nord occupe actuellement une superficie bâtie de 6 560 m² (Réf. n° 7 p.8)

b) Matériel du bloc opératoire:

- 2 tables d'opération
- 2 scialytiques
- 2 aspirateurs
- 1 appareil à anesthésie à circuit ouvert
- 1 appareil à anesthésie à circuit fermé
- 2 nécessaires à intubation
- 2 chariots à malade

- 2 "split system"
- 1 autoclave
- 2 lavabo à pédale
- 1 stérilisateur d'eau
- 4 armoires de verre
- 2 armoires à fil
- 2 armoires à 2 portes

- 2 boîtes à appendicite
- 3 boîtes à hernie
- 3 boîtes à césarienne
- 3 boîtes à curetage

c) Equipement des unités d'hospitalisation:

8 chambres à 1 lit

- 8 climatiseurs
- 8 lits
- 8 table de chevet
- 8 tables
- 16 chaises
- 8 armoires

12 chambres à 2 lits, dont 6 climatisées

- 12 ventilateurs
- 24 lits
- 24 tables de chevet
- 12 tables
- 24 chaises
- 12 armoires
- 6 climatiseurs

12 chambres à 3 lits

- 12 ventilateurs
- 36 lits
- 36 tables de chevet
- 36 chaises

8 chambres à 4 lits

- 16 ventilateurs
- 32 lits
- 32 tables de chevet
- 32 chaises

d) Internat:

- 4 lits
- 4 climatiseurs
- 4 bureaux
- 4 fauteuils
- 12 chaises

1 table de salle à manger
 1 réfrigérateur
 1 cuisinière
 1 table de cuisine
 1 buffet
 1 appareil de télévision

e) Cuisine

2 cuisinières de collectivités à gaz
 1 cuisinière
 1 chambre froide
 1 réfrigérateur
 4 grandes tables de cuisine
 4 armoires

f) Radiologie, endoscopie

1 appareil de radioscopie
 1 appareil à échographie
 1 fibroscope
 1 rectoscope

g) Divers

1 appareil à ECG
 1 récepteur de télévision grand écran
 1 magnétoscope

h) Administration

1 microordinateur avec un disque dur de 40 µoctets
 1 imprimante
 1 onduleur

i) Maternité

1 salle de travail

2 lits
 2 chaises
 1 climatiseur

1 salle d'accouchement

2 tables d'accouchement
 1 petit scialytique sur pied
 2 escabeaux
 1 table à instruments
 1 pèse bébé
 1 climatiseur split système
 1 appareil à tension artérielle
 1 stéthoscope médical
 1 masque mère
 1 masque nouveau né
 1 obus avec détendeur

1 salle de surveillance des accouchements

1 poupinel
 1 bureau
 1 armoire vitrée
 1 fauteuil
 3 chaises
 1 poubelle
 2 boîtes à épisiotomie
 4 boîtes d'accouchement
 2 potences
 2 bassins
 2 haricots
 2 plateaux
 1 aspirateur pour enfants

1 climatiseur

j) Matériel de laboratoire

GROS MATERIEL

agitateurs	FCFA
1 magnétique simple	150 000
1 pour pipettes d'hématologie	110 000
1 bain-marie à thermostat agitation 20	1 300 000
1 alambic 4 l/h	732 000
1 microscope binoculaire	1 400 000
1 photomètre de flamme NA/K butane	
1 poupinel 30 l	450 000
1 PH mètre de paillasse	320 000
1 PH mètre à électrode	
Total gros matériel TTC	3 462 000

PETIT MATERIEL

	P.U	P.T
2 anses de platine	7 000	14 000
1 appareil à VS		
1 verstergreen 10 postes	80 000	80 000
10 pipettes pour dito	2 250	22 500
bacs à coloration		
3 complets 10-12 lames	7 000	21 000
1 pont à coloration	33 000	33 000
bechers		
5 de 50 ml	1 000	5 000
2 de 500 ml	1 300	2 600
2 de 1000 ml	2 900	5 800
becs		
1 bunzen	18 000	18 000
1 mecker	21 000	21 000
boîtes de pétri		
30 en pirex diamètre 100	400	12 000
500 en plastic diamètre 100	45	22 500
burettes		
1 de 2 ml droite	25 000	25 000
1 de 5 ml droite	27 000	27 000
1 de 10 ml droite	30 000	30 000
2 statifs	30 000	60 000
6 cellules de comptage de Neubauer	15 000	90 000
1 compteur à 1 canal	15 000	15 000
dessiccateurs		
1 verre avec couvercle à robinet	84 500	84 500
1 avec disque en porcelaine	84 500	84 500
1 égouttoir mural 50 postes	33 750	33 750
minuteurs		
1 décompteur 60 mn gros diamètre	40 000	40 000
2 chronomètres 0-60 mn	20 000	40 000
pincés		
2 à tube en bois	7 000	14 000
2 brucelles	15 000	30 000
2 à burettes double	25 000	50 000
pipettes		
2 de 25 ml	2 300	4 600
5 de 10 ml	1 800	9 000
5 de 5 ml	1 800	9 000
10 de 2 ml	1 500	15 000
5 de 0,5 ml	1 600	8 000
5 de 0,2 ml	2 200	11 000
5 de 0,1 ml	2 400	12 000
4 de potin (GR)	2 500	10 000
4 de potin (GB)	2 500	10 000
4 de Sahli à Hb	1 200	4 800
2000 pasteurs	15	30 000
1 automatique 0-200 µl	150 000	150 000
1 automatique de 100-1000 µl	150 000	150 000
2 distributeurs de disques antibiotiques		
20 plaques de microtitration	600	12 000
4 plaques à godet (120 x 90-12 godets)	4 000	16 000
propipettes		
4 standards vertes	10 000	40 000

2 poires	10 000	20 000
1 trompe à eau acier	40 500	40 500
1 graveur diamant	9 500	9 500
1 rince pipette complet	171 000	171 000
2 thermomètre 0-150 °	10 000	20 000
4 cannes en verre creuses diam.6	22 000	88 000
1 seau à déchets de 30 l en inox		
Total petit matériel TTC		1 717 350
STOCK INITIAL DE CONSOMMABLE		
Lames et lamelles		
1 500 de 76 x 26	12	18 000
400 de 22 x 22	9	3 600
500 de 24 x 32	10	5 000
200 de 24 x 50	12	2 400
9 lamelles planées	250	2 250
tubes		
30 essais en verre de 16 x 160	40	1 200
20 essais en verre de 18 x 180	50	1 000
15 essais pirex de 16 x 160	150	2 250
40 hémolyse verre de 12 x 85	15	600
600 hémolyse plastique de 12 x 85	7	4 200
200 hématocrite hépariné	26	5 200
40 à centrifuger fond conique gradué	500	20 000
Total stock initial TTC		65 700
TOTAL LABORATOIRE TTC		5 245 050
TOTAL LABORATOIRE HT		3 000 000

ANNEXE 5 : SCHEMAS ET PLANS

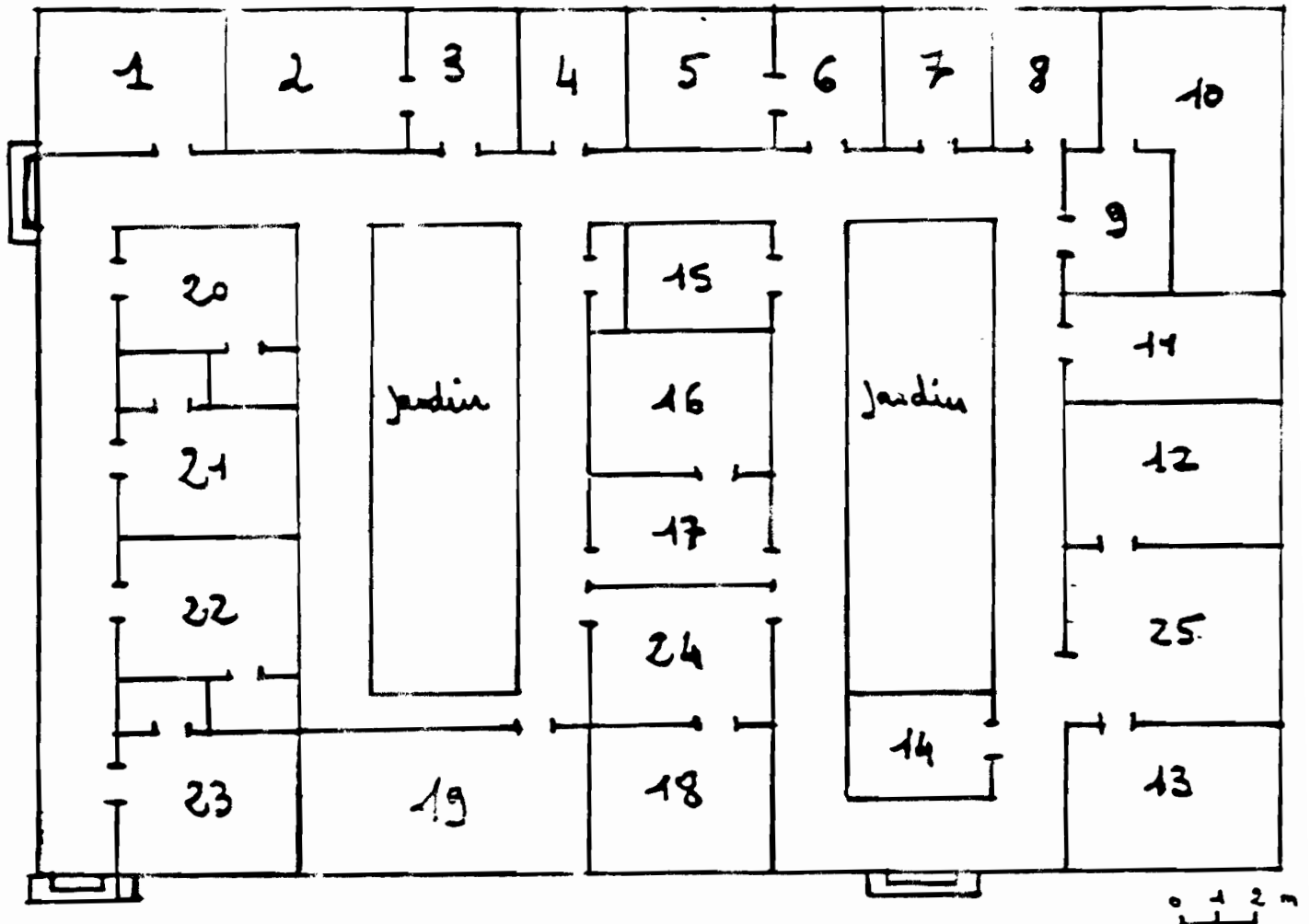


Schéma n° 3 : Plan type d'un Centre de Santé Communautaire.

	m ²		m ²
1-salle de travail	14	-accueil	12
2-salle d'accouchement	20	15-garde hommes	12
3-surveillance accouchements	12	16-consultations femmes	20
4-garde dames	12	17-attente femmes	15
5-direction	16	18-consultations enfants	20
6-secrétariat-comptabilité	12	19-hospitalisat. de jour	32
7-injections-prélèvements	12	20-chambre 2 lits climat.	17,5
8-pansements	12	21-chambre 2 lits ventill.	17,5
9-détail pharmacie	12	22-chambre 3 lits ventill.	20
10-stock pharmacie	32	23-chambre 3 lits ventill.	20
11-urgences	18	24-attente enfants	18
12-cabinet consultation 1	24	25-salle attente malades	30
13-cabinet consultation 2	24		

Total 480 m² + 40 % = 672 m²

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE

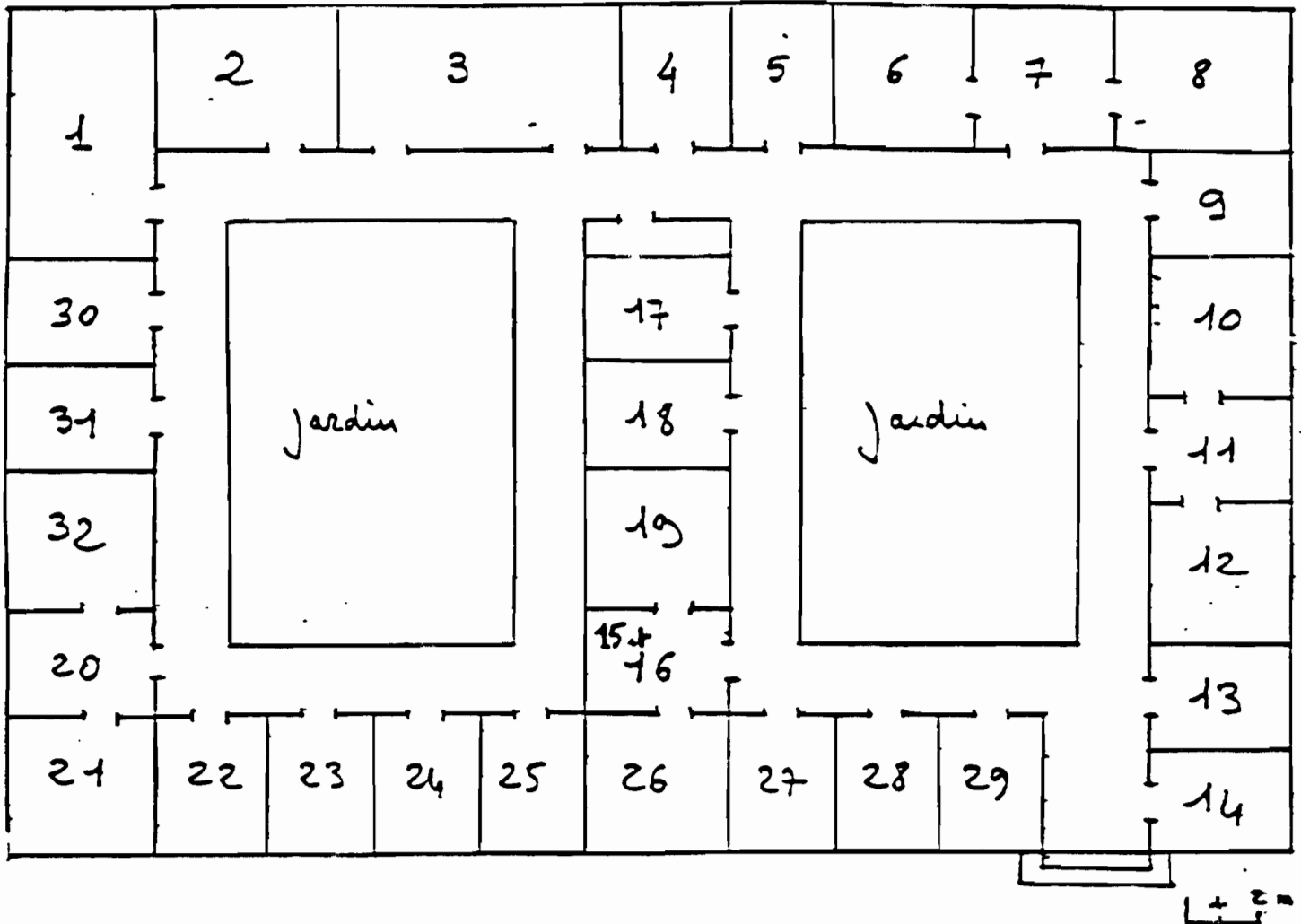


Schéma n° 4 : Plan type de la Direction Régionale de la Santé.

	m ²		m ²
1-salle informatique	35	17-IEC n°2	12
2-archives	20	18-IEC n°3	12
3-salle de réunion	32	19-IEC n°4	16
4-reprographie	12	20-secrét. épid/aff.san.	12
5-gestion n°1	12	21-affaires sanit.n°1	16
6-directeur adjoint	16	22-affaires sanit.n°2	12
7-secrétariat direction	16	23-affaires sanit.n°3	12
8-directeur	20	24-affaires sanit.n°4	12
9-comptabilité	12	25-affaires sanit.n°5	12
10-gestion n°2	16	26-affaires sociales n°1	16
11-secrét. gest./maint.	12	27-affaires sociales n°2	12
12-maintenance n°1	16	28-affaires sociales n°3	12
13-gestion n°3	12	29-affaires sociales n°4	12
14-maintenance n°2	12	30-épidémie n°1	12
15-IEC n°1	12	31-épidémie n°2	12
16-secrét. IEC/aff.soc.	12	32-épidémie n°3	16

Total

$$475 \text{ m}^2 + 40 \% = 665 \text{ m}^2$$

YOPOUGON

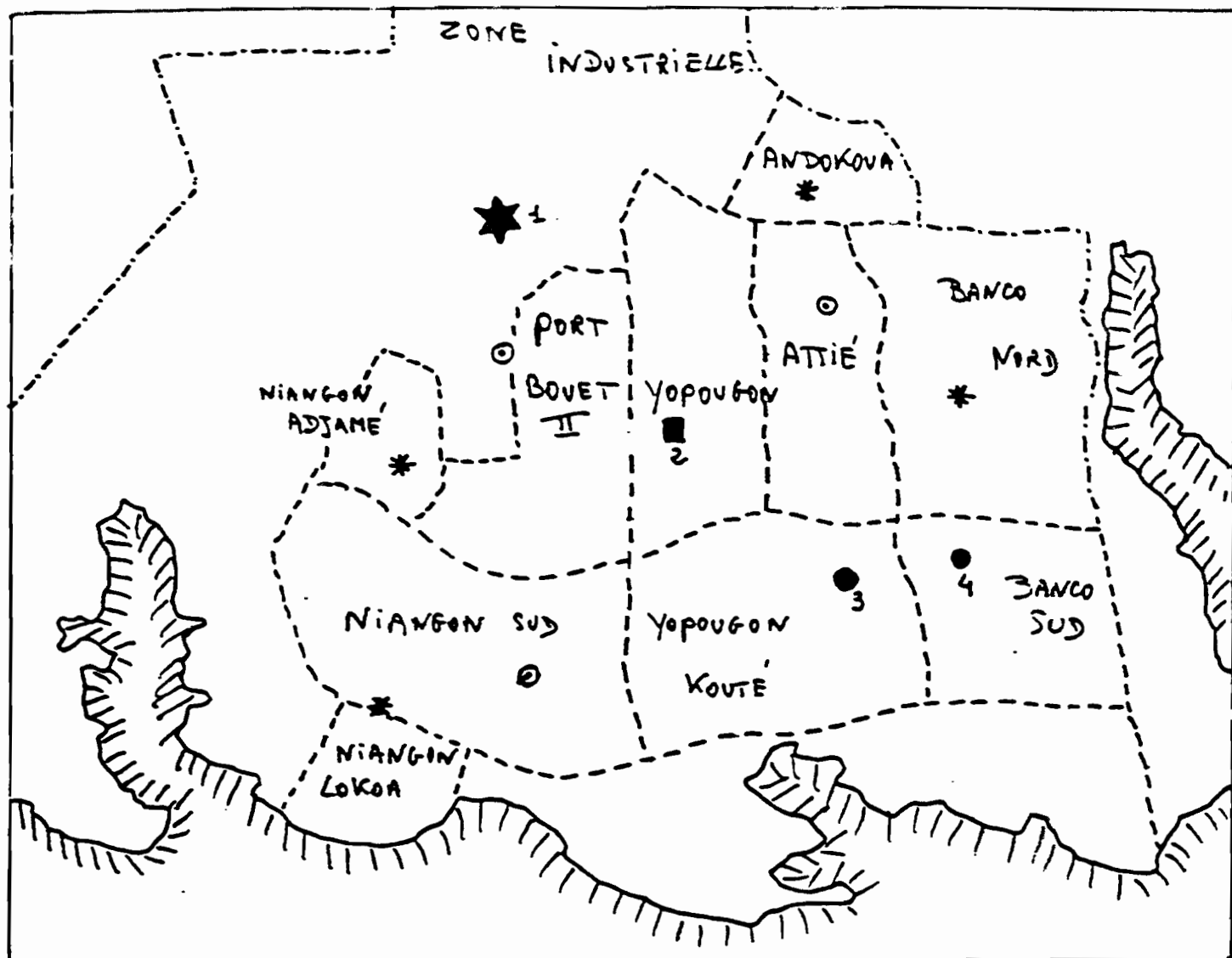


Schéma n° 5 : Formations sanitaires présentes et à construire dans la commune de Yopougon.

- CHU
 ● F.S. existantes
 ■ Hôpital Communal

- Centres à construire
 ⊙ à court terme
 * ultérieurement

FORMATIONS EXISTANTES

- 1-CHU de Yopougon
 2-Hôpital Communal
 3-Centre Médico-Social du CNPS
 4-Centre de Santé Communautaire de Toit Rouge

FORMATIONS A CREER

- 5-Centre de Santé Communaut. de Niangon Sud
 6-Centre de Santé Communaut. de Port Bouet II
 7-Centre de Santé Communaut. d'Attie

ABOBO

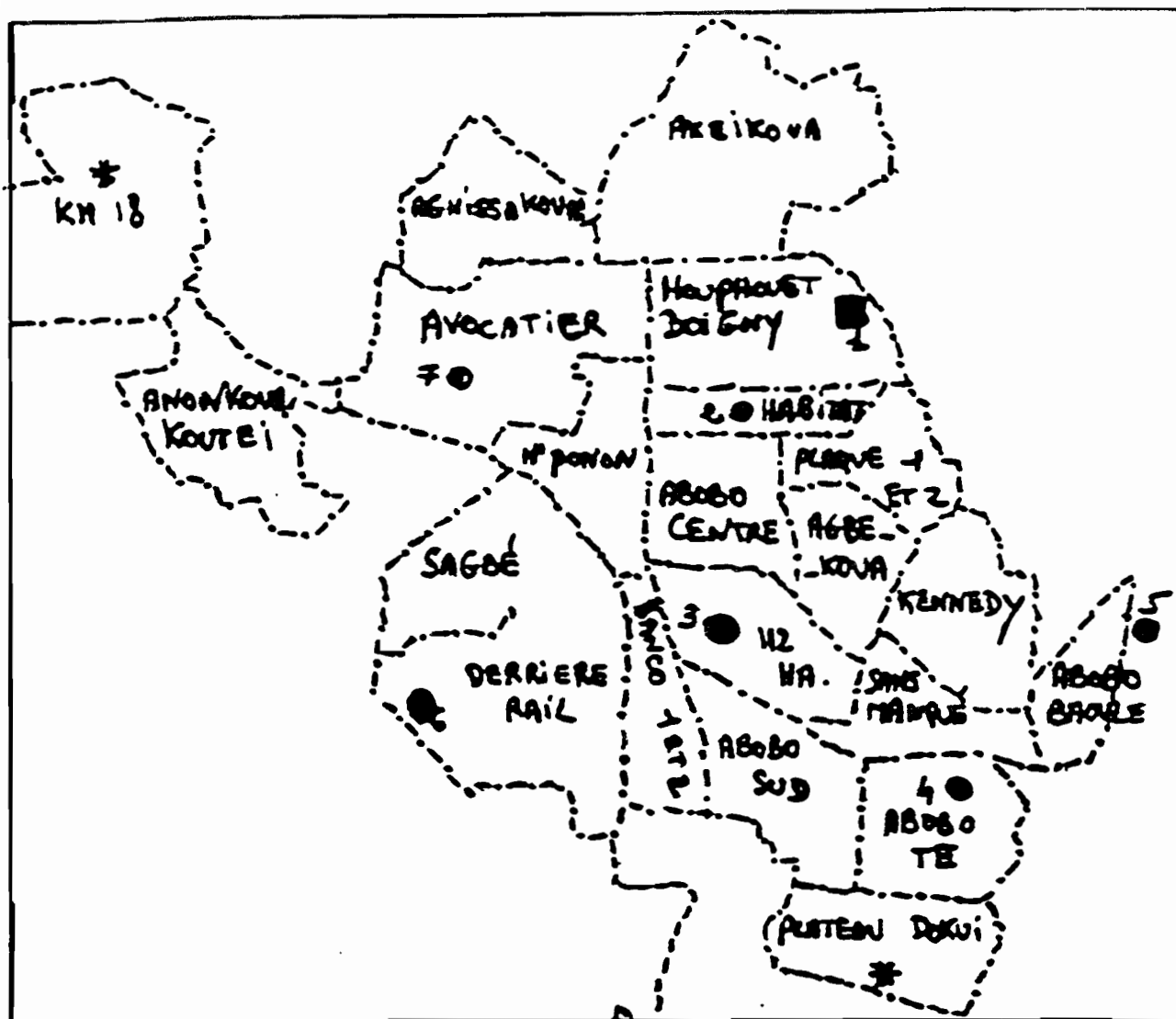


Schéma n° 5 : Formations sanitaires présentes et à construire dans la commune d'Abobo.

- Hôpital Communal
- F.S. existantes

- Centres à construire
- à court terme
 - * ultérieurement

FORMATIONS EXISTANTES

- 1-Hôpital Communal d'Abobo Nord
- 2-Centre Anti Tuberculeux
- 3-Formation sanitaire urbaine d'Abobo Sud
- 4-Centre de santé communautaire 'Abobo Tè

FORMATIONS A CREER

- 5-Centre de Santé Communaut d'Abobo Baoulé
- 6-Centre de Santé Communaut de derrière rail
- 7-Centre de santé Communaut. d'Avocatiers.

ANNEXE 6 : ASSISTANCE TECHNIQUE

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE PLANIFICATION/GESTION

Intitulé du poste : coordonnateur du "Projet Santé Abidjan", conseiller technique du directeur régional de la santé et de la protection sociale (DRSPS) de la région Sud-Abidjan;

Lieu d'implantation : direction régionale de la santé et de la protection sociale, Abidjan;

Place dans le dispositif : l'assistant technique est le collaborateur immédiat du directeur régional de la santé; il n'a pas de rapports hiérarchiques avec les personnels de la direction;

Attributions : à la fois conseiller technique du DRSPS et coordonnateur du "Projet Santé Abidjan" (PSA), les objectifs du poste sont les suivants :

- conseiller pour l'organisation des activités de la direction régionale de la santé, conformément au décret fixant les attributions de cette direction, et contribuer à la mise en oeuvre du projet "Santé Abidjan";
- contribuer à élaborer le plan de développement sanitaire de la ville d'Abidjan et des communes d'Abobo et de Yopougon, conformément aux orientations définies dans le document de projet; la sélection des indicateurs qui permettront de suivre l'évolution du projet et d'en mesurer son impact fera l'objet d'une attention particulière;
- participer à la supervision générale de la mise en oeuvre de ce plan de développement sanitaire;
- identifier les thèmes de recherche opérationnelle qui devront être lancés dans le cadre du projet; sélectionner les partenaires nationaux et sous-régionaux susceptibles d'apporter leur concours à la mise au point des protocoles et à la réalisation des travaux; participer au suivi de ces projets;
- assurer, avec le Directeur Régional, la gestion du budget de l'ensemble du projet;
- coordonner les activités des assistants techniques impliqués dans les différents volets du projet, en liaison avec le directeur régional de la Santé;
- préparer les réunions semestrielles de suivi du projet, selon les modalités définies dans le document de référence;
- contribuer à l'élaboration du rapport de suivi semestriel.

Dispositions matérielles : le bureau de l'assistant technique est situé dans les locaux de la DRSPS; l'équipement (mobilier et bureautique) et le véhicule de service sont mis en place par le projet.

Profil du candidat : planificateur de la santé, avec dix années d'expérience dont la moitié au moins dans la cadre de projets de développement si possible en Afrique, le candidat doit faire preuve de grandes capacités d'innovation, d'un sens développé des relations humaines, d'esprit d'entreprise, de compétences en matière de gestion et de bonnes dispositions pour animer une équipe.

Prise de fonction : premier semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE PLANIFICATION/GESTION

Intitulé du poste : conseiller en administration et finances.

Lieu d'implantation : direction régionale de la santé et de la protection sociale, Abidjan;

Place dans le dispositif : l'assistant technique est le collaborateur immédiat du chef de service de la gestion administrative et financière.

Attributions : conception et mise en oeuvre du budget de la direction régionale, élaboration des nouvelles dispositions réglementaires du système de gestion administratif et financier des centres de santé communautaire et des formations sanitaires des communes concernées par le projet; formation des gestionnaires des établissements; contribution à la mise en place des outils de gestion, définition des mécanismes de supervision et de contrôle par la direction régionale, adaptation des procédures au cadre juridique; contribution à la mise en place de nouveaux modes de financement des activités;

Dispositions matérielles : le bureau de l'assistant technique est situé dans les locaux de la DRSPS; l'équipement (mobilier et bureautique) sera mis en place par le projet.

Profil du candidat : diplômé d'une grande école d'administration et de gestion (école nationale de la santé publique, filière direction hospitalière, HEC, école supérieure de commerce ou équivalent, Centre d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale), le candidat aura une très bonne maîtrise de la micro-informatique et de bonnes dispositions pour le travail en équipe.

Prise de fonction : second semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE PLANIFICATION/GESTION

Intitulé du poste : médecin conseiller en santé publique et en organisation des prestations de santé.

Lieu d'implantation : direction régionale de la santé et de la protection sociale, Abidjan;

Place dans le dispositif : l'assistant technique est le collaborateur immédiat du chef de service des affaires sanitaires; il travaille en étroite collaboration avec le chef du service de la protection sociale et le médecin responsable du bureau communal de santé de chacune des communes concernées par le projet.

Attributions : l'assistant technique a pour mission de contribuer à :

- mettre en place un système d'évaluation de la qualité des soins;
- identifier les principales carences dans l'organisation des activités de santé;
- proposer les mesures permettant d'améliorer les soins curatifs et préventifs délivrés par les formations sanitaires, en particulier pour la mère et l'enfant;
- développer les activités avancées du centre de santé vers les quartiers (visite dans les familles, dépistage actif, etc.);
- mettre en oeuvre les protocoles de prise en charge de malades infectés par le VIH.
- organiser la supervision des activités de soins réalisées par les formations sanitaires d'Abidjan;
- mettre au point des programmes de formation continue des personnels de santé correspondant aux lacunes identifiées au cours de la phase d'évaluation et aux nouvelles stratégies adoptées;
- suivre la mise en oeuvre de l'ensemble des mesures qui auront été arrêtées;
- promouvoir le développement des associations de santé communautaire de quartier et les aider à s'organiser pour assurer la gestion des Centres.

Dispositions matérielles : le bureau de l'assistant technique est situé dans les locaux de la DRSPS; l'équipement (mobilier et bureautique) est mis en place par le projet.

Profil du candidat : médecin de santé publique ayant cinq ans d'expérience, de préférence dans un pays en développement, dans l'organisation des actions de santé, la pratique des techniques de supervision et d'évaluation; Une compétence en médecine clinique (notamment pédiatrie ou obstétrique) est souhaitée; Le candidat devra faire preuve d'aptitudes et de goût pour le dialogue avec le monde associatif.

Prise de fonction : second semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE PLANIFICATION/GESTION

Intitulé du poste : médecin épidémiologiste

Lieu d'implantation : direction régionale de la santé et de la protection sociale, Abidjan;

Place dans le dispositif : l'assistant technique est le collaborateur immédiat du chef de service de l'épidémiologie et des statistiques sanitaires.

Attributions : l'assistant technique a pour mission de concevoir et appuyer la cellule d'épidémiologie de la DRSPS;

Il doit en particulier contribuer à :

- surveiller les principaux indicateurs de santé fournis par les formations sanitaires de la ville (épidémiologie et activités). Organiser les interventions en cas d'événement imprévu (épidémie);
- produire et diffuser une information régulière sous une forme utilisable par les formations périphériques (rétro-information) et par les décideurs;
- organiser et gérer une banque de données relatives à la santé pour la ville d'Abidjan;
- collaborer au système national d'information sanitaire auquel la cellule de la DRSPS est intégrée : transmission des données au niveau central, participation à la réflexion visant à améliorer le système;
- élaborer et réaliser les enquêtes et les études opérationnelles qui pourraient être nécessaires pour compléter l'information sur les problèmes prioritaires de la ville ou bien pour évaluer les programmes de santé. Ces activités devront être conduites en collaboration avec les instituts de recherche, hôpitaux ou laboratoires concernés.
- conseiller dans le domaine de l'épidémiologie les programmes de santé prioritaires de la ville: MST-SIDA-tuberculose et santé maternelle.

Dispositions matérielles : le bureau de l'assistant technique est situé dans les locaux de la DRSPS; l'équipement (mobilier et bureautique) est mis en place par le projet.

Profil du candidat : médecin possédant un diplôme d'épidémiologie reconnu sur le plan international.

Prise de fonction : second semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE PLANIFICATION/GESTION

Intitulé du poste : conseiller en formation et information, éducation, communication, et relations avec les associations de santé communautaire.

Lieu d'implantation : direction régionale de la Santé et de la Protection sociale, Abidjan.

Place dans le dispositif : le conseiller est le collaborateur immédiat du responsable du service IEC-formation

Attributions : en appui au service IEC-formation, le conseiller sera chargé d'identifier les principales lacunes dans la pratique des personnels de santé, d'élaborer un programme de formation continue, d'organiser son exécution et d'évaluer son impact. Il contribuera avec les institutions compétentes à développer les activités d'information, d'éducation et de communication décrites dans le PSA. En collaboration avec le service de la protection sociale, et avec les médecins des bureaux communaux, il apportera un appui technique à la création des associations de santé communautaire qui prendront en charge la gestion des centres de santé de quartier.

Dispositions matérielles : le bureau de l'assistant technique est situé dans les locaux de la DRSPS; l'équipement (mobilier et bureautique) sera mis en place par le projet.

Profil du candidat : professionnel de la santé ayant un niveau d'étude supérieur, avec une bonne expérience dans la formation et l'IEC, le candidat devra faire preuve de bonnes diponibilités pour le travail en équipe, et de capacités d'écoute et de dialogue avec le monde associatif.

Prise de fonction : second semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE PLANIFICATION/GESTION

Intitulé du poste : chargé de la coordination des études et des enquêtes.

Lieu d'implantation : direction régionale de la Santé et de la Protection sociale, Abidjan.

Place dans le dispositif : dans la direction régionale de la santé, l'assistant technique collabore avec tous les services concernés par les études et enquêtes menées dans le cadre du PSA.

Attributions : sous la supervision technique de l'équipe du Pr Brunet Jailly ("projet sciences sociales" de l'OCCGE), l'assistant technique devra contribuer à la mise au point des protocoles d'études, coordonner leur réalisation avec les institutions partenaires, participer à la supervision des enquêteurs, organiser le traitement des données et veiller à la diffusion des résultats.

Dispositions matérielles : le bureau de l'assistant technique est situé dans les locaux de la DRSPS; l'équipement (mobilier et bureautique) sera mis en place par le projet.

Profil du candidat : médecin de santé publique ou économiste de la santé orienté vers la recherche en sciences sociales.

Prise de fonction : second semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE PLANIFICATION/GESTION

Intitulé du poste : conseiller technique en équipement et maintenance dans le secteur de la santé.

Lieu d'implantation : direction des équipements et de la maintenance du ministère de la Santé.

Place dans le dispositif : l'assistant technique est le collaborateur immédiat du Directeur des équipements. Il fait partie intégrante du "Projet Santé Abidjan", et à ce titre, est placé sous la supervision du coordonnateur du projet.

Attributions : en liaison avec la direction régionale de la santé, l'assistant technique est chargé de la mise au point des dossiers de construction des centres de santé communautaires, d'extension des formations sanitaires d'Abobo et de Yopougon. Il assure le suivi de leur exécution conformément aux modalités en vigueur en Côte d'Ivoire.

Dispositions matérielles : le bureau de l'assistant technique est situé dans les locaux de la direction nationale des équipements du ministère de la santé.

Profil du candidat : architecte ou ingénieur bâtiment.

Prise de fonction : second semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE PLANIFICATION/GESTION

Intitulé du poste : conseiller pour l'organisation des activités des blocs opératoires et la formation des personnels d'anesthésie des hôpitaux généraux.

Lieu d'implantation : direction régionale de la santé et de la protection sociale; Abidjan.

Place dans le dispositif : le poste fait partie intégrante du "Projet Santé Abidjan", et à ce titre, est placé sous la supervision du coordonnateur du projet.

Attributions : appuyer les cadres responsables de la formation des infirmiers anesthésistes, superviser leur affectation dans les formations sanitaires concernées par le projet, contribuer à réorganiser les soins dans les hôpitaux communaux de la ville d'Abidjan, notamment ceux de Yopougon et Abobo, participer au programme de formation permanente et au recyclage des personnels infirmiers, notamment dans le domaine de la gestion des services, en collaboration avec les médecins conseillers en santé publique et organisation des prestations de santé.

Dispositions matérielles : fournies par le projet

Profil du candidat : cadre infirmier spécialisé en anesthésie-réanimation, ayant une bonne expérience pédagogique.

Prise de fonction : second semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE SIDA-MST-TUBERCULOSE

Intitulé du poste : conseiller technique du coordonnateur national du programme de lutte contre le Sida;

Lieu d'implantation : Bureau central de coordination (BCC) du programme national de lutte contre le sida (PNLS).

Place dans le dispositif : collaborateur direct du coordonnateur national, l'assistant technique n'a pas de rapports hiérarchiques avec les autres personnels du programme. Il fait partie intégrante du "Projet Santé Abidjan", et à ce titre, est placé sous la supervision du coordonnateur du projet.

Attributions : sous la supervision du Coordonnateur du PNLS, en étroite relations avec le personnel du Bureau central de coordination, du personnel de l'OMS et des autres experts affectés en Côte d'Ivoire dans le cadre de la lutte contre l'infection à VIH, l'assistant technique devra apporter son concours à la planification du programme, notamment dans les domaines suivants :

- analyse des actions prioritaires à entreprendre dans le cadre des objectifs assignés au PNLS;
- évaluation des besoins en recherche opérationnelle pour la lutte contre le sida;
- développement des stratégies de lutte adaptées au milieu urbain;
- mise au point des protocoles pour la prise en charge des séropositifs et des malades atteints du sida pour la ville d'Abidjan, et pour l'ensemble du pays;
- évaluation des besoins de financement du programme;
- identification des besoins en assistance technique pour la planification et l'exécution du PNLS.

Dispositions matérielles : l'assistant technique disposera d'un bureau dans les locaux du BCC; l'équipement mobilier, le matériel micro-informatique et le véhicule de service de l'assistant technique seront fournis par le projet.

Profil du candidat : médecin diplômé de santé publique, ayant une bonne expérience de la lutte contre l'infection à VIH dans les pays en développement, en particulier dans ses composantes sociales. Le candidat doit avoir sens développé de la diplomatie, des relations humaines et du travail en équipe; il devra faire preuve d'une grande disponibilité.

Prise de fonction : premier semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE SIDA-MST-TUBERCULOSE

Intitulé du poste : directeur du laboratoire de référence pour le diagnostic de l'infection à VIH et les infections opportunistes.

Lieu d'implantation : CHU de Treichville

Place dans le dispositif : directeur du laboratoire, il est placé sous la responsabilité administrative du Directeur du CHU de Treichville. Il fait partie intégrante du "Projet Santé Abidjan", et à ce titre, est placé sous la supervision du coordonnateur du projet.

Attributions : mise en place de l'équipement du laboratoire, organisation et gestion des activités, mise en oeuvre des recommandations du comité de gestion en matière de protocoles diagnostiques et thérapeutiques de l'infection à VIH (en liaison avec le comité de lutte contre le Sida du CHU Treichville), développement du diagnostic biologique des affections associées au sida, activités de recherche, formation des assistants affectés dans le laboratoire.

Dispositions matérielles : le laboratoire vient d'être aménagé et équipé dans un des bâtiments du CHU.

Profil du candidat : médecin biologiste, ayant une expérience de la recherche dans le domaine des infections à VIH, et possédant les qualités d'animateur d'une équipe scientifique.

Prise de fonction : premier semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE SIDA-MST-TUBERCULOSE

Intitulé du poste : gestionnaire du laboratoire de référence pour le diagnostic de l'infection à VIH et les infections opportunistes.

Lieu d'implantation : CHU de Treichville

Place dans le dispositif : sous l'autorité du directeur du laboratoire.

Attributions : élaboration et suivi du budget du laboratoire, gestion des approvisionnements en matériels et consommables, gestion des personnels techniciens et aides laboratoires, chargé des rapports avec les fournisseurs et les services administratifs et techniques du CHU, de l'ordonnancement des dépenses payées sur le compte spécial ouvert auprès de la CAA, de l'établissement des comptes rendus d'exécution budgétaire en activités, recettes et dépenses, assurer la formation d'un gestionnaire ivoirien appelé à lui succéder dans un délai de trois ans, assurer des expertises dans le domaine de l'organisation, l'équipement, la gestion des structures sanitaires périphériques et la formation de leurs personnels.

Dispositions matérielles : le laboratoire vient d'être aménagé et équipé dans un des bâtiments du CHU.

Profil du candidat : technicien supérieur de laboratoire possédant une bonne expérience de gestion.

Prise de fonction : semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE SIDA-MST-TUBERCULOSE

Intitulé du poste : chargé d'études et de recherches sur l'association tuberculose-sida.

Lieu d'implantation : Centre antituberculeux d'Adjamé (siège du Comité national antituberculeux de Côte d'Ivoire).

Place dans le dispositif : L'assistant technique est le collaborateur immédiat du Directeur du Centre. Il n'a pas de relations hiérarchiques avec les autres personnels du CAT. Il fait partie intégrante du "Projet Santé Abidjan", et à ce titre, est placé sous la supervision du coordonnateur du projet.

Attributions : Le candidat contribuera à la mise en oeuvre de la composante Sida/Mst/tuberculose du "Projet Santé Abidjan". Plus particulièrement, il devra contribuer à développer les domaines suivants :

- *Analyse des données* : il s'agit dans un premier temps d'améliorer le système global de traitement et d'analyse des nombreuses données épidémiologiques qui parviennent au Comité national. Une attention particulière sera portée à l'exploitation des informations disponibles sur les relations Sida-tuberculose.
- *Etudes et recherches* : l'assistant technique devra mettre au point des protocoles d'étude et de recherche sur l'association tuberculose-sida, en étroite relation avec le Comité national de lutte contre le sida (CNLS) et les sous-comités qui en font partie. Ces études et recherches porteront entre-autre sur les stratégies urbaines à adopter pour faire face à la recrudescence de l'incidence de la tuberculose, et définir les modalités de prise en charge des tuberculeux également atteints de sida. Un autre composante d'études portera sur l'intégration de la lutte contre la tuberculose dans le dispositifs de soins de la ville d'Abidjan, conformément aux orientations préconisées par le projet.
- *Activités cliniques* : l'assistant technique devra participer à la supervision de la qualité soins donnés aux tuberculeux dans les centres de santé communautaires et les hôpitaux communaux qui seront ouverts dans le cadre du projet.
- *Activités de formation* dans le cadre des enseignements du CES de Santé Publique, et du recyclage des médecins et infirmiers.

Dispositions matérielles : le bureau destiné à l'assistant technique dans l'enceinte du CAT sera aménagé et équipé. Le financement nécessaire à cette installation sera imputé sur le projet, et ne sera disponible qu'en mai 1992 selon les prévisions de calendrier. Des dispositions provisoires seront prises dans l'attente de la mise en place des crédits.

Profil du candidat : médecin pneumo-physiologue diplômé, avec compétence en santé publique et épidémiologie (diplôme non indispensable, mais CESAM, Cours Européen d'Epidémiologie ou cours IDEA souhaitable). Une bonne maîtrise de la micro-informatique est indispensable. Une expérience professionnelle en Afrique représenterait un avantage.

Date d'ouverture du poste : premier semestre 1992

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE SIDA-MST-TUBERCULOSE

Intitulé du poste : conseiller technique pour la lutte contre les MST.

Lieu d'implantation : Bureau central de coordination (BCC) du programme national de lutte contre le sida (PNLS).

Place dans le dispositif : l'assistant technique est le collaborateur direct du responsable national de la lutte contre les MST. Il fait partie intégrante du "Projet Santé Abidjan", et à ce titre, est placé sous la supervision du coordonnateur du projet.

Attributions : sous la supervision du Coordonnateur du PNLS, en étroite relation avec le responsable des MST et les autres structures impliquées dans de la lutte contre les MST et le sida, l'assistant technique devra apporter son concours à la planification du programme, notamment dans les domaines suivants :

- analyse des actions prioritaires à entreprendre dans le cadre des objectifs assignés au PNLS en matière de contrôle des maladies sexuellement transmissibles;
- évaluation des besoins en recherche opérationnelle pour la lutte contre ces maladies;
- développement des stratégies de lutte adaptées au milieu urbain;
- mise au point des protocoles diagnostiques et thérapeutiques pour la prise en charge des MST dans la ville d'Abidjan, et pour l'ensemble du pays;
- développement de programmes de formation sur les MST pour les personnels des formations sanitaires.

Dispositions matérielles : l'assistant technique disposera d'un bureau dans les locaux du BCC; l'équipement mobilier, le matériel micro-informatique et le véhicule de service de l'assistant technique seront fournis par le projet.

Profil du candidat : médecin spécialiste en vénérologie, avec orientation en épidémiologie et santé publique. Le candidat doit avoir un sens développé des relations humaines et du travail en équipe.

Prise de fonction : premier semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE SIDA-MST-TUBERCULOSE

Intitulé du poste : Hémobiologiste

Lieu d'implantation : CNTS Abidjan

Place dans le dispositif : l'assistant technique est placé sous l'autorité du directeur du CNTS. Il fait partie intégrante du "Projet Santé Abidjan", et à ce titre, est placé sous la supervision du coordonnateur du projet.

Attributions : définir les normes biologiques de la transfusion sanguine, superviser le laboratoire du CNTS, mettre en place les procédures de contrôle applicables au plan national, renforcer la sécurité transfusionnelle, assurer la formation continue des personnels impliqués dans la transfusion, participer à la surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH, participer à l'IEC sur les questions de transfusion.

Dispositions matérielles : l'assistant technique est affecté dans les locaux du CNTS qui viennent d'être réhabilités.

Profil du candidat : médecin ou pharmacien, spécialisé en biologie ou hématologie, possédant une expérience de la transfusion sanguine.

Prise de fonction : premier semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans

PROJET SANTE ABIDJAN : COMPOSANTE SIDA-MST-TUBERCULOSE

Intitulé du poste : responsable du programme de réduction du risque de transmission du VIH au cours de la transfusion.

Lieu d'implantation : CNTS Abidjan

Place dans le dispositif : l'assistant technique est placé sous l'autorité du directeur du CNTS. Il fait partie intégrante du "Projet Santé Abidjan", et à ce titre, est placé sous la supervision du coordonnateur du projet.

Attributions : développer les méthodes de transfusion susceptibles de réduire le risque de contamination par le VIH (autotransfusion différée, hémodilution, réduction de l'indication de transfusion, etc.), promouvoir ces méthodes auprès des personnels de santé, assurer la formation de ces personnels, évaluer l'impact de ces mesures.

Dispositions matérielles : l'assistant technique est affecté dans les locaux du CNTS qui viennent d'être réhabilités.

Profil du candidat : médecin ou pharmacien, spécialisé en biologie ou hématologie, possédant une expérience de la transfusion sanguine.

Prise de fonction : premier semestre 1992.

Durée du poste : 4 ans