

La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest francophone

Joseph Brunet-Jailly*

Les grands de ce monde et les institutions financières internationales se sont mis d'accord, ces dernières années, après un temps d'incertitude, sur l'idée qu'il faut sauver l'Etat en Afrique. On attend de lui, selon une tradition bien établie, qu'il remplisse en totalité un certain nombre de fonctions, notamment en matière de redistribution et de garantie des « droits » (à la santé (1), à l'éducation, au travail...) (2). C'est donc dans le contexte d'une réflexion sur ce qu'on peut attendre, aujourd'hui, de l'Etat dans les anciennes colonies d'Afrique que nous voudrions examiner s'il y a un sens, dans ces Etats, à parler de politique publique en matière de santé. Si certains aspects de la politique publique des Etats ont été déjà analysés, le secteur de la santé, comme celui de la formation, ont traditionnellement été tenus à l'écart de toute évaluation, tant on voulait croire au rôle irremplaçable de l'Etat dans ces domaines « sociaux ». Or, il paraît indiqué de ne pas se contenter d'invoquer par exemple le droit à la santé pour justifier l'intervention de l'Etat : il faut aussi prendre la précaution élémentaire de vérifier ce que fait l'Etat, en pratique, dans ce domaine.

Contrairement à ceux qui croient à la liberté d'action d'Etats souverains dont chacun définirait sa politique dans les divers domaines, il apparaîtra rapidement qu'il est parfaitement justifié de traiter de la politique de santé à partir d'un modèle unique, imposé de l'extérieur. C'est ce modèle du système de santé, et les divers aspects de la politique qui permet de le mettre en place, qu'on devra présenter. Ce faisant, on répondra directement à la question de savoir quel est le contenu de la politique publique en matière de santé.

* Economiste, IRD, Abidjan.

(1) C'est par exemple la constitution de l'Organisation mondiale de la santé qui énonce que « ... jour de la santé la meilleure possible est l'un des droits fondamentaux de tout être humain. . . », la santé étant définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » (World Health Organization, 1948)

(2) En 1989, le professeur Gentilini faisait adopter par des universitaires et des chercheurs francophones une « Déclaration de Bamako » qui précise que « la prise en charge des maladies (maladies carencielles, maladies transmissibles, maladies non transmissibles, maladies de société . . .) doit être assurée par les budgets nationaux et les aides internationales » (Gentilini *et al* , 1993, annexe 2 au chapitre 6).

**Afrique
contemporaine**
Numéro spécial
3^e trimestre 2000

Organiser la santé

191



L'inspiration commune des politiques publiques de santé

Les politiques publiques de santé sont fortement inspirées par une doctrine élaborée par l'Organisation mondiale de la santé, dont l'assemblée générale est composée des ministres de la Santé des Etats membres et respecte la règle « un Etat, une voix », mais qui s'est au fil des décennies bâti la réputation d'identifier les meilleures solutions techniques aux problèmes de santé publique.

La notoriété acquise grâce à quelques incontestables succès dans la mobilisation des énergies autour d'objectifs limités (par exemple l'éradication de la variole) est utilisée par la suite pour prendre position sur des sujets incomparablement plus complexes, mais d'un intérêt vital pour les professionnels. Ces positions ont porté, depuis trente ans, essentiellement sur quatre thèmes : les soins de santé primaires, les programmes verticaux, la constitution d'un système de santé pyramidal et le recouvrement des coûts.

L'Organisation mondiale de la santé a défini, en 1978, une stratégie de la santé pour tous par les soins de santé primaires (World Health Organization, 1978) : cette stratégie est certes présentée comme un effort généreux et convaincu des Etats en faveur de leurs pauvres, mais elle s'est souvent réduite à faire distribuer quelques soins élémentaires par des agents de santé de village formés à la hâte à quelques rares gestes. Les autres dimensions de la stratégie des soins de santé primaires, à savoir l'éducation sanitaire, mais aussi « la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des grandes endémies, la fourniture de médicaments essentiels » (Kleczkowski *et al*, 1985) étaient beaucoup plus difficiles à réaliser.

Bien entendu, cette stratégie très insuffisante, tout juste bonne à alimenter des discours sur la mobilisation des « communautés », convenait parfaitement aux ONG et aux coopérations bilatérales. Cependant, il faut certainement pardonner à l'Organisation mondiale de la santé d'avoir entretenu quelques illusions sur ce sujet, puisque la Banque mondiale elle-même était visiblement séduite, en 1975, par ces modèles.

Pour l'Organisation mondiale de la santé, comme d'ailleurs pour les bailleurs de fonds bilatéraux ou multilatéraux, il fallait par ailleurs impérativement réussir quelques coups d'éclat dans des domaines clairement techniques, en choisissant bien le problème à résoudre et en mobilisant les moyens nécessaires. Tel est précisément l'objectif que peuvent viser les programmes « verticaux » qui s'organisent en marge des activités ordinaires des services de santé, disposent de leur propre financement, de leur propre matériel, de leurs propres moyens d'intéresser le personnel à leurs activités. Ainsi se sont développés des programmes spécifiques de vaccination (programme élargi de vaccinations, créé par l'OMS et l'UNICEF en 1974), de lutte contre les maladies diarrhéiques (lancé par l'OMS en 1978), de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (lancé par l'OMS en 1977), de lutte contre le sida (lancé en 1986), le programme de médicaments essentiels (lancé en 1977), sans compter les programmes encouragés par les bailleurs publics ou privés bilatéraux (lutte contre la tuberculose, contre la dracunculose, contre le paludisme, programmes de santé maternelle et infantile, etc.) ou par l'OMS (promotion et développement de la médecine traditionnelle, par exemple, à partir de 1978) ou par le concert des bailleurs (programme de lutte contre l'onchocercose). Parmi ces réalisations, les programmes élargis de vaccination, abondamment financés dans les années quatre-vingt, présentaient toutes les caractéristiques permettant d'obtenir des résultats rapides ; ils ont permis une large redistribution en termes de matériel (réfrigérateurs,

matériel de transport, etc.), de personnels (indemnités), de déplacements (frais de mission), et offert la possibilité aux chefs d'Etat ou aux ministres de la Santé de se faire photographier vaccinant un enfant.

Une troisième ligne de pensée inspirera la politique de santé des pays en développement, et notamment des pays d'Afrique au sud du Sahara, la prétendue nécessité de constituer un système de santé pyramidal, dont un échelon essentiel serait le district, circonscription sanitaire d'une taille moyenne bien définie et dotée d'un personnel et d'un équipement standardisés. Cette conception a eu d'autant plus de force que, malgré une réserve importante sur laquelle on reviendra, elle a été rapidement adoptée par la Banque mondiale.

Dans la pratique, cette conception pyramidale, à base très large, du système de santé sera complétée par l'interprétation sélective donnée aux soins de santé primaires (Rifkin et Walt, 1986 ; Warren, 1988 ; Walsh, 1988) : ces formations sanitaires périphériques sont chargées de distribuer un « paquet minimum d'activités ». C'est cette vision du système de santé qui sera mise en œuvre dans les années quatre-vingt-dix par les programmes de la Banque mondiale avec l'assistance technique de l'UNICEF (Sen et Koivusalo, 1998).

Le quatrième point commun aux politiques de santé s'est imposé avant même que les nécessités de l'ajustement ne se fassent pressantes. L'Organisation mondiale de la santé a ouvert la voie dès 1978 en prônant la participation financière des populations au financement des services de santé, et en la présentant comme la conséquence naturelle de leur participation à la gestion de ces services. L'argumentation part du fait que la crise des finances publiques ne permet pas d'espérer, pour la santé, des dotations plus importantes, bien au contraire. Mais alors il suffirait de « réduire la responsabilité du gouvernement dans le financement des services qui procurent peu de bénéfice à la société dans son ensemble (mais réservent tout leur bénéfice à leurs utilisateurs directs) » pour obtenir que « des ressources gouvernementales (ou publiques) plus importantes soient rendues disponibles pour fournir les services qui procurent des bénéfices à la société tout entière » (World Bank, 1987, p. 1), d'autant plus que « les individus sont généralement disposés à payer pour les services, essentiellement curatifs, qui ont un bénéfice évident pour eux-mêmes ou pour leur famille » (World Bank, 1987, p. 2), alors que d'autres services (les vaccinations, l'éducation sanitaire, par exemple) ne bénéficient qu'à la société tout entière. Selon la Banque mondiale, « ce sont des décisions prises essentiellement dans l'arène politique qui détermineront si les fonds libérés seront utilisés pour les pauvres ou pour des services qui procurent des bénéfices publics, plutôt que pour la construction d'hôpitaux urbains ou pour l'achat d'équipements superflus et coûteux » (World Bank, 1987, p. 8). Cette politique des prix peut enfin être présentée comme un moyen de favoriser, progressivement, une transformation complète des structures des systèmes de santé, une redistribution des ressources et des rôles entre le secteur public et le secteur privé, transformation qu'il serait peut-être impossible de provoquer par une décision politique.

● **Le contenu des programmes financés par la Banque mondiale**

En 1980, la Banque mondiale finance son premier projet dans le domaine de la santé, en Indonésie. La part du secteur « Santé, population et nutrition » dans le total des prêts de la Banque, qui était de 1,5 % pour la période fiscale 1986 devrait atteindre 8,7 % pour 1995-1997 ; entre 1987 et 1995, le montant annuel des prêts est supérieur à 500 millions de dollars. Depuis l'origine de ces prêts, l'Afrique a bénéficié de 48

projets dans ce secteur sur un total général de 124 (Stout *et al.*, 1997, pp. 34-37). Il est évidemment difficile de ne pas rapprocher cette décision « sectorielle » de son contexte macro-économique et institutionnel, qui est celui de l'ajustement structurel. Comme il n'est pas possible de donner une présentation détaillée de ces programmes, nous tenterons de résumer, pour les quelques pays d'Afrique de l'Ouest sur lesquels nous avons pu nous documenter, les actions essentielles qui ont été financées par la Banque mondiale au cours des années récentes.

Mali : étendre le réseau

Dans ce pays, comme les districts sanitaires existaient déjà, dépourvus cependant de toute responsabilité de décision et de gestion car gérés depuis Bamako de la façon la plus bureaucratique, le programme de la Banque mondiale a prévu de financer un accroissement considérable du nombre de formations sanitaires de premier niveau, au-delà du réseau existant de 240 centres de santé d'arrondissement tenus par des infirmiers. Aucune justification n'a été donnée de la priorité accordée à cette extension du réseau. En plaçant son intervention à l'extrême périphérie du système de santé, la Banque mondiale peut prétendre contribuer à l'amélioration de la couverture sanitaire. Mais quelle est la qualité de la couverture offerte à la périphérie lorsque les hôpitaux de référence ne fonctionnent pas correctement ? Un tel choix permet donc d'employer des montants importants d'aide extérieure en esquivant les problèmes délicats de la nature, du niveau et de la qualité de la pratique médicale dans les hôpitaux de district et provinciaux. Cette option évite aussi de prendre parti sur le chômage de centaines de jeunes médecins non recrutés, ou sur les réformes qui permettraient de diminuer le coût des soins jusqu'au niveau qui les rendrait accessibles pour la population (Brunet-Jailly, 1991). En outre, les experts de la Banque mondiale pourront prétendre que leur programme atteindra ses objectifs sans augmenter les charges de l'Etat, parce que le personnel des nouvelles formations sera payé par « les communautés ». Ce programme vise donc à installer 120 postes de santé tenus par des infirmiers au niveau des villages (Banque mondiale, 1991b, § 3.07), chacun étant capable de desservir 10 000 personnes, de fournir 4 000 à 5 000 consultations dans l'année, et de collecter en moyenne 500 francs CFA par consultation (Banque mondiale, 1991b, § 3.09).

Côte d'Ivoire : renforcer le ministère de la Santé

La Côte d'Ivoire définit aujourd'hui une pyramide sanitaire, mais la sienne ne compte pas moins de neuf niveaux (République de Côte d'Ivoire, 1991). Chaque niveau est défini, quant à son personnel, de la façon la plus stricte. Dans tous les établissements sanitaires, on procédera à une réorganisation interne fondée sur les techniques « Organisation et méthodes », et l'ensemble du processus est une application littérale de la technique de planification-programmation-budgétisation. On sait depuis des décennies que cette façon de définir les structures sanitaires se heurte à deux objections essentielles et fondamentales : d'abord, la rigidité des structures définies interdit de prendre en compte les spécificités de chaque cas pratique, par exemple en matière de pathologie à traiter, d'utilisation effective des services par la population, de facilités d'accès aux formations, etc., et conduit donc à plaquer un système uniforme sur des réalités diverses ; en second lieu, elle remplace la démarche intellectuelle d'adaptation incessante des moyens aux objectifs, démarche qui doit être celle des responsables de la santé publique, par des normes bureaucratiques qu'on se contentera d'appliquer dans la plus totale irresponsabilité.

Cet exercice de planification permet toutefois de justifier la construction, pendant la période 1991-2000, de 154 postes de santé rurale, 228 maternités, 50 dispensaires urbains, 69 maternités urbaines, 4 hôpitaux de seconde catégorie, etc. De la sorte, le secteur de la santé de Côte d'Ivoire peut absorber, à lui seul, une somme de 46 milliards francs CFA pour des constructions neuves et leur équipement, et un montant additionnel de 43 milliards pour la rénovation de formations existantes ! (République de Côte d'Ivoire, 1991, pp. 38-39).

Sénégal : mettre en place des « districts »

Les documents officiels nous apprennent que, au Sénégal, le secteur privé « coexiste harmonieusement avec le système public, et est particulièrement actif dans la région de Dakar » (République du Sénégal, 1993, p. 7). L'harmonie tient-elle au fait que, depuis longtemps, entre le secteur public et le secteur privé, les honoraires vont de 1 à 35 pour la consultation d'un adulte par un médecin généraliste, et de 1 à 25 pour un accouchement normal (Mashayekhi, 1981, pp. 48, 83) ? Or l'essentiel du « Projet de développement des ressources humaines » que finance la Banque mondiale au Sénégal semble être la création de districts.

A l'évidence, la création de districts sanitaires n'est pas une solution à ces problèmes : on ne peut pas en attendre une réduction des écarts de prix entre le secteur public et le secteur privé, on ne peut pas en attendre une réduction de la concentration des professionnels de santé à Dakar où les attire la pratique privée, on ne peut pas en attendre une meilleure adaptation de l'enseignement médical et des hôpitaux universitaires aux besoins de la population. Le Sénégal s'est doté d'un système de santé inéquitable, qui met à la disposition de la majorité de la population un système de santé public en déconfiture, mais fournit des soins de qualité aux riches.

Et par ailleurs, cette politique qui consiste à compléter la pyramide sanitaire publique selon les « normes de l'OMS » en créant un niveau supplémentaire et à doter chaque formation selon les normes nationales conduit à des conclusions absurdes. On parvient à chiffrer un déficit en personnel à 845 agents pour les centres de santé, plus 387 pour les hôpitaux régionaux, plus 426 pour les nouvelles infrastructures à réaliser d'ici 1995, soit plus de 1 600 agents, ou 30 % de l'effectif total du ministère (République du Sénégal, 1993). Or chacun sait qu'au Sénégal l'Etat n'augmentera pas de 30 % l'effectif du ministère de la Santé.

Burkina Faso : ajouter un niveau à la pyramide sanitaire

On dispose pour ce pays d'un diagnostic particulièrement clair de la situation des services de santé. En résumé : « les formations sanitaires sont utilisées à moins de 30 % de leurs capacités » et essentiellement parce que la « qualité des services est considérée comme médiocre [...] avant tout à cause de l'impossibilité de trouver des médicaments d'un coût abordable et de l'attitude des agents de santé, jugée souvent arrogante » (Banque mondiale, 1994). On pourrait donc imaginer que le financement de la Banque mondiale servirait à modifier, d'une part, les conditions de l'approvisionnement pharmaceutique et, d'autre part, les éléments (de rémunération, d'organisation du travail, de responsabilité dans le travail, etc.) qui déterminent l'attitude du personnel.

Concernant les personnels, le raisonnement de la Banque mondiale est le suivant : « l'insuffisance de la supervision du personnel des CSPS (centre de santé et de promotion sociale : nom de la formation sanitaire de base tenue par un infir-

mier) par les autorités provinciales et de district crée un sentiment d'isolement et démotive le personnel de santé » ; donc, il faut lutter contre l'arrogance par « le renforcement des services périphériques grâce à l'organisation en districts sanitaires centrés autour des CMA » (centre de santé amélioré, c'est-à-dire centre médical disposant d'une antenne chirurgicale et employant une vingtaine d'agents dont deux médecins) « qui superviseront et contrôleront les services de soins de santé primaires » (Banque mondiale, 1994).

Le premier projet de santé financé par la Banque mondiale a permis d'établir, entre 1985 et 1990, 142 CSPS dans des zones rurales et urbaines grâce à un effort tel que « presque toutes les activités du projet étaient concentrées sur l'exécution de la composante investissement » (Banque mondiale, 1994, § 2.50). A l'évidence, le nouveau programme se propose de continuer (en construisant 45 CSPS de plus) et d'édifier le niveau supérieur, sans avoir réglé quelque problème que ce soit. On a créé 142 CSPS nouveaux, mais 30 sont fermés faute de personnel : le projet de la Banque ne traite pas de ce problème, puisque le gouvernement a donné l'assurance qu'un plan national serait mis au point. Mais « en l'absence de modifications complémentaires dans les effectifs, l'approvisionnement en médicaments et la gestion financière, il est probable que la construction de formations sanitaires et l'extension de leurs équipements, comme proposé dans le plan de développement national 1991-1995, obtiendront très peu de résultats » estiment certains consultants (McLees, 1994, p. 25). De plus, la pyramide sanitaire envisagée serait justifiée si les malades dont l'état l'exige étaient envoyés vers les niveaux de référence. Or cela ne se produit pas : le personnel des formations de base hésite toujours à reconnaître que tel cas dépasse ses compétences, et donc retient les cas à transférer ; et le personnel des formations de référence renforce systématiquement ce comportement, que ce soit en faisant savoir que tel cas n'aurait pas dû être transféré, ou en faisant savoir que le transfert a été trop tardif. Les rares transferts se produisent dans des conditions extrêmement défavorables, même à l'intérieur de la capitale (par exemple Akoi Ahizi *et al.*, 1999 ; Portal *et al.*, 1999).

● **Défense du secteur public et du secteur privé**

On admet volontiers que la politique de santé ne se limite pas aux investissements qui sont faits pour développer la structure du système et l'adapter à un modèle pré-établi. Elle comporte aussi, bien évidemment, des décisions en matière de formation, de recrutement, d'affectation et de rémunération du personnel, des décisions en matière de politique des prix, etc. Elle se traduit par des résultats facilement observables en termes d'activité (voir les statistiques du nombre des consultations, des consultants, des hospitalisations des journées d'hospitalisation, des enfants vaccinés, etc.).

Les moyens et les activités du secteur public

Il n'est pas facile de prouver, au moins pour ce qui concerne l'Afrique de l'Ouest, que le secteur de la santé a été la grande victime de l'ajustement des finances publiques. Ainsi, par exemple, en Côte d'Ivoire, les années quatre-vingt ont connu non pas une diminution mais un accroissement de la part de la santé dans les dépenses publiques : cette part est passée de moins de 6 % au début de la période à environ 10 % en 1986 et 1987, au moment où la crise était la plus profonde (Répu-

blique française, 1991, p. 20). Au Mali et au Burkina Faso, la dépense publique par tête ne diminue pas entre la première moitié et la seconde moitié des années quatre-vingt, mais au contraire augmente approximativement de 10 % dans l'un et l'autre pays. Dans l'ensemble, pour les seize pays pour lesquels une étude plus détaillée a pu être conduite, et pour cette décennie, il apparaît que les dépenses publiques pour la défense, l'éducation et les infrastructures ont diminué, mais non les dépenses de santé (Gallagher, 1994, p. 87).

En outre, il faut s'interroger sur l'utilisation du financement public dans la santé. Il est essentiellement consacré aux salaires des agents du système public de santé. Or la crise n'a pas empêché les effectifs de ces agents d'augmenter. Ainsi par exemple, au Burkina Faso, « le personnel médical et paramédical est passé de 3 281 personnes en 1985 à 4 338 en 1993 » (Banque mondiale, 1994). Cette augmentation (32 % en huit ans) n'a apparemment pas permis de corriger la mauvaise répartition géographique de ce personnel : 60 % des médecins et des sages-femmes, 38 % des infirmiers de l'Etat et 28 % des sages-femmes auxiliaires vivent dans deux départements, celui du Kadiogo et celui du Houet ; Kadiogo est la province de Ouagadougou, et le Houet celle de Bobo Dioulasso, où se trouvent les deux centres hospitaliers nationaux. Or les taux d'occupation de ces hôpitaux nationaux sont tombés de 96 % et 90 % respectivement en 1986 à 45 et 53 % en 1991 (Banque mondiale, 1994) avant l'ajustement structurel.

Dans le même sens, on peut observer en Côte d'Ivoire que le nombre de médecins du secteur public est passé de 823 en 1989 à 1 106 en 1995 (+ 34 %), le nombre de sages-femmes de 1 201 à 1 632 (+ 36 %) et le nombre d'infirmiers de 4 235 à 4 436 (+ 5 %) (République de Côte d'Ivoire, 1996a, pp. 6-8) sans qu'on puisse dire quoi que ce soit de l'évolution globale des activités du système de santé public (car la statistique sanitaire est dans un état pitoyable). Quant à la répartition des fonds publics, elle a conduit à la multiplication par deux des crédits des établissements publics nationaux du secteur de la santé entre 1985 et 1992, soit une croissance à un taux annuel moyen supérieur à 10 %, ce qui est le triple du taux de croissance du budget de fonctionnement de la santé publique dans son ensemble (Vioussat, 1992, p. 46), alors que cette période est marquée par l'ajustement structurel. Dans le même temps, à Abidjan, le nombre de journées d'hospitalisation diminuait considérablement (de 21 % au CHU de Treichville et de 12 % au CHU de Cocody rien qu'entre 1989 et 1991) et le nombre de consultations externes aussi (Vioussat, 1992, pp. 42-44). L'augmentation des moyens s'est donc produite en même temps que l'activité diminuait, et rien ne permet de conclure que la qualité des soins a été améliorée. Enfin, alors que « le programme budgétaire du PVRH (Programme de valorisation des ressources humaines, nom qu'a pris le premier financement par la Banque mondiale d'activités concernant la santé en Côte d'Ivoire) prévoyait que la part des soins de santé primaires dans les dépenses ordinaires de santé s'élèverait progressivement de 35 % en 1991 à 42 % en 1995, [... elle...] n'atteignait que 25 % en 1994 » (Banque mondiale, 1995, p. 10).

La défense des intérêts privés

La défense des intérêts du secteur privé est aussi un aspect important des politiques publiques de santé. On le voit dans deux domaines significatifs : la réglementation des honoraires médicaux, d'une part, la politique pharmaceutique, d'autre part. Considérons d'abord les honoraires des praticiens installés en clientèle privée : dans deux pays au moins, le Mali et la Côte d'Ivoire, le ministère des Finances intervient pour fixer les honoraires que les praticiens libéraux seront fondés à demander aux patients ; les groupes de pression professionnels sont assez puissants pour obtenir

que le prix d'une consultation de généraliste représente environ le tiers du salaire minimum mensuel garanti : le tarif de la consultation de généraliste est fixé à 10 000 francs CFA en Côte d'Ivoire en 1994, alors que le salaire minimum ne dépasse pas 30 000 francs CFA ; il est fixé au Mali en 1988 à 4 230 francs CFA pour le généraliste et à 5 945 francs CFA pour le spécialiste, à un moment où le salaire minimum est de l'ordre de 13 000. L'intervention des pouvoirs publics ne peut pas être justifiée par le fait qu'un organisme public ou sous tutelle serait impliqué dans le remboursement des honoraires médicaux privés ; il ne s'agit pas non plus d'éviter la concurrence par les prix entre les professionnels, car beaucoup pratiquent de fait soit à des prix très supérieurs soit à des prix inférieurs, sans que quiconque s'en soucie.

Le second domaine est celui de la politique pharmaceutique. Bien que l'Organisation mondiale de la santé ait lancé depuis vingt ans un programme en faveur des médicaments essentiels génériques, et bien que ces médicaments représentent une part considérable du marché dans plusieurs pays développés (environ la moitié en Allemagne ou aux Pays-Bas par exemple), les États d'Afrique de l'Ouest francophone continuent à s'approvisionner essentiellement en spécialités. Ainsi, en Côte d'Ivoire, malgré une aide importante de l'Union européenne, les génériques ne représentent que 5 à 6 % du marché, et le ministre rappelle par circulaire aux prescripteurs du secteur public qu'ils doivent remettre aux malades des ordonnances à servir par les officines privées. Au Burkina Faso, la part des génériques dans les importations a diminué au cours de la dernière décennie. Au Mali, c'est le réseau de distribution des génériques qui a été démantelé. En fait aucun programme de santé financé par la Banque mondiale ne s'attaque véritablement au problème pharmaceutique, alors que les médicaments représentent entre les deux tiers et les quatre cinquièmes du total des dépenses privées pour la santé, et alors qu'elles constituent l'obstacle le plus fréquemment cité au recours aux soins modernes ; mais c'est de la vente de médicaments que proviennent les revenus des pharmaciens, et la vente de spécialités est plus profitable pour eux que la vente de génériques.

● Le recouvrement des coûts

Dans un petit nombre de pays, les politiques d'investissement, de relance de l'activité en particulier par l'approvisionnement en médicaments essentiels et en fournitures, éventuellement par des incitations financières distribuées sous une forme ou sous une autre (*per diem* pour des formations, frais de mission, intéressement au recouvrement des coûts...) ont été coordonnées et mises en œuvre avec une forte assistance technique recrutée par l'UNICEF. C'est en particulier ce qui s'est fait sous le nom d'« Initiative de Bamako ». Sous ce nom, la proposition d'une aide spéciale des bailleurs de fonds avait été faite dans cette ville, en 1987, à l'occasion de l'assemblée régionale de la santé, aux pays qui s'engageraient sur un ensemble de mesures cohérentes permettant de « créer des projets indépendants de vente de médicaments au détail, dont les bénéficiaires contribueront à financer les soins de santé primaires » (Organisation mondiale de la santé, 1988 ; voir aussi Soucat, 1997 ; Knippenberg *et al.*, 1997).

Une évaluation conduite par les promoteurs eux-mêmes des programmes « Initiative de Bamako » dans ces deux pays leur a permis de conclure que ces expériences fournissent « une preuve vraiment irrésistible que l'Initiative de Bamako a été éminemment couronnée de succès dans l'augmentation des taux d'utilisation des centres de santé », « dans l'amélioration frappante de l'efficacité des soins de santé primaires au niveau périphérique pendant les six années qui ont suivi l'introduction de l'Initiative », « dans l'augmentation très significative, et soutenue au cours du temps, des taux de couverture vaccinale et des soins anténatals et cura-

tifs », alors que par ailleurs « le coût du paquet minimum complet de soins est accessible et pourrait être considérablement plus faible que ce qui ressortait d'estimations antérieures », celles de la Banque mondiale en particulier (Vandemoortele, Broun, Knippenberg, 1997). De fait, toute une méthodologie a été définie, et effectivement appliquée, pour suivre mois par mois les activités, et sous plusieurs angles : la population cible, la disponibilité du service, son accessibilité géographique, son utilisation par la population, la couverture adéquate (essentiellement respect des âges ou des délais auxquels chaque prestation est indiquée) et la couverture effective (Levy-Bruhl *et al.*, 1997). Les deux expériences analysées montreraient que « la totalité du paquet minimum de soins peut être fournie pour moins de 2 dollars par habitant et par an » (Soucat *et al.*, 1997, S106). Les auteurs reconnaissent, toutefois, que les taux d'utilisation n'ont pas augmenté dans toutes les formations sanitaires dans lesquelles l'Initiative de Bamako a été appliquée, et que dans certains cas l'utilisation des services a même pu diminuer ; ils relient ces évolutions localement défavorables à la qualité des services, bien que, à leur avis, l'Initiative de Bamako n'ait pu que contribuer à améliorer trois aspects de la qualité (la disponibilité des médicaments, la propreté des locaux et l'attitude du personnel de santé) (Vandemoortele, Broun, Knippenberg, 1997).

Les auteurs concluent aussi en insistant sur le point suivant : « Bien que l'Initiative de Bamako soit souvent considérée comme un exemple de recouvrement des coûts qui a réussi, elle doit être vue essentiellement comme un modèle centré sur la cogestion communautaire, le partage des coûts et la décentralisation du système de santé. » Cette conclusion n'est pas vraie partout : au Mali, l'Initiative de Bamako est une politique nationale financée et mise en place par l'aide extérieure et l'assistance technique (Brunet-Jailly, 1997). Cette Initiative apparaît alors essentiellement comme une politique de relance de l'activité des services, et dans ce domaine les résultats au terme de quelques années sont incontestables. Mais quels sont ses résultats en matière de santé publique ? En particulier, cette politique a-t-elle favorisé l'accès des pauvres aux soins de santé ?

Nous disposons depuis peu d'évaluations qui permettent de répondre à un aspect de la question. Dans le cadre du suivi du sommet sur le développement social de Copenhague, l'UNICEF a organisé un ensemble d'études sur l'incidence des dépenses publiques, notamment des dépenses publiques de santé, dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, dont ceux qui ont enregistré les succès les plus éclatants en matière d'Initiative de Bamako. La méthode consiste, en bref, à calculer la part des dépenses publiques de santé qui revient à chaque groupe (défini par le niveau de vie, dans le cadre des études appelées « profil de pauvreté ») de la population. Naturellement, cette part dépend à la fois de la fréquentation des services par chaque groupe de la population et de la dépense publique par unité de service.

Les résultats les plus récents sont présentés pour le quintile le plus pauvre (c'est-à-dire les 20 % de la population les plus pauvres du point de vue des dépenses par habitant) et le quintile le plus riche (tableau ci-après).

Distribution des avantages liés aux dépenses publiques de santé

| | Parts, en fonction du quintile, des éléments suivants : | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|--------|---|--------|---|--------|------------------------|--------|---|--------|
| | Centres primaires | | Centres hospitaliers (consultations externes) | | Centres hospitaliers (consultations internes) | | Tous services de santé | | Subvention totale en % des dépenses publiques | |
| | Pauvres | Riches | Pauvres | Riches | Pauvres | Riches | Pauvres | Riches | Pauvres | Riches |
| Afrique du Sud (1994) | 18 | 10 | 15 | 17 | | | 16 | 17 | 28 | 2 |
| Côte d'Ivoire (1995) | 14 | 22 | 8 | 39 | | | 11 | 32 | 2 | 1 |
| Ghana (1992) | 10 | 31 | 13 | 35 | 11 | 32 | 12 | 33 | 4 | 2 |
| Guinée (1994) | 10 | 36 | 1 | 55 | | | 4 | 48 | | |
| Kenya (1992)* | 22 | 14 | 13 | 26 | | | 14 | 24 | 6 | 1 |
| Madagascar (1993) | 10 | 29 | 14 | 30 | | | 12 | 30 | 5 | 1 |
| Tanzanie (1992/93) | 18 | 21 | 11 | 37 | 20 | 36 | 17 | 29 | | |
| Indonésie (1990) | 18 | 16 | 7 | 41 | 5 | 41 | 12 | 29 | 1 | 1 |
| Viêt Nam (1993) | 20 | 10 | 9 | 39 | 13 | 24 | 12 | 29 | 2 | 1 |
| Colombie (1997) | 24 | 19 | | | | | 18 | 27 | | |
| Costa Rica (1992) | 43 | 7 | 25 | 13 | 30 | 15 | 30 | 13 | | |

* Zones rurales seulement pour le Bangladesh et le Kenya et Nord-Est rural seulement pour le Brésil
Sources : Castro-Leal et coll (1998) ; Demery (1997) et études 20/20

La conclusion principale est évidemment que, dans les pays qui nous intéressent au premier chef, les dépenses publiques de santé ne favorisent pas spécialement les groupes sociaux les plus pauvres : ils n'en reçoivent qu'une part inférieure à la proportion qu'ils représentent dans la population, alors que c'est l'inverse pour les riches. L'inégalité est la plus marquée dans certains pays, dont la Guinée.

Le Bénin, qui s'est, comme la Guinée, engagé massivement dans l'Initiative de Bamako, et qui comme elle a été massivement aidé par l'UNICEF, n'apparaît pas dans ce tableau, mais sa situation est décrite dans une étude toute récente. Dans les années 1994-1995, les ménages pauvres (au sens des études de la Banque mondiale sur les profils de pauvreté), qui représentent 34 % de la population totale, n'ont reçu que 23 % des dépenses publiques ; les ménages classés comme vulnérables, qui représentent 24 % de la population totale, ont reçu à peu près la même proportion des dépenses publiques (26 %) ; et les ménages classés non pauvres, qui représentent 42 % de la population totale, ont reçu un peu plus de la moitié des dépenses publiques (République du Bénin, 1998, p. 109).

Ces résultats sont donc bien décevants, mais il y en a d'autres du même genre, par exemple pour la Côte d'Ivoire, qui a toujours considéré l'Initiative de Bamako avec une certaine condescendance. En combinant les résultats de l'enquête niveau de vie en matière de fréquentation des services de santé avec une

analyse détaillée de la destination des subventions publiques, une étude de la Banque mondiale a établi que « la subvention sanitaire par habitant en milieu rural est de 34 % inférieure à ce qu'elle est en zone urbaine, la subvention allant au quintile le plus pauvre est de 64 % inférieure à celle obtenue par le quintile supérieur » (Demery *et al.*, 1995). Autrement dit le recours aux services de santé est en Côte d'Ivoire, comme dans d'autres pays, l'une des façons d'obtenir une aide de l'Etat, ce qu'admettent les défenseurs de l'intervention de la puissance publique, mais cette aide est actuellement plus importante pour les plus riches que pour les plus pauvres, ce que les partisans de l'intervention étatique n'avaient peut-être pas prévu.

● Des intérêts divergents

L'analyse des politiques publiques de santé, dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, montre à l'évidence que l'Etat ne se préoccupe pas de protéger la santé du grand nombre des citoyens, en privilégiant clairement les activités qui, par rapport à ce but, sont les plus efficaces pour leur coût. Les politiques publiques de santé ont eu pour objectif de rapprocher le système de santé de chaque pays considéré d'un schéma standard, adopté dans ces grandes assemblées de ministres que convoque l'Organisation mondiale de la santé, mais qui représente un modèle beaucoup trop rigide pour être capable de prendre en charge les problèmes de santé publique tels qu'ils se posent.

Le schéma parfaitement rationnel sur lequel l'accord s'est fait dans ces conditions ne fonctionne pas, parce que, en règle générale et en contradiction avec l'image que les professionnels de santé se plaisent à donner d'eux-mêmes, la politique publique de santé vise avant tout à protéger les intérêts matériels des professionnels. Ce schéma ne fonctionne pas, en outre, parce que beaucoup de bailleurs bilatéraux ne font obstinément que répondre à la demande des ministères de la Santé des pays considérés, sans se préoccuper de la justification de ces demandes de peur que l'on ne leur reproche de s'ingérer dans les affaires d'Etats souverains.

Assurément, ce qu'écrivent Anthony Zwi et Anne Mills à propos des études coût-efficacité appliquées au choix des priorités de santé publique – « l'acceptabilité de la démarche qui consiste à rendre les priorités tellement explicites reste une question ouverte » (Zwi et Mills, 1995) – vaut aussi pour les priorités implicites que révèle l'analyse des politiques publiques effectivement menées dans le domaine de la santé. On admet donc bien que les processus politiques de consultation, d'appréciation des intérêts divergents en présence, et de décision doivent jouer leur rôle dans la définition des solutions à retenir, si on veut qu'elles soient effectivement mises en œuvre.

Sans représentation au niveau local, la masse de la population ne voit pas ses intérêts défendus au niveau national.

Références bibliographiques

Akoi Ahizi (F.), Portal (J.-L.), Anet (K.), Ortiz (P.), Tano-Bian (A.), 1999, « Evaluation des parturientes à Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé dans les capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA, pp. 65-77.

Banque mondiale, 1991, *Rapport d'évaluation, République du Sénégal. Projet de développement des ressources humaines*, Division « Opérations, population et ressources humaines », Département du Sahel, Région Afrique, Rapport n° 9180-SE, 12 mars, 180 p.

Banque mondiale, 1994, *Rapport d'évaluation, Burkina Faso. Projet de développement santé et nutrition*, Rapport n° 12416-BUR, Division de la population et des ressources humaines, Département du Sahel, Région Afrique, 20 juin, 41 p. + annexes.

Banque mondiale, 1995, *Rapport de fin d'exécution Côte d'Ivoire. Programme de valorisation des ressources humaines*, Rapport n° 14841, 29 juin 1995, 21 p. + tableaux, statistiques et annexes.

Brunet-Jailly (J.), 1991, *Health Financing in the Poor Countries, Cost Recovery or Cost Reduction?*, World Bank, WPS, n° 692, 41 p.

Brunet-Jailly (J.), 1997, « Innover pour développer », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, pp. 399-424.

Gallagher (M.), 1994, « Government Spending in Africa, a Retrospective of the 1980s », *Journal of African Economies*, 3, 1, pp. 63-91.

Gentilini (M.) et al., 1993, *Médecine tropicale*, Paris, Flammarion, 1993, 928 p.

Klaczkowski (B.M.), Elling (R.H.), Smith (D.L.), 1985, « Appui des systèmes de santé aux soins de santé primaires », étude basée sur les discussions techniques tenues pendant la 34^e assemblée mondiale de la santé (1981), *Cahiers de santé publique*, Genève, OMS, n° 80.

Levy-Bruhl (D.), Soucat (A.), Osseni (R.), Ndiaye (J.-M.), Dieng (B.), de Béthune (X.), Diallo (A.T.), Conde (M.), Cisse (M.), Moussa (Y.), Drame (K.), Knippenberg (R.), 1997, « The Bamako Initiative in Benin and Guinea, Improving the Effectiveness of Primary Health Care », *International Journal of Health Planning and Management*, S49-S80, 12, suppl. 1 (juin).

Mashayekhi (A.), 1981, *A Study of the Financing of the Health Sector in Senegal*, Banque mondiale, Département de la population, de la santé et de la nutrition, octobre, 92 p.

McLees (S.), 1994, *A Survey of Costs, Revenues, and Staffing at PHC Health Facilities in Three Provinces of Burkina Faso*, HFS Project, Technical Note 30, Abt Associates Inc, août, 27 p.

Portal (J.-L.), Wellfens-Ekra (C.), Toure-Coulibaly (K.), Bohoussou (K.M.), 1999, « La qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur sanitaire public d'Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Santé en capitales, la dynamique des systèmes de santé dans les capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA, pp. 81-100.

République de Côte d'Ivoire, 1991, *Programme de valorisation des ressources humaines, planification-programmation-budgétisation dans le secteur de la santé*, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, octobre, 65 p. + annexes.

République du Sénégal, 1993, *Communication du ministre Assane Diop*, Ministère de la Santé et de l'Action sociale, Conseil interministériel sur la santé et l'action sociale, septembre, 72 p. + annexes.

Rifkin (S.B.), Walt (G.), 1986, « Why Health Improves, Defining the Issues Concerning "Comprehensive Primary Health Care" and "Selective Primary Health Care" », *Social Science and Medicine*, 23, 6, pp. 559-566.

Sen (K.), Koivusalo (M.), 1998, « Health Care Reforms and Developing Countries, a Critical Overview », *International Journal of Health Planning and Management*, 13, pp. 199-215.

Soucat (A.), Bangoura (O.), Knippenberg (R.), 1997, « L'Initiative de Bamako au Bénin et en Guinée », in J. Brunet-Jailly (dir.), *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, pp. 193-208.

Stout (S.), Evans (A.), Nassim (J.), Raney (L.), 1997, *Evaluating Health Projects, Lessons from the Literature*, World Bank Discussion Paper, n° 356, The World Bank, 118 p.

Vandemoortele (J.), Broun (D.), Knippenberg (R.), 1997, « Epilogue », *International Journal of Health Planning and Management*, S165-S168, 12, suppl. 1 (juin).

Viossat (L.-C.), 1992, *Rapport sur l'évaluation des dépenses de santé en Côte d'Ivoire : les établissements publics nationaux du secteur de la santé et de la protection sociale*, Inspection générale des Affaires sociales, Paris, octobre, 70 p. + annexes.

Walsh (J.A.), 1988, « Selectivity within Primary Health Care », *Social Science and Medicine*, 26, 9, pp. 899-902.

Warren (K.S.), 1988, « The Evolution of Selective Primary Health Care », *Social Science and Medicine*, 26, 9, pp. 891-898.

World Bank, 1987, *Financing Health Services in Developing Countries : An Agenda for Reform*, A World Bank Policy Study, 93 p.

World Health Organization, 1948, *Constitution of the World Health Organization*, Genève.

World Health Organization, 1978, *Alma-Ata, Primary Health Care*, Genève.

Zwi (A.B.), Mills (A.), 1995, « Health Policy in Less Developed Countries, Past Trends and Future Directions », *Journal of International Development*, 7, 3, pp. 299-328.

Brunet-Jailly Joseph (2000)

La politique publique en matière de santé dans les faits
en Afrique de l'Ouest francophone

In : Gruénais Marc-Eric (ed.), Pourtier R. (ed.). La santé
en Afrique : anciens et nouveaux défis. *Afrique
Contemporaine*, 195 (No. spécial), p. 191-203

ISSN 0002-0478