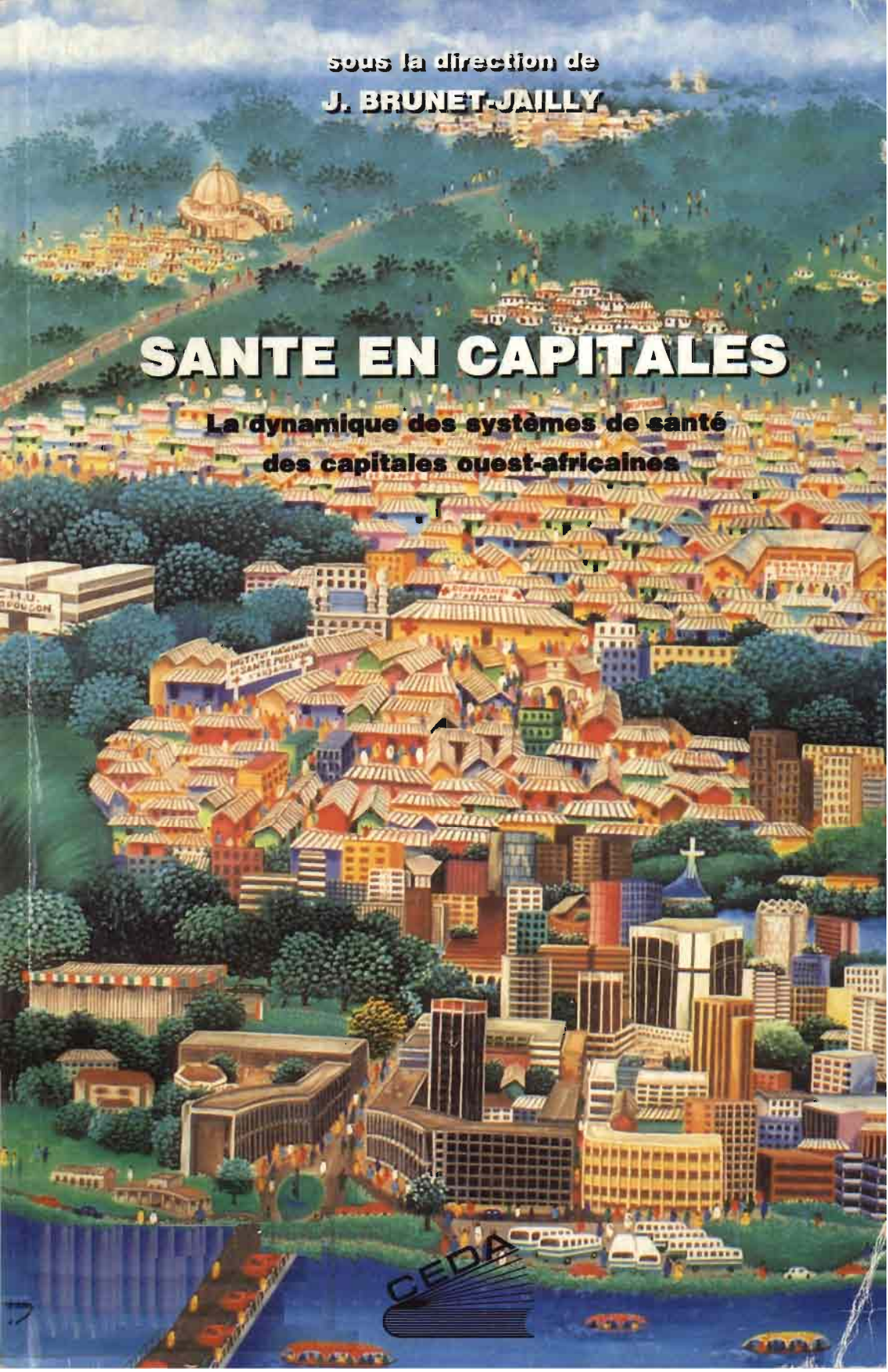


sous la direction de
J. BRUNET-JAILLY

SANTE EN CAPITALES

**La dynamique des systèmes de santé
des capitales ouest-africaines**



CEDA

sous la direction de
J. BRUNET-JAILLY

SANTE EN CAPITALES

**La dynamique des systèmes de santé
des capitales ouest-africaines**



Illustration de la couverture : "Villes et Santé"
Tableau de KASSI Augustin, Abidjan, 1992
Reproduction gracieusement autorisée par l'artiste

©CEDA – Abidjan 1999
ISBN 2-86394-308-1
Dépôt légal n° 1153

Toute reproduction interdite sous peine de poursuites judiciaires

à la mémoire du Docteur Thierry BERCHE

Cet ouvrage appartient à une série de publications issues de colloques organisés par ou avec l'aide du Ministère Français de la Coopération, et avec le concours de l'ORSTOM (récemment devenu IRD, Institut de Recherche pour le Développement), pour présenter et soumettre à la discussion les résultats obtenus par les projets sanitaires conduits dans les divers pays d'Afrique de l'Ouest, quel qu'en soit le financement. De ces forums réunissant chercheurs, chefs de projets ou membres de leurs équipes de directions, représentants des grandes organisations non gouvernementales, représentants des ministères de la santé et des administrations régionales et locales de la santé, agences de coopération, bailleurs de fonds, etc., sont sortis les ouvrages ci-dessous :

J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : "*Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales*", Paris, Karthala-ORSTOM, 1993, 342 p.

J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : "*Innover dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest*", Paris, Karthala, 1997, 435 p.

PREFACE

En lançant en 1992 le Projet Santé Abidjan, la Coopération française affirmait une volonté d'apporter en Côte d'Ivoire des réponses adaptées aux questions de la santé des populations urbaines en Afrique subsaharienne à l'aube du 21^{ème} siècle. En partenariat avec les autorités politiques ivoiriennes, le Projet Santé Abidjan a ouvert des voies nouvelles dans des domaines aussi vitaux que la qualité des soins, la diversification de l'offre de soins, la lutte contre le VIH-Sida, etc. Une de ces voies nouvelles concerne la recherche appliquée en matière de Santé Publique.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que sous l'impulsion du Projet Santé Abidjan se soit tenu à Abidjan en février 1996 un colloque intitulé " Santé en Capitales ". Au cours de ce Colloque qui a réuni plus de 200 participants venus de 20 pays, de nombreuses communications ont été faites ; si des supports écrits ont été distribués au cours du Colloque, il restait à tenter de donner à un public plus large un "état de l'art" sur quelques questions majeures occupant une place centrale dans les préoccupations des différents acteurs africains et de leurs partenaires au développement ; c'est l'ambition de cet ouvrage.

Deux choix difficiles devaient être faits : d'une part choisir entre reproduire plus de 30 communications ou bien une sélection représentative ; d'autre part publier des textes de 1996 ou une version intégrant l'évolution constatée au plus près du lancement en fabrication. Dans les deux cas, la seconde solution a été préférée. Par ailleurs la question de la cohérence entre les communications devait être abordée. Nul mieux que le Professeur Joseph Brunet-Jailly ne pouvait affronter cette gageure, puis replacer en perspective les contributions d'acteurs de terrain.

Finalement, le présent ouvrage ne contient qu'une sélection des interventions concentrées autour d'une thématique, et actualisées chaque fois que cela a été possible en respectant le texte des auteurs. Un lecteur attentif ne sera donc pas surpris de discerner sur un même sujet des affirmations plurielles assises

sur des chiffres différents. Il n'échappera pas non plus à l'analyste que certains auteurs portent un regard critique sur des situations dont ils sont parfois par ailleurs les acteurs institutionnels ; il faut ici rendre hommage à leurs lucidité et courage.

Sur des questions aussi essentielles que l'accessibilité aux soins et la démocratisation des actions de santé publique, s'il est primordial que des opinions divergentes s'expriment, elles ne peuvent prétendre représenter le point de vue officiel de la Coopération française sans lequel cet ouvrage n'aurait pas vu le jour.

Les conclusions que nous propose le Professeur Brunet-Jailly sont bien dérangeantes, même si elles n'engagent bien sûr que lui ; elles constituent néanmoins un vibrant appel à renoncer à la fatalité et doivent être prises non comme des sentences morales, mais comme l'aiguillon invitant chacun à agir pour une meilleure santé en Afrique.

En fin de compte, et quels que soient les efforts considérables de tous ceux qui ont contribué à la parution de ce livre, les questions traitées restent ouvertes ; il ne s'agit donc pas d'un ouvrage apportant des réponses définitives, établissant de nouvelles normes, mais d'une somme de travaux invitant à poursuivre la réflexion et l'action.

Jean-Paul LOUIS
Conseiller Santé Multi-Missions
Mission de Coopération et
d'Action Culturelle à Abidjan

Didier GOBBERS
Coordonnateur du
Projet Santé Abidjan

Remerciements

Les auteurs et le responsable de la publication remercient très sincèrement les éminentes personnalités grâce auxquelles le colloque international "Santé en capitales", dont ce livre est issu, a pu se tenir à Abidjan, du 12 au 16 février 1996 :

- le Professeur Maurice Kakou Guikahué, ministre de la Santé de la République de Côte d'Ivoire ;
- Monsieur Jean Boulogne, chef de la Mission française d'aide et de coopération à Abidjan,
- Monsieur Jean-Marie Bruno, sous-directeur de la santé et du développement social au ministère français de la Coopération ;
- le docteur Tano-Bian, directeur régional de la santé de la province Sud, chef du Projet Santé Abidjan
- Madame Danielle Larger, coordonnateur du Projet Santé Abidjan, ainsi que les membres du comité scientifique du colloque

et ils dédient cet ouvrage à la mémoire du Docteur Thierry Berche.

Les auteurs et le responsable de la publication remercient aussi l'éditeur ivoirien qui a pris les risques d'une publication parfois austère et toujours clairement engagée dans le domaine de la santé publique.

Le responsable de la publication remercie amicalement le Docteur Tano-Bian, qui lui a confié cette tâche après la disparition soudaine et irréparable du Docteur Thierry Berche ; il remercie aussi très chaleureusement les Docteurs Thierry Barbé et Philippe Eono, assistants techniques auprès du Projet Santé Abidjan, ainsi que Monsieur Didier Gobbers, coordonnateur de ce projet, auprès de qui il a trouvé l'enthousiasme, les avis et les appuis qui étaient nécessaires pour mener à bien l'achèvement de la tâche conçue et entreprise par le Docteur Thierry Berche. Il remercie enfin, et tout spécialement, Amina Berche, de son concours inestimable.

L'organisation de ce colloque, comme la publication de ce livre, ont été soutenues financièrement par le Projet Santé Abidjan, projet de la coopération franco-ivoirienne, qui se place ainsi dans la continuité d'un effort persévérant

et méritoire de la Coopération française pour faire analyser et évaluer publiquement les résultats de ses interventions dans le domaine de la santé : colloque "Sciences sociales de la santé en Afrique de l'Ouest" organisé à Bamako en juillet 1991 suivi de la publication de l'ouvrage "*Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales*" (sous la direction de J. Brunet-Jailly, Karthala-ORSTOM, 1993), et colloque "Les innovations dans la pratique médicale et dans le financement de la santé en Afrique au Sud du Sahara" organisé à Bamako du 16 au 18 février 1995, suivi de la publication de l'ouvrage "*Innover dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest*" (sous la direction de J. Brunet-Jailly, Karthala, 1997).

Thierry Berche 1946-1996

La famille et les amis de Thierry Berche ne sont pas les seuls orphelins de lui : d'autres que nous ses proches le regretteront toujours. Son décès nous a laissés à jamais désemparés, bien qu'il nous reste quelque chose de lui. Il était si bon et si généreux !

Thierry Berche nous a tous marqués d'une façon ou d'une autre. Certes, il n'avait pas que des amis : combattant sans relâche l'injustice et la malhonnêteté, il ne mâchait pas ses mots pour le faire comprendre. Mais tous ceux qui l'ont connu sont d'accord sur certaines caractéristiques de sa personnalité et ont le courage de les souligner. Thierry Berche, le perturbateur ! le provocateur ! Il était heureux de bousculer les conventions, et, quant à lui, habile à dévier les attaques. Mais ce comportement n'était pas gratuit ! Lui-même disait : "Je suis un catalyseur, je veux pousser les gens à sortir l'essentiel, à aller jusqu'au bout !". Il arrivait que ses interlocuteurs se retrouvent en face de lui dans une sorte de jeu de rôle qu'il pouvait savamment instaurer et attiser !

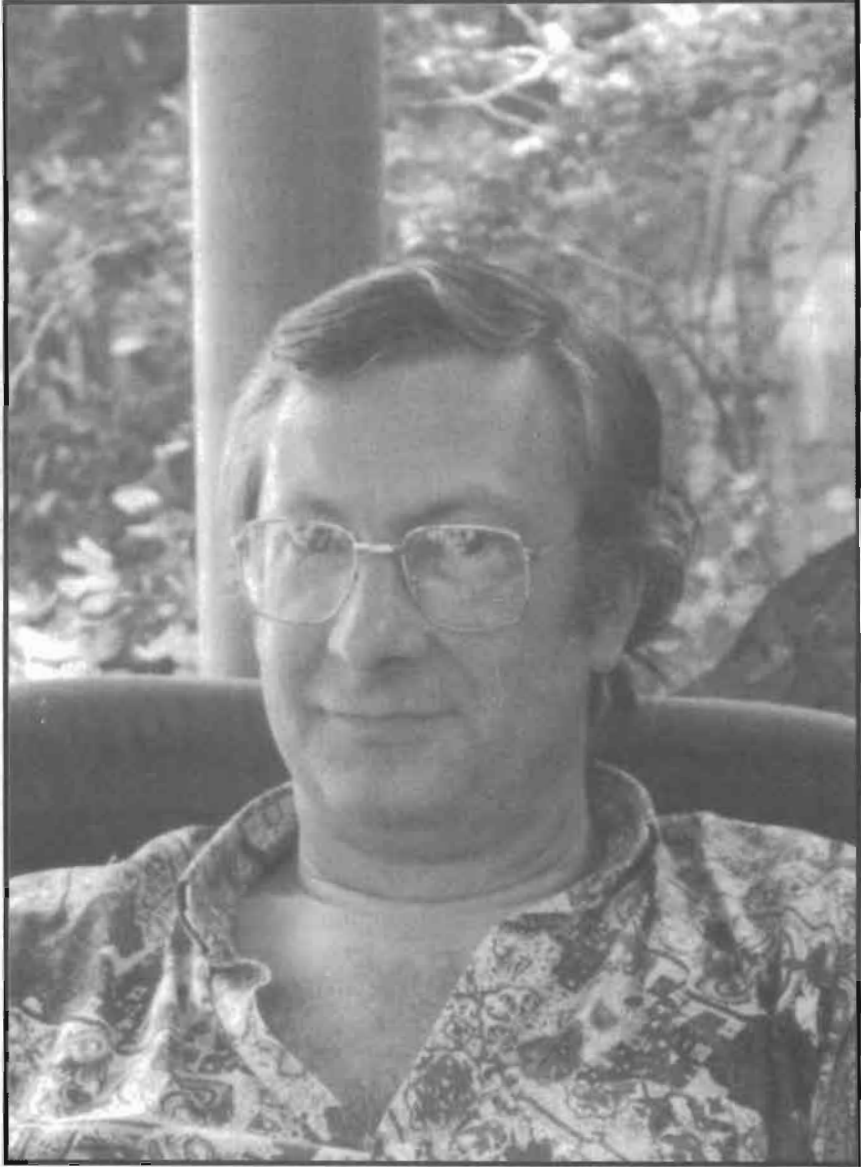
Thierry Berche avait des connaissances claires dans de nombreux domaines. Il était très cultivé, et passait tout son temps libre à lire. Il était l'esprit toujours en alerte, sans cesse occupé par plusieurs projets, les uns en cours, les autres en gestation. Beaucoup de personnes ressentaient devant lui l'impression d'être un peu en retard par rapport aux idées qu'il exprimait si simplement. Cela déroutait parfois ses interlocuteurs, certains l'ont trouvé bien arrogant, d'autres lui en ont voulu de leur être supérieur. Et pourtant, c'était un homme qui aimait la vie, qui savait vivre avec les autres, où qu'il se trouve.

"A quoi sert un anthropologue s'il ne restitue pas aux puissants les difficultés et les rêves des 'gens d'en-bas' ?" disait-il parfois. Il oeuvrait donc pour que les plus défavorisés aient accès à un minimum de dignité, et il s'engageait sans compter dans tout ce qui lui semblait pouvoir y contribuer.

Vis-à-vis de tout le reste, et face aux critiques ou aux attaques, qui oublierait ce sourire si particulier que nous lui connaissions tous ? C'est que "l'idée de carrière m'a toujours paru ridicule ; sortir sa carte de visite me paraît un geste grotesque : j'épelle mon nom sans complexe".

Il est rare de pouvoir dire de quelqu'un : "j'ai eu la chance de le rencontrer". Je l'affirme : Thierry a enrichi ma vie.

Amina Berche



Le Docteur Thierry Berche

Présentation

par J. BRUNET-JAILLY

Cet ouvrage n'est pas le premier à se préoccuper de la santé dans les villes, mais il aborde ce thème d'une façon particulière. Par exemple, il ne commence pas par un sombre tableau de la croissance urbaine et des dangers qu'elle présente pour la santé. Mais, sur les problèmes que rencontrent les systèmes de santé urbains, il approfondit l'analyse et suggère des actions précises.

*

* *

En 1994, l'Organisation Mondiale de la Santé a consacré ses discussions techniques à la "crise de la santé en milieu urbain" [1]. Elle insiste d'abord sur le fait que "entre 1990 et 2020 l'effectif total de la population mondiale passera de 5,2 à 7,8 milliards de personnes, soit une augmentation d'environ 50 %. Pendant cette même période, la population urbaine va doubler [...] on s'attend à ce que la population de certaines villes des pays en voie de développement atteigne des proportions gigantesques d'ici la fin du siècle. On peut citer notamment Mexico (32 millions), Sao Paulo (26 millions), Bombay, Calcutta, Djakarta et Rio de Janeiro (plus de 16 millions chacune), Le Caire, Manille, Séoul (12 millions)". ([1] p. IX)

Il est certainement judicieux de ramener le phénomène à ses dimensions véritables, notamment en ce qui concerne l'Afrique au Sud du Sahara qui nous concerne plus directement :

- pour parvenir à certains taux d'urbanisation, on emploie fréquemment des données dans lesquelles sont classées comme villes des agglomérations dans lesquelles l'administration centrale est représentée, mais dont la taille ne dépasse pas 5000 habitants ; partout ailleurs, il s'agirait de villages, et la vie qu'on y mène est incontestablement celle d'un village ; il n'y a donc pas grand sens à parler d'urbanisation en se contentant d'un critère aussi fruste surtout s'il est fixé à un niveau aussi bas ;

- en outre, selon les perspectives démographiques les plus récentes concernant l'Afrique de l'Ouest à l'échelle d'une génération (d'ici à 2020), on ne peut

attendre, sur l'ensemble de la côte de l'Afrique de l'Ouest, qu'une seule ville (Lagos) de plus de dix millions d'habitants, une autre de plus de 6 millions mais de moins de 10 (Abidjan), les autres (Dakar, Bamako, Accra, Cotonou, Lomé, Douala et Yaoundé) restant comprises en 2 et 5 millions [2] ; évidemment la croissance de ces villes les conduira à abriter une part croissante de la population, mais ces villes n'auront rien de comparable à celles qui servent d'épouvantails.

La même tendance à l'exagération, dans la littérature qui émane des milieux internationaux, caractérise les dangers de l'urbanisation. A quoi sert-il de consacrer un chapitre entier à énumérer tous les maux qui sont associés à la ville, si c'est pour reconnaître dans le chapitre suivant que "les statistiques montrent que dans les pays en développement les habitants des villes bénéficient de plus hauts revenus, reçoivent une meilleure éducation, et ont plus facilement accès aux services sociaux et médicaux que les habitants des campagnes. Leur état de santé est également meilleur (...) Cependant, les moyennes cachent souvent des taux de morbidité et de mortalité extrêmement élevés chez les pauvres des villes, en particulier les habitants des bidonvilles et les sans-abri, qui n'apparaissent pas forcément dans les statistiques" ([1] p. 29)

Ce diagnostic vague, dès qu'on ne se satisfait pas de généralités sur les maux qu'engendre la ville, permet de proposer des solutions qui dépassent de loin la santé. Mais cette démarche court un grand risque : celui de passer à côté, consciemment ou non, volontairement ou non, des vrais problèmes du secteur de la santé. Ainsi, on revient à plusieurs reprises sur l'idée qu'il faut aider à la création d'emplois pour les plus pauvres, qu'il faut leur distribuer des vivres ou les aider à créer des magasins spéciaux pour nécessiteux, et qu'il faut les aider à construire des logements décentes et à améliorer l'assainissement des quartiers ([1] p. 60, p. 69) : mais en quoi est-ce là le rôle de l'Organisation Mondiale de la Santé, ou des Ministères de la santé ?

Le Président des discussions techniques a, quant à lui, cité six "impératifs" pour améliorer la santé dans les villes : "décentraliser, en mettant l'accent sur les initiatives municipales; mobiliser toutes les organisations et quiconque peu apporter son concours dans les réseaux d'entraide des villes ; investir dans l'approvisionnement en eau de boisson saine et dans l'évacuation des eaux usées ; aider les pauvres à accroître leurs revenus et améliorer leur logement ; proposer aux familles toute une gamme de services de santé permanents, à domicile ou à proximité, en mettant l'accent sur la planification familiale ; et enfin demander aux pauvres, en toute simplicité, de déterminer leurs propres besoins" ([1] idem p. XI)

De ce point de vue, l'ouvrage que nous présentons apporte une contribution à 5 des 6 thèmes (n'est pas traité l'approvisionnement en eau saine).

Certes, les discussions techniques ont longuement évoqué l'organisation des systèmes de santé urbains. Elles l'ont fait en mettant en évidence l'intérêt qu'il y aurait :

- à comparer les indicateurs de santé entre quartiers, pour que le public puisse prendre conscience des vrais problèmes, et en même temps parce que c'est en obtenant "localement des informations concrètes" qu'on pourra "cibler les interventions sur les groupes qui en ont le plus besoin" ([1] p. XII);

- à mettre en place dans les villes des "centres sanitaires d'accueil regroupant des services de promotion de la santé, de médecine préventive, de soins de santé primaires et de santé maternelle et infantile, ainsi que des services ambulatoires, y compris en chirurgie" ([1] p. XI) pour désengorger les hôpitaux ;

- à décentraliser la gestion du gouvernement central vers les villes et, dans les villes, vers les unités de voisinage, ce qui nécessite une nouvelle forme d'autorité politique et professionnelle" ([1] p. XI) ;

- à développer les compétences municipales, ce qui obligerait "de nombreux agents de santé à se départir de leur attitude actuelle consistant à considérer la patient comme un consommateur de soins passif" ([1] p. XII) et ce qui aurait de fortes incidences sur les institutions de formation et sur l'orientation de la formation : l'alinéa est confus, c'est le moins qu'on puisse dire !

A ce niveau de généralité, il n'y a probablement pas grand chose à redire, et les bonnes intentions sont très apparentes. Mais, en contrepartie, ces généralités ne contiennent aucune proposition précise !

On trouve de la même façon, plus loin, une association inacceptable de naïvetés et de vérités, par exemple à propos de l'accessibilité des services. "Un programme complet de soins de santé primaires pour les zones urbaines déshéritées devrait comprendre : la création d'emplois par une collaboration avec d'autres secteurs ; une distribution de vivres rendue plus efficace par le financement de magasins pour nécessiteux et de jardins collectifs ; enfin le soutien d'initiatives personnelles en matière de construction et d'assainissement" ([1] p. 60) "Pour qu'une ville commence à s'attaquer à ces problèmes, il faut que soit passé un contrat social dans lequel les nantis s'engagent à permettre aux pauvres d'accéder aux services essentiels" ([1] p. 61) "Malheureusement, dans certains pays, la participation et l'organisation communautaires sont

encore politiquement inacceptables, sous quelque forme que ce soit. Il faut que les politiciens, les fonctionnaires locaux et les membres des professions libérales acceptent le rôle que doit jouer le secteur bénévole, et l'appuient" ([1] p. 61)

A propos de la qualité, on passe du constat selon lequel "les techniques de contrôle de la qualité des services, comme l'audit par les pairs, ne sont pas encore largement acceptées" à la solution miracle ("un engagement politique s'impose d'urgence"), sans avoir besoin d'analyser les causes profondes du refus, et en faisant semblant de croire que l'engagement politique résoudra tous les problèmes, et que "la formation de tous les professionnels de la santé et du secteur social" suivra ([1] p. 62)

Concernant le rôle des hôpitaux, l'argumentation est sans surprise : on part du fait que "des hôpitaux prévus pour des cas aigus, qui doivent faire l'objet d'un traitement de pointe, servent souvent de premier point d'accueil" ([1] p. 66), pour terminer par une banalité formulée dans ce style dépourvu de toute conviction qui est propre aux diplomates et aux traducteurs : "La meilleure voie semble bien être celle de la réorientation des systèmes de santé urbains vers la promotion de la santé, les soins de santé primaires et la médecine communautaire, conformément à la stratégie des soins de santé pour tous" ([1] p. 67) notamment par la "participation de médecins hospitaliers aux activités des centres de soins primaires", ce qui "confère à ces derniers un crédit accru" ([1] p. 67). Banalité d'autant plus inconsistante que, bien entendu "la gamme de services disponibles dans ces centres, connus sous le nom de centres de santé de référence, est très vaste et dépend des traditions locales, des habitudes administratives et du niveau de financement" ([1] p. 67) : on y mettra donc ce qu'on veut !

A propos des facultés de médecine : "L'enseignement et la formation médicales doivent évoluer pour que les médecins soient mieux préparés à travailler en partenariat avec d'autres professionnels ainsi qu'avec des groupes communautaires, et pour que l'intégration horizontale des services sociaux et médicaux et l'intégration verticale des soins primaires, secondaires et tertiaires devienne une réalité" (p. 67-68). Rien n'était cette nécessité ! "Les universités, les facultés de médecine et les autres établissements d'enseignement supérieur ont la possibilité de faire la preuve de leur utilité dans ce domaine en participant avec les communautés locales au lancement de systèmes de santé urbains efficaces" (p. 68). Mais faut-il donc croire que leur utilité est mise en doute ? Dans quel pays ? Certainement pas dans cette région du monde qui nous concerne !

Et que faut-il entendre par : "L'importance des motivations matérielles par rapport aux motivations professionnelles joue un grand rôle dans l'orientation et l'enthousiasme des agents de santé. Il est probable qu'une philosophie générale de libre concurrence soit de nature à ébranler cet enthousiasme." ? (p. 70)

*

* *

En organisant le colloque "Santé en capitales"¹, le Projet Santé Abidjan et le Ministère de la Coopération se donnaient pour objectif principal d'ouvrir un débat sur le développement sanitaire dans les grandes villes africaines. Ce colloque devait être l'occasion de valoriser les études et recherches réalisées sur les problèmes urbains du développement sanitaire dans les projets soutenus par les coopérations bilatérales ou multilatérales, mais aussi dans les projets émanant d'initiatives locales (associations, coopératives, mutuelles de santé, etc.). Par là, il devait jeter les bases d'un réseau inter-africain et euro-africain de compétences sur les problèmes de santé urbaine. Voilà donc un ancrage essentiel dans le "terrain" !

*

* *

Deux thèmes majeurs avaient été placés au centre des discussions : celui de l'accessibilité aux soins et des priorités des acteurs sociaux, celui de la démocratisation et de la décentralisation des actions de santé publique. Par ces thèmes, ce colloque devait être l'occasion d'engager une réflexion sur les nouvelles stratégies d'intervention à préconiser pour réduire les inégalités urbaines devant la santé. Ces thèmes avaient été définis par un comité scientifique ainsi composé :

Professeur Auguste Kadio, Doyen de la Faculté de médecine d'Abidjan,
Président

Docteur Hubert Balique, spécialiste de santé publique (ORSTOM, Bamako),
Professeur Joseph Brunet-Jailly, économiste (ORSTOM, Bamako),

Professeur Sery Dédy, sociologue (Institut d'ethnosociologie d'Abidjan),

Professeur Leopold Manlan Kassi, spécialiste de santé publique (Faculté de médecine d'Abidjan),

Professeur Alphonse Yapi Diahou, géographe (Faculté des lettres, Abidjan),
membres,

le Docteur Thierry Berche étant le secrétaire.

¹ Voir en annexe p. 377 et suite le programme du colloque et quelques autres informations le concernant

A vrai dire, ces thèmes étaient imposés par le contexte. Depuis quinze ans, les politiques urbaines de santé ont évolué bon gré mal gré. Il a bien fallu, d'une façon ou d'une autre, répondre à la croissance démographique et à l'extension spatiale des villes. Toutes les institutions sanitaires ont dû s'adapter : du gros centre hospitalier de la capitale, malade de son splendide isolement, au réseau actuel de dispensaires, infirmeries, centres de santé, centres de protection maternelle et infantile, maternités, cabinets médicaux divers et variés, publics ou privés, en passant par la pratique privée clandestine des agents publics dans leurs quartiers ou dans leurs services et par toutes les formes d'exercice se réclamant de la tradition, celle des ancêtres aussi bien que celle qu'on n'hésite plus à aller chercher jusqu'en Chine..., ou de la religion, qu'on peut elle aussi hériter de ses pères ou emprunter à des influences extrêmement lointaines... Des problèmes connus ont aussi pris des dimensions nouvelles, comme celui de l'accès à l'eau et celui de sa gestion, comme celui de l'assainissement des quartiers, notamment s'ils sont "spontanés" ou "d'habitat précaire" comme on dit à Abidjan.

Et, sur ce fond, ce que certains appellent "la crise" est venu précipiter les remises en question : l'Etat-Providence est devenu en quelques années, sous la pression de l'extérieur, et non sans réticence, le promoteur du "recouvrement des coûts", de l'approvisionnement en médicaments génériques, voire des "centres de santé communautaires". La dévaluation du franc CFA par rapport au franc français est venue confirmer la gravité d'une situation qui, pour un nombre grandissant de familles, confinait déjà depuis des années à la détresse. Il n'est pas jusqu'aux modes d'alimentation des citoyens qui n'aient été notablement affectés. Les enjeux économiques et financiers sont donc devenus déterminants dans le secteur sanitaire autrefois voué à la gratuité ou à des honoraires librement fixés entre gens dégagés des soucis du quotidien. Le discours politique s'est même emparé de la "participation des populations à leur santé" ou de la "gestion communautaire".

Le thème "accessibilité des soins et priorités des acteurs sociaux" devait permettre de dresser un état des lieux, selon différents angles de vue. Les prestations sanitaires, curatives et préventives, sont-elles accessibles ? Les priorités que se donnent les services de santé, et qui se traduisent par leurs décisions en matière d'expansion de l'offre, sont-elles compatibles avec celles que révèlent les pratiques des acteurs sociaux ? Les "besoins" sont différents selon ceux qui les expriment et ceux qui les identifient, ces "besoins" sont inégalement pris en charge par les "offres" qui se manifestent, s'organisent, prolifèrent. De nombreux sujets pouvaient donc être abordés dans cette large perspective :

1) les spécificités épidémiologiques éventuelles des grandes villes : par

exemple l'influence des facteurs liés à l'espace urbain sur les morbidités et mortalités maternelles et infantiles ; ou l'adéquation entre les prestations offertes par les services de santé publics et privés, ces données épidémiologiques et les priorités définies par les professionnels de santé ; l'impact des services offerts ;

2) les itinéraires thérapeutiques et obstétricaux parmi la diversité des offres de soins, modernes publiques et privées, traditionnelles, syncrétistes, etc. ; la demande de soins, ses logiques et ses déterminations ; et par exemple l'influence des représentations et connaissances de l'offre de soins sur le mode et la fréquence des recours ;

3) la qualité des prestations fournies, l'écart entre la qualité offerte par les professionnels et la qualité attendue par les utilisateurs, la relation entre le niveau effectif de qualité et la mobilisation des ressources nécessaires pour l'atteindre (tant en ce qui concerne l'Etat et le secteur public qu'en ce qui concerne les ménages)

4) l'équité dans la répartition entre bénéficiaires des ressources mobilisées pour la santé ;

5) le rôle des institutions d'assurance maladie ou des mutuelles, ainsi que les stratégies des acteurs sociaux dans ce domaine.

En abordant la question de l'accès aux soins de ces divers points de vue, on devait la situer dans un champ de réflexion et de confrontation beaucoup plus large que celui qui inspire d'ordinaire les programmes de santé publique, et on devait donc parvenir à comprendre les causes profondes de certains de leurs échecs, et notamment celles qui tiennent aux logiques des comportements d'autres acteurs sociaux que les professionnels de santé eux-mêmes.

Le thème "démocratisation et décentralisation de la santé publique" est évidemment très lié au précédent, tel qu'il a été défini, mais il devait permettre d'aborder les différentes expériences dites communautaires en termes de partage et d'échange de pouvoirs, et de plus grande proximité avec les groupes sociaux démunis et sans voix. Une large place devait être donnée à la restitution des expériences, qui seraient analysées de plusieurs points de vue :

1) la relation entre le lancement de l'expérience et le contexte social et politique qui l'a permis ou toléré ;

2) les modalités d'organisation des différents types de centres de santé dits communautaires, ou associatifs ou coopératifs ou mutualistes : initiateurs, historique et évolution de la construction institutionnelle, groupes d'acteurs impliqués, visés, et oubliés, procédures de décision retenues, mode de financement et principes de gestion financière, etc. ;

3) l'état actuel des réalisations : prestations offertes, volume d'activité, résultats sanitaires et financiers, qualité des prestations, modes de paiement (à l'acte, par abonnement ; par tiers payant, par pré-paiement, etc.), processus de socialisation du risque (assurance, mutuelle...), caractéristiques de la clientèle, concurrence avec les autres types d'offres, relations avec les initiateurs et/ou les acteurs "communautaires", relations institutionnelles avec l'administration sanitaire publique ;

4) conditions concrètes de ces réalisations, tant en amont qu'en aval : construction ou location du bâtiment, approvisionnement en médicaments, recrutement du personnel, etc.

Il était en outre explicitement précisé que les centres de santé "communautaires", associatifs, coopératifs ou mutualistes n'étaient pas les seules réalisations qui pourraient être présentées : l'appel à communication s'adressait tout autant à d'autres initiatives, concernant par exemple des programmes spécifiques de prise en charge destinés à des groupes sociaux ou à des personnes dites "à risque".

Enfin, il était prévu que, sur la base des matériaux accumulés à l'occasion de l'examen des deux premiers thèmes, un effort collectif de réflexion serait organisé pendant la suite du colloque pour identifier des sujets de recherche ou des modalités d'intervention ou des actions susceptibles de contribuer à la réduction des disparités intra-urbaines dans le recours aux soins. Les questions posées à titre d'exemple étaient les suivantes : quel rôle pour la recherche appliquée dans les projets urbains ? quels axes de recherche ? quel partenariat entre les chercheurs, les acteurs "communautaires", les coopérations bilatérales ou multilatérales ? quelle formalisation rechercher des relations institutionnelles et juridiques entre le secteur public et le secteur privé ? quel travail préalable à toute action de santé publique envisager entre acteurs "communautaires" et opérateurs professionnels de la santé ? quels terrains privilégier pour les actions de santé publique dans les grandes villes africaines ?

*

* *

Il s'est bien vite avéré que la réflexion du Docteur Berche, qui avait conçu et organisé ce colloque, était très en avance sur celle des milieux spécialisés. Ainsi, alors même que quelques professionnels de santé, généralement formés dans les pays anglophones, commencent à se préoccuper d'étudier scientifiquement les phénomènes relevant de l'épidémiologie, et par exemple la question de l'accessibilité des soins, personne dans les milieux médicaux n'admet vraiment que l'on recoure aux spécialistes des sciences sociales pour aborder par exemple la question des priorités des acteurs sociaux : c'est que la politique sanitaire résulte encore d'un arbitrage opaque et approximatif entre les positions des groupes de pression constitués par les professionnels de la santé, d'une part, et les opportunités de financement que certains bailleurs de fonds offrent généreusement à des réalisations susceptibles d'une forte valorisation médiatique, arbitrage réalisé par des politiciens toujours soucieux de laisser croire au bon peuple que le gouvernement fait tout ce qu'il est possible pour que chacun soit heureux, et d'abord bien portant ! A plus forte raison, un thème tel que celui de la démocratisation des actions de santé publique s'est avéré *terra incognita* pour les participants au colloque.

Pourtant, il suffit d'observer ce qui se passe dans les grandes villes africaines pour qu'apparaissent effectivement ces dimensions de la politique de santé urbaine. On le verra clairement dans les pages qui suivent, qui cependant ne sont pas organisées comme le programme du colloque l'aurait laissé attendre. En effet, lorsqu'il s'est agi de préparer une publication, une nouvelle sélection extrêmement rigoureuse a été opérée parmi les textes des communications présentées au colloque, et ce nouveau tri, où l'on n'a finalement retenu qu'à peu près un texte sur trois, a révélé que l'essentiel des enseignements solidement établis du colloque tournait autour de trois propositions :

- on devrait pouvoir obtenir dans les grandes villes africaines des résultats bien meilleurs que ceux qu'on y observe, par exemple dans des domaines aussi importants que la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, ou encore les vaccinations, **si seulement on faisait bien ce qu'on sait faire !**

- on devrait se préoccuper de décrire la façon des les populations urbaines utilisent l'offre de services sanitaires qui est mise à leur disposition : on verrait alors apparaître les obstacles à l'accès aux soins, les obstacles à l'observance des traitements prescrits, bref les causes essentielles de l'inefficacité des services sanitaires urbains, alors même qu'ils accaparent une proportion anormalement élevée des ressources et compétences sanitaires nationales, et les gaspillent en privilégiant les intérêts corporatifs des professionnels de la santé au détriment de l'intérêt des malades : **si seulement on se préoccupait de l'accessibilité des prestations...**

- enfin, l'effervescence qui caractérise les systèmes de santé urbains ne doit pas être ignorée, comme font généralement les pouvoirs publics dont le regard ne voit que le système de santé public et le financement public de la santé, alors que, derrière cette façade figée, de style grossièrement métropolitain, qui fait la fierté d'un étroit *establishment* médical, prolifèrent des acteurs et des interventions multiples, les unes prometteuses et les autres scandaleuses et malhonnêtes, qui répondent à l'anxiété des malades face à leur maladie et à la disparition de la confiance qu'ils ont mise, un temps, dans la médecine moderne et dans ses professionnels, désormais jugés trop menteurs et trop avides ; c'est en grande partie derrière la façade des services de santé modernes qu'il faut regarder pour voir sur quelles bases il serait possible, après tant de décennies d'une santé publique vouée à la préservation des intérêts privés des professionnels de santé, de reconstruire des systèmes de santé urbains qui assurent les tâches de soins et de santé publique que la population est en droit d'attendre d'eux : **si seulement on cherchait à miser sur les innovations qui se produisent sous nos yeux...**

1. Crise de la santé en milieu urbain : les stratégies de la santé pour tous face à une urbanisation galopante. Rapport des discussions techniques de la Quarante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1994, 96 p.

2. Pour préparer l'avenir de l'Afrique de l'Ouest, une vision à l'horizon 2020. synthèse de l'étude des perspectives à long terme en Afrique de l'Ouest, OCCDE/BAD/CILSS, décembre 1994, 67 p.

Ont contribué à la rédaction de cet ouvrage :

Affoya, P., Projet Soins de Santé Urbains à Bè, Lomé, Coopération technique allemande

Akoi Ahizi, F., Consultant Direction Régionale Sud, Abidjan

Anet, K., Consultant Direction Régionale Sud, Abidjan

Aventin, L. doctorant ANRS, Montpellier

Barandao, B.T., Hôpital Secondaire de Bè, Lomé

Barbé, T., médecin de santé publique, Projet Santé Abidjan, Direction Régionale Sud, Abidjan, 1992-1997

Barenes, H., pédiatre, médecin de santé publique, Mission de coopération, Direction de la Santé Maternelle et Infantile, Ministère de la Santé du Niger.

Berche, T. (†), médecin de santé publique et anthropologue, Projet Santé Abidjan, Direction Régionale Sud, Abidjan, 1992-1995

Bohoussou, K.M., Chef du département mère-enfant de l'UFR de médecine d'Abidjan, Médecin Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Cocody, Président de l'AMSR-CI.

Brunet-Jailly, J., économiste, directeur de recherches à l'I.R.D. (ex-ORSTOM), Abidjan

Chillio, L., doctorant en socio-anthropologie, EHESS, Marseille

Coulibaly, D., Programme National de Lutte contre le SIDA, les MST et la Tuberculose, Abidjan

Coulibaly, I. M., Directeur du Programme National de Lutte contre le SIDA, les MST et la Tuberculose, Abidjan

De Groof, D., Coopération belge, Hôpital de district Gaweye, Niamey

Eono, P., médecin de santé publique, Coopération française, Projet Santé Abidjan, Direction Régionale Sud

- Escalon, E.**, doctorant en économie, CERDI, Clermont-Ferrand
- Esmel, D.** (†), étudiant, premier président de l'association Lumière-Action, Abidjan
- Ette, J.**, économiste, Faculté de sciences économiques et de gestion, Abidjan
- Guichaoua, Y.**, doctorant en économie, ORSTOM, Abidjan, 1997-1998
- Juillet, A.**, économiste de la santé, Paris
- Kamelan-Tano, Y.**, consultante temporaire auprès du Projet Santé Abidjan
- Kérouedan, D.**, médecin, conseiller technique au PNLs, Abidjan, 1992-1997
- Laouel Kader, A.**, Maternité Gazoby, Niamey
- Nayama, M.**, Maternité Gazoby, Niamey
- Ortiz C.**, économiste de la santé, Coopération française, Projet Santé Abidjan, Direction Régionale Sud
- Ortiz, P.** (†), épidémiologiste, Coopération française, Projet Santé Abidjan, Direction Régionale Sud, Abidjan, 1992-1996
- Ouattara, S.**, Institut National d'Hygiène Publique, Abidjan
- Peyre, M.**, Programme National de Lutte contre le SIDA, les MST et la Tuberculose, Abidjan
- Portal, J.L.**, pédiatre, assistant technique de la Coopération Française, Projet Santé Abidjan, Direction Régionale Sud, Abidjan
- Pritze, S.**, Projet Soins de Santé Urbains à Bè, Coopération technique allemande, Lomé
- Shaw, E.**, Direction de la Santé Communautaire, Abidjan
- Sy, F.**, pharmacienne, ENDA, Dakar
- Tagliante-Saracino, J.**, Institut National d'Hygiène Publique, Abidjan
- Tahi, F.M.**, Faculté des sciences de la santé, Niamey, Niger

Tano-Bian, A., Directeur Régional de la Santé et des Affaires Sociales du Sud, Abidjan

Toure-Coulibaly, K., Médecin Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Treichville, Membre de l'AMSR-CI,

Vangeenderhuysen, C., Coopération française, Maternité Gazoby, Niamey

Welfens-Ekra, C. : Médecin Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Yopougon, Vice-Présidente de l'Association pour la maternité sans risque de Côte d'Ivoire (AMSR-CI),

Sommaire

Présentation

I. Si l'on faisait bien ce que l'on sait faire ... p. 27

Chapitre 1 : La mortalité maternelle à Niamey (Ch. Vangeenderhuysen, A. Laouel Kader, M.Nayama, D. De Groof) p. 29

Chapitre 2 : La mortalité néonatale évitable et stratégies adaptées à Niamey (H. Barennes, F.M.Tahi) p. 47

Chapitre 3 : L'évacuation des parturientes à Abidjan (F.Akoi Ahizi, J.L.Portal, K.Anet, P. Ortiz (†), A. Tano-Bian) p. 65

Chapitre 4 : La qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur sanitaire public d'Abidjan (J.L.Portal, C. Welffens-Ekra, K. Toure-Coulibaly, K. Bohoussou) p. 81

II. Si l'on se préoccupait de l'accessibilité des prestations... p. 103

Chapitre 5 : Les activités vaccinales de routine dans les établissements sanitaires publics et communautaires d'Abidjan (S. Ouattara, J.L. Portal, P. Ortiz (†), E. Shaw, A. Tano-Bian, J. Tagliante-Saracino) p. 105

Chapitre 6 : L'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Abidjan (P. Ortiz (†), J.L.Portal, Y. Kamelan-Tano, A. Tano-Bian) p. 121

Chapitre 7 : L'organisation de la lutte antituberculeuse dans la ville d'Abidjan et son évolution récente (1994-1996) (D. Coulibaly, J.L. Portal, M. Peyre, A. Tano-Bian, I.M. Coulibaly) p. 141

Chapitre 8 : L'accès aux soins à Bamako (A. Juillet) p. 153

Chapitre 9 : L'accès aux soins à Lomé (P. Affoya, S. Pritze, B.T. Barandao) p. 171

Chapitre 10 : La consommation de médicaments à Dakar (F. Sy) p. 183

Chapitre 11 : Les "pharmacies par terre" à Niamey (L. Chillio) p. 201

III. Si l'on cherchait à miser sur les innovations qui se produisent sous nos yeux... p. 219

Chapitre 12 : Qu'attendre des dispositifs de prise en charge médicale des salariés dans les entreprises ? L'exemple d'Abidjan (L. Aventin et Y. Guichaoua) p. 223

Chapitre 13 : Qu'attendre d'une gestion privée à but non lucratif ? L'exemple des FSU-Com d'Abidjan (E. Escalon, T. Barbé, C. Ortiz, P. Eono) p. 241

Chapitre 14 : Pourquoi et comment l'Etat devient-il entrepreneur social ? (T. Barbé) p. 261

Chapitre 15 : Qu'attendre du savoir des malades sur leur maladie ? (Jean Ette) p. 277

Chapitre 16 : Que peut-on attendre des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA ? Le cas de l'association Lumière Action en Côte d'Ivoire (1994-1997) (Dominique Kerouedan) p. 301

Chapitre 17 : Priorités des personnes vivant avec le VIH et changement social (Dominique Esmel (†), Thierry Berche (†)) p. 313

Chapitre 18 : Qu'attendre des guérisseurs ? Conflits de légitimités et stratégies dans le domaine du SIDA en Abidjan (Thierry Berche (†) p. 327

Conclusion : Qu'attendre de la dynamique des systèmes de santé urbains en Afrique de l'Ouest ? (J. Brunet-Jailly) p. 347

SI L'ON FAISAIT BIEN CE QUE L'ON SAIT FAIRE ...

La surveillance de la grossesse et de l'accouchement est l'un de ces ensembles d'activités que l'on sait parfaitement organiser et mener à bien. Le développement des services de santé, publics et privés, dans les grandes villes, et notamment dans les capitales, permet en principe de réaliser ces activités dans d'excellentes conditions. Le souci de donner une bonne image, par des services fréquemment visités par les étrangers, y contribue aussi. Mais qu'en est-il au juste ?

Nous disposons de quatre études parfaitement documentées, dont deux portent sur Niamey et deux sur Abidjan.

CHAPITRE 1

La mortalité maternelle à Niamey : pour une analyse globale

par C. VANGEENDERHUYSEN, A. LAOUEL KADER, M. NAYAMA et
D. DE GROOF

Sadia est une jeune célibataire de 21 ans, vivant dans un quartier un peu périphérique de la ville de Niamey. Elle est analphabète et ne travaille pas. C'est sa première grossesse.

D'après sa tante, "depuis le début de la grossesse, elle était malade. Mais ce n'était pas grave. Elle n'était pas couchée : c'est elle qui faisait le ménage. Depuis le sixième mois, elle avait les jambes qui gonflaient. Mais ce n'est pas une maladie ; toutes les femmes le font pendant la grossesse. Moi-même, j'avais la même chose... Souvent, elle saignait du nez, à peu près tous les 2 jours". Sadia a eu une consultation prénatale auprès d'une sage-femme, le 18 octobre, à 6 mois de grossesse. On note à ce moment une hauteur utérine à 24 cm, le poids est de 66 kg, les bruits du coeur foetal sont perçus. La pression artérielle est mesurée à 160/100 mm Hg, il existe des oedèmes importants des deux membres inférieurs. L'albuminurie est négative. Le col est court et fermé. Aucune mesure thérapeutique n'est prise et on dit à la patiente de revenir dans un mois et demi.

Le 30 novembre, elle a maigri de 3 kg, la tension est toujours élevée à 150/100, et cette fois l'albuminurie est positive à deux croix à la bandelette (0,45 - 1 g/l). On conseille le repos et une nouvelle visite la semaine suivante. Le 7 décembre, la pression artérielle est mesurée à 170/120 à droite et 150/100 à gauche. On prescrit 1/4 de comprimé d'aspirine par jour.

" Le 14 décembre, vers 2 heures du matin, elle a commencé à trembler, à avoir des convulsions et elle perd connaissance. Pourtant, elle avait fait le ménage la veille au soir. Alors, on est parti chercher une voiture, mais on n'en a pas trouvé parce que ce n'est pas la ville. On a attendu l'aube pour chercher une charrette et la transporter au bord de la route. Là, on a trouvé un taxi."

Sadia arrive à la maternité de quartier à 7 heures, en crise d'éclampsie et dans un mauvais état général. Elle présente une anémie sévère. La tension est à 220/100. On lui injecte du Diazépam et on décide de la transférer à la maternité de référence. Hélas, l'ambulance est sortie. Lorsque le véhicule revient, il n'y a plus d'essence. Les parents n'ayant pas d'argent pour payer un taxi, on attend l'arrivée de la directrice pour obtenir du carburant.

Sadia aboutit à la maternité de référence à 8 heures 40, soit près de 7 heures après la première crise. La tension est toujours à 220/100. On ordonne Diazépam et Nifédipine, car la pharmacie ne dispose ni de Sulfate de Magnésium ni de Clonidine à ce moment. La hauteur utérine est mesurée à 34 cm. Le col est en voie d'effacement, dilaté à un doigt, poche des eaux non formée. Les bruits du coeur foetal sont douteux. On demande alors une échographie, qui montre une grossesse monofoetale de 35,5 semaines, avec enfant vivant.

On décide alors une césarienne. Celle-ci n'est effectuée qu'à 11 heures, le bloc opératoire étant occupé par d'autres urgences. On découvre une grossesse gémellaire, avec un enfant vivant (1700 grammes, Apgar 2-10) et un enfant mort-né de 1 590 grammes. La patiente décède dans les suites immédiates de l'intervention.

La mortalité maternelle reste un des problèmes les plus aigus et les plus injustes dont souffrent les pays en développement. En Afrique de l'Ouest, une femme décède pour 100 enfants qui naissent et plus d'un quart des décès de femmes en âge de procréer peut être attribué à des causes en rapport direct ou indirect avec la grossesse et ses suites immédiates. Au-delà des chiffres, il semble nécessaire d'appréhender le problème de façon qualitative, de poser clairement l'ensemble des questions soulevées par cette douloureuse situation, et de tenter de comprendre les divers acteurs et les réalités dans lesquelles ils baignent.

Loin d'être spécifique, la situation rencontrée à Niamey (Niger) s'apparente au contexte qui prévaut dans de nombreux pays d'Afrique et du Tiers-monde, et la plupart des situations décrites ici se rencontrent ailleurs. Il nous paraît non seulement opportun, mais absolument nécessaire d'abandonner les discours stéréotypés, et de réfléchir avec lucidité sur les phénomènes qui sous-tendent cette réalité pour mieux cerner les insuffisances, et ainsi mieux définir les lignes de force permettant une action efficace.

Une carte sanitaire bien construite

La Communauté urbaine de Niamey compte une population d'environ 600.000 habitants, dont un peu plus de 20 % de femmes en âge de procréer. Chaque année y sont attendus plus de 25 000 accouchements. Le système de santé adopté par le Niger est pyramidal. En zone urbaine, le premier étage est constitué de dispensaires (actuellement dénommés centres de santé intégrés) sous la responsabilité d'un infirmier ; puis viennent les centres médicaux (aujourd'hui remplacés par les hôpitaux de district) ; enfin, on trouve les établissements de référence.

Dans le domaine de la santé maternelle, la couverture sanitaire de la Communauté urbaine de Niamey est judicieusement organisée. Dans 5 dispensaires et 11 centres de santé maternelle et infantile (CSMI), des sages-femmes et des infirmiers assurent les consultations prénatales. 86 % des patientes ont moins de 5 km à parcourir pour se rendre de leur domicile au centre de consultations prénatales le plus proche, et plus de 97 % habitent à moins de 15 km [1]. C'est ainsi que 93 % des femmes peuvent se rendre au CSMI en moins de 30 minutes.

Les maternités publiques, au nombre de 8, sont réparties dans les différents quartiers de la ville. Elles sont sous la responsabilité de médecins généralistes ou de sages-femmes. L'une d'entre elles, dont le médecin-chef est gynécologue, dispose d'un bloc opératoire utilisable aux heures ouvrables. Une seule maternité disposant d'infrastructures chirurgicales fonctionnelles en permanence doit jouer le rôle de centre de référence, de formation et de recherche. L'équipe médicale y est très étoffée avec cinq gynécologues, des assistants en pré-stage de spécialisation et de nombreux étudiants. Cette maternité accueille les urgences gynécologiques et obstétricales non seulement de la Communauté urbaine, mais également du Département voisin de Tillabéry, où résident plus d'un million et demi d'habitants. Il y a peu, cet établissement, tout comme l'Hôpital National de Niamey et l'Hôpital National de Lamorde, est devenu établissement public à caractère administratif (EPA), ce qui signifie qu'il assure sa gestion, l'État ne prenant plus désormais en charge que les salaires du personnel.

De nombreux établissements privés ont récemment vu le jour : 2 polycliniques privées, 3 cliniques d'accouchements, 6 cliniques généralistes, 8 dispensaires privés et 45 salles de soins. L'équipement de ces centres est très variable, et certains n'assurent ni les consultations prénatales ni les accouchements. On ne pratique de césariennes dans aucune de ces cliniques privées. En cas de nécessité, les malades sont transférées vers la maternité de référence.

Enfin, dans la Communauté urbaine de Niamey, on compte 109 sages-femmes et techniciennes supérieures en soins obstétricaux réparties dans les trois districts sanitaires correspondants aux trois communes de la ville.

Une fréquentation élevée

A Niamey, plus de 98 % des femmes enceintes se présentent au moins une fois à la consultation prénatale avant 32 semaines d'aménorrhée, soit 7 mois de grossesse environ [2]. La première consultation se déroule en moyenne au cours du quatrième mois (17 semaines d'aménorrhée). Pendant la grossesse, 18 % des femmes consultent pour une symptomatologie particulière (vomissements, douleurs et fièvre sont les motifs de consultation les plus fréquents).

Si les soins prénatals semblent bien suivis, il n'en est pas de même pour l'accouchement. Lorsqu'on interroge les femmes au cours de leur grossesse, 96 % d'entre elles déclarent vouloir accoucher dans une structure sanitaire. Cependant, 26 % des parturientes accouchent à domicile, le plus souvent sans aide spécialisée : la famille est alors seule présente dans 77 % des cas, et la matrone assiste la parturiente dans 21 % des naissances à la maison. Pourquoi ce revirement ? Les raisons invoquées le plus souvent sont des problèmes de transport, des difficultés financières et le mauvais accueil de la part du personnel des maternités.

Le transport d'une femme en travail représente une énorme difficulté, bien que nous soyons en zone urbaine et que 90 % des femmes résident à moins de 15 km d'une maternité. Très peu de patientes disposent d'un véhicule personnel, et l'appel aux services de secours - les pompiers par exemple - ne s'est pas généralisé. C'est donc le taxi qui constitue le premier moyen de transport, mais les prix sont doublés s'il s'agit d'emmener une femme en travail, et doublés encore si la course s'effectue la nuit...

Ensuite, le montant des honoraires et des prestations est très variable selon le type de structure. Un accouchement normal est payé, avec l'hospitalisation, 2.100 FCFA à la maternité de quartier, 2.500 FCFA à l'hôpital de district, de 19.000 à 30.000 FCFA selon la catégorie à la maternité de référence... Dans cet établissement public à caractère administratif, les responsables sont confrontés à la quadrature du cercle : il faut conserver le rôle de centre de référence et assurer la prise en charge des urgences obstétricales et gynécologiques, tout en maintenant des rentrées financières suffisantes pour équilibrer les comptes. La politique choisie est donc d'exiger des tarifs élevés pour l'obstétrique eutocique et la gynécologie réglée, ce qui permet d'accueillir les cas urgents,

y compris les patientes dénuées de toute ressource. Enfin, la parturiente se heurte parfois à un accueil déplorable du personnel, surtout si la grossesse est source de conflit, par exemple chez les célibataires. Dans le carnet de santé, un espace est prévu pour mentionner le nom du père. Certains soignants, dès qu'ils relèvent l'absence de nom, ne manquent pas de le faire remarquer, provoquant ainsi la honte chez la parturiente et dans son entourage. D'autres fois, le personnel se plaint que la patiente arrive trop tôt, trop tard, ou au mauvais moment, et la confie à des élèves inexpérimentées. Dans certaines maternités, c'est encore la famille qui doit assurer le ménage après l'accouchement. Tous ces faits et gestes sont racontés dans les quartiers, ce qui crée une fâcheuse réputation aux établissements sanitaires et ne favorise évidemment pas leur fréquentation.

Une mortalité maternelle considérable

L'Afrique de l'Ouest détient les taux les plus élevés de mortalité maternelle au monde avec 1.020 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes [3]. Le Niger n'échappe pas à la règle, même si les disparités sont énormes entre les zones rurales et urbaines.

A Niamey, les chiffres atteignent 450 à 600 décès pour 100.000 naissances vivantes, selon qu'on se base sur les statistiques hospitalières [4] ou sur les données indirectes provenant d'enquêtes auprès de la population [5].

Au cours de l'année 1996, nous avons recensé rétrospectivement 122 cas de décès maternels, déclarés dans les maternités et dans les autres établissements sanitaires publics ou privés de la Communauté urbaine. Ces statistiques hospitalières sont sous-estimées, puisqu'elles ne prennent pas en compte les décès survenus à domicile. L'âge médian des femmes est de 25 ans, et la parité antérieure moyenne de 3,6. 116 patientes sont décédées à la maternité de référence et 6 dans une maternité de quartier. Aucun décès maternel n'a été enregistré à l'Hôpital national. 59 patientes, soit 48 %, proviennent de la Communauté urbaine, tandis que 63 (52 %) résident en dehors de la ville. Sur les 80 dossiers documentés, 17 femmes (21 %) sont décédées au cours de la grossesse, 34 (42 %) pendant l'accouchement, et 29 (36 %) dans le post-partum.

Tableau 1 : Décès maternels : diagnostics et provenance des patientes (année 1996)

Diagnostic	Niamey	Périphérie	Total
Causes directes			
Infection	9	3	12
Hémorragie	8	8	16
Éclampsie	7	5	12
Rupture utérine	4	10	14
Accident d'anesthésie	0	3	3
Causes indirectes			
Neuropaludisme	9	8	17
Anémie	7	8	15
Hépatite	2	1	3
Insuffisance cardiaque	2	0	2
Drépanocytose	1	1	2
Pneumopathie	1	0	1
Arrêt cardiaque	1	0	1
Ictère	0	1	1
Insuffisance rénale	0	2	2
Œdème aigu du poumon	0	1	1
Inconnu	8	12	20
Total	59	63	122

On retrouve dans le tableau 1 les causes classiques de mortalité maternelle : infection, hémorragie, hypertension artérielle et rupture utérine sont responsables de plus de la moitié des décès. Il faut cependant y ajouter le paludisme grave et compliqué dont le diagnostic différentiel par rapport à la crise d'éclampsie n'est pas toujours aisé, ainsi que l'anémie. Dans les étiologies plus rares, certaines sont en relation probable avec l'hypertension artérielle : insuffisances cardiaque et rénale, oedème pulmonaire aigu. Les infections concernent essentiellement des complications d'avortements provoqués. Les 4 cas de rupture utérine survenus en zone urbaine sont, hélas, des suites d'utilisation incontrôlée d'ocytociques et des complications de travail sur utérus cicatriciel.

Mortalité maternelle : un problème multifactoriel

Le décès maternel, dans les pays du Sud comme dans ceux du Nord, est souvent la conséquence d'un enchaînement malheureux de multiples dysfonctionnements,

où chaque incident aurait pu sans doute être bénin, mais dont l'ensemble aboutit à des situations inextricables. D'où l'intérêt aujourd'hui de porter le regard au-delà des chiffres. Les études quantitatives concernant la mortalité maternelle sont nombreuses et pour la plupart fiables, mais leurs chiffres ne permettent pas d'apporter au problème des solutions satisfaisantes, du moins à court terme. L'analyse qualitative est de loin plus intéressante : en pratiquant "l'autopsie verbale", on retrace avec précision le parcours de la patiente décédée et on parvient à relever tous les dysfonctionnements, erreurs, négligences ayant entraîné l'issue fatale [6]. De telles études, si elles sont menées avec objectivité et rigueur, possèdent en outre un formidable pouvoir didactique, forcent à une autocritique souvent bien nécessaire et conduisent à des recommandations desquelles personne n'est exclu. Encore faut-il que les recommandations débouchent sur de véritables changements...

La grossesse et l'accouchement font intervenir trois acteurs : la patiente et sa famille, l'équipe soignante et le système de santé. Dans la survenue des décès maternels, dont la majorité semblent évitables [7], chacun de ces trois acteurs peut porter une part de responsabilité.

La patiente et son entourage

Les "quatre trop" - trop d'enfants, trop tôt, trop tard, trop rapprochés - se retrouvent au Niger, comme dans la plupart des pays du Tiers-monde. Les causes sociales de la grande multiparité ont été brillamment exposées ailleurs [8] : la maternité offre à la femme et à son mari une reconnaissance sociale, l'enfant est une force de travail et une sécurité pour l'avenir, le mariage doit être précoce pour respecter la tradition et éviter la honte d'une grossesse survenant hors mariage, la religion enjoint également aux couples d'avoir de nombreux enfants. De plus, les chiffres de mortalité infanto-juvénile sont tellement catastrophiques au Niger (un tiers des enfants mourront avant l'âge de 5 ans) que le couple intègre ces données dans sa vie de reproduction. On comprend que l'espacement des naissances, malgré la mise en œuvre de programmes trop souvent parachutés et mal reçus, ne rencontre qu'un succès très mitigé. Et même lorsqu'une démarche est entreprise, elle se heurte à de nombreuses réticences culturelles et religieuses.

Madame L. est médecin. Elle a été formée aux États-Unis, elle est parfaitement au fait de la contraception qu'elle prescrit volontiers à ses patientes. Mais personnellement, le contraceptif qu'elle utilise est la corde, ceinture de cuir tressé confectionnée par un marabout... Quant à Mademoiselle Z., adolescente de 16 ans, qui consulte dans un centre de référence pour obtenir la pilule, elle s'entend dire par la sage-femme : "Tu es bien trop jeune pour ça ! Rentre dans ta

famille et attends d'être mariée et d'avoir déjà des enfants avant d'utiliser tous ces produits."

L'accès à la consultation prénatale est facile et la plupart des femmes enceintes s'y rendent volontiers. En zone urbaine, la tradition selon laquelle on accouche du premier enfant dans la famille semble s'estomper peu à peu [9]. La généralisation du carnet de santé, permettant les consultations, la vaccination antitétanique et surtout l'inscription du nouveau-né au registre d'état-civil, a favorisé la fréquentation des consultations.

Certaines femmes accouchent à domicile, pour les raisons évoquées plus haut, mais aussi parfois parce qu'elles n'ont "pas le temps" de se rendre à la maternité. Cela tient en partie au fait que, dans la société nigérienne, manifester sa douleur est considéré comme honteux, et l'infamie des cris ou des pleurs est ressentie par toute la famille [9]. Il n'est donc pas étonnant que nombre de parturientes ne signalent à leur entourage que trop tardivement le début des contractions, rendant problématique le voyage jusqu'à la maternité. L'étude des partogrammes montre que plus de la moitié des femmes arrivent à dilatation complète... La surveillance du travail est évidemment irréalisable dans ces cas [10].

Les soignants

L'insuffisance de prise en charge présente deux composantes, allant souvent de pair : l'incompétence et la négligence.

Fatoumata subit une césarienne à 36 semaines d'aménorrhée pour présentation du siège sur bassin rétréci. L'intervention se déroule sans problème particulier. En post-opératoire immédiat, une hémorragie distillante est observée. La tension artérielle chute progressivement, mais aucune mesure thérapeutique particulière n'est prise. La patiente décède un peu plus de deux heures plus tard dans un tableau d'anémie aiguë.

Les difficultés qu'on rencontre là ont leur origine dans la formation de base du personnel. Les élèves sages-femmes peuvent s'inscrire à l'école avec un simple brevet : leur capacité de raisonnement et de synthèse est donc souvent assez limitée. En outre, la formation donnée dans les écoles de santé obéit trop fréquemment à des programmes inadaptés. Du fait de l'absence de photocopies et de l'inaptitude des élèves à prendre des notes synthétiques, les cours se résument souvent à des séances où l'enseignant dicte son texte. La pathologie est abordée exclusivement de façon verticale : chaque maladie est décrite selon le plan classique, mais jamais on ne fait l'effort de réfléchir, non pas en

termes de description nosologique, mais en fonction de la symptomatologie décrite par la patiente, en construisant par exemple des algorithmes précisant les conduites à tenir face à tel ou tel symptôme.

Par ailleurs, dans cette formation, les aspects de santé publique et toute la politique de prévention, qui ont fait leurs preuves en matière de médecine prénatale, restent des généralités un peu théoriques. Il est vrai que, autant chez les soignants que chez les patientes, la prophylaxie est négligée. Les premiers privilégient l'efficacité immédiate, celle qui se voit et qui est donc reconnue, d'où la grande fréquence des traitements symptomatiques. Quant aux patientes, auxquelles on n'explique rien ou mal, elles ne comprennent pas pourquoi elles devraient dépenser de l'argent pour soigner une maladie qui aujourd'hui ne se manifeste pas!

Relevons par exemple que, dans le programme d'obstétrique des élèves sages-femmes, un chapitre est consacré dès la deuxième année à l'oligoamnios, pathologie relativement rare, sans véritable traitement et nécessitant des examens complémentaires irréalisables actuellement au Niger. En revanche, c'est seulement en troisième année qu'on expose l'anémie au cours de la grossesse, ainsi que les conséquences du paludisme chez la femme enceinte. Ou encore, on passe du temps, dans le programme de technique des soins, à la confection des lits, alors que toutes les femmes se contentent d'un pagne en cours d'hospitalisation. Ou encore, les hémorragies au cours du troisième trimestre de la grossesse constituent un chapitre important du cours, mais on ne trouve que des descriptions mises côte à côte : aucune attitude pratique n'est discutée, faisant appel à la mise en oeuvre immédiate de gestes d'urgence, et à la construction progressive d'un diagnostic.

En Afrique de l'Ouest, plus de 70 % des femmes enceintes souffrent d'anémie. Celle-ci s'installe souvent lentement, conséquence des parasitoses, du paludisme, de la drépanocytose, de la grande multiparité, et souvent aggravée par certaines pratiques traditionnelles, comme l'ingestion d'argile. A Niamey, un tiers des femmes enceintes reçoivent des prescriptions de fer. Parmi elles, 37 % connaissent la posologie et seulement 10 % ont reçu des informations concernant les bénéfices à attendre de cette thérapeutique [12].

De plus, les sages-femmes oscillent constamment entre deux mondes ayant leurs logiques, leurs langages et leurs connaissances propres : d'un côté elles portent toute la tradition, transmise et encouragée par le milieu familial, lieu de ressourcement et de retour aux origines, et de l'autre, elles découvrent un monde scientifique, avec son vocabulaire, ses méthodes et ses raisonnements, où elles se trouvent assez souvent mal à l'aise. Dans leur vie professionnelle,

les soignants sont ballottés en permanence entre ces deux pensées, en particulier lorsqu'ils s'occupent des patientes de la brousse : on leur apprend à raisonner en scientifiques, mais ils parlent et partagent avec la parturiente en termes traditionnels. L'exercice est périlleux, d'autant que personne ne les y a vraiment préparés, les ponts entre les deux cultures n'étant pas édifiés au cours des études [11]. Cette double appartenance se manifeste volontiers dans les pratiques que mettent en œuvre la plupart des sages-femmes en cas de maladie de leur enfant par exemple : elles l'emmènent à la consultation après l'avoir soigné par diverses décoctions ou affublé de quelqu'objet au pouvoir réputé protecteur.

Pour pallier ce manque de formation de base, des programmes de formation continue sont mis en place. Mais on sait combien les formations en cascade, souvent préconisées, sont peu efficaces, l'information se diluant peu à peu vers la périphérie, comme le fait la compétence des intervenants.

Ces insuffisances et ces inadéquations dans l'enseignement débouchent sur des diagnostics fantaisistes et des thérapeutiques inadaptées, et voilà l'un des chaînons possibles conduisant au décès maternel. Il est tout de même paradoxal que le médecin de district et la sage-femme dont les responsabilités sont immenses, qui sont souvent le centre de la médecine materno-infantile, surtout en zone rurale, et qui sont amenés à poser des actes intellectuels et pratiques particulièrement complexes et dangereux, ne reçoivent pas une formation beaucoup plus adaptée à leur avenir professionnel. Si la pierre angulaire est fragile, c'est tout l'édifice qui est branlant.

Il n'est pas douteux cependant que certains soignants sont d'une compétence, d'un dévouement et d'une abnégation remarquables. Mais bien souvent ils ont acquis ces qualités en dépit d'une formation initiale discutable et de conditions de travail particulièrement difficiles.

L'incompétence joue son rôle, il faut l'admettre, mais la négligence du personnel soignant, quel que soit son niveau, doit aussi être mise en cause : attentes interminables, examens cliniques trop sommaires, manque de surveillance.

Fati attend son deuxième enfant. La première grossesse s'est terminée par une césarienne pour dystocie mécanique sur bassin généralement rétréci. Elle a bénéficié de 4 consultations prénatales, et, en fin de grossesse, elle vient habiter dans sa famille à Niamey pour être proche de la maternité de référence. En consultation prénatale, on ne lui a pas dit que la deuxième grossesse se terminerait également par une césarienne, du fait des conditions mécaniques ! On lui a cependant conseillé de se présenter à la maternité dès le début du travail, ce qu'elle fait. A l'admission, personne ne diagnostique une

présentation transversale, et ce n'est que 6 heures plus tard, au changement d'équipe de garde, que le diagnostic est posé. On décide alors de pratiquer une césarienne, mais le bloc est occupé pour une autre intervention. Fati décède deux heures plus tard d'une rupture utérine, sans avoir été opérée.

La négligence peut aussi être inscrite dans l'organisation du travail. Ainsi, par exemple, en consultation prénatale, deux ou trois sages-femmes s'occupent ensemble des patientes, l'une inscrit les données dans un dossier et garnit les registres de statistiques pour l'élaboration de rapports qu'elle ne verra jamais, l'autre s'occupe du poids et de la pression artérielle, et la troisième pratique l'examen vaginal : qui est responsable ? Personne ! Le travail est divisé, chacune ne voit que ce qu'elle veut voir, aucune n'a le souci de se poser la question de savoir si tout va bien chez cette femme. Quant au colloque singulier, qui permettrait à la patiente de se confier, et qui est par ailleurs nécessaire à la responsabilisation du personnel, on n'en a cure ! Le drame peut naître de là !

Voilà pourquoi, avec l'aide d'un organisme de coopération, des aménagements architecturaux ont été réalisés dans les CSMI de Niamey. Des box ont été installés, pour que chaque sage-femme y prenne place avec sa patiente. Hélas, la situation est pratiquement inchangée, sauf que l'espace est notablement réduit, on n'utilise qu'un seul box pour les consultations : c'est que les autres ont été convertis en magasins...

Il est vrai que la consultation prénatale devient rapidement routinière si aucun aiguillon n'est proposé par les responsables du CSMI. Mais une dynamique pourrait être mise en œuvre autour d'objectifs de service définis conjointement en fonction des pathologies rencontrées, ce qui pourrait se coupler à une formation continue spécifique. Par exemple, plus de 10 % des femmes enceintes présentent une hypertension artérielle, une des causes principales de décès maternel. Dans un CSMI, on pourrait se fixer comme objectif d'accorder une attention particulière à ces patientes, pour définir la démarche diagnostique, établir le traitement, préciser les conditions de transfert, etc... Au terme d'une période de 6 mois par exemple, on tirerait les conclusions de cette expérience, et on fixerait de nouveaux objectifs. Les résultats obtenus seraient en eux-mêmes une motivation sur laquelle il est plus que légitime de jouer. Dans cette optique, les statistiques du service prendraient tout leur sens, grâce à la définition d'items précis et utiles, à la réflexion s'inspirant de rapports cohérents et à l'exploitation des données dans une perspective d'amélioration des soins.

Par ailleurs, l'appartenance aux mêmes groupes sociaux ou familiaux est un inestimable avantage pour la prise en charge : les délais d'attente sont réduits, la surveillance est plus étroite, l'accompagnement plus chaleureux, les prix

diminués, les produits pharmaceutiques éventuellement fournis. Et l'empathie ne semble possible que dans le cadre de cette complicité socio-culturelle. Les patientes l'ont bien compris puisqu'elles tentent de s'insérer de près ou de loin dans un réseau, par l'intermédiaire de personnes possédant un statut (les fonctionnaires, par exemple) ou portant un uniforme les reliant au "corps de la santé" (les manoeuvres et les filles de salle sont dans ce domaine d'une efficacité exemplaire !). Cette tendance naturelle à privilégier l'entourage au sens large n'est évidemment l'apanage ni du pays ni des soignants. Remarquons cependant que les recherches sont presque inexistantes dans ce domaine, qui est aux limites de la déontologie, de la conscience professionnelle, de l'éthique, mais qui concerne aussi, on s'en rend bien compte, l'efficacité des soins.

Quant à la référence, elle est constamment vécue comme un échec par les sages-femmes des maternités périphériques. Celles-ci, si elles ont pris en charge une femme en travail, se donnent comme règle de terminer l'accouchement. Si une dystocie survient, c'est de mauvaise grâce qu'elles conseilleront le transfert vers une structure plus spécialisée. Ce sentiment est entretenu par le personnel des maternités de référence, en particulier si l'accouchement a finalement eu lieu de manière eutocique : il est si simple alors de dire qu'il ne fallait pas référer !... Et si l'accouchement est compliqué, on déclarera que la patiente a été transférée trop tard ! L'absence de comptes-rendus de liaison favorise encore cet état de fait. Faute de dialogue entre les structures et entre les acteurs, l'incompréhension et la concurrence s'installent : c'est toujours le malade qui en fait les frais...

En cas de décès de patientes transférées des maternités de la Communauté urbaine de Niamey, le délai entre l'admission et la mort est en moyenne de 3 heures. C'est dire combien ces patientes parviennent tardivement à la maternité de référence, surtout lorsque l'on sait les difficultés à obtenir en urgence les examens de laboratoire, les examens radiologiques et les produits médicamenteux.

Le système de santé

Naturellement, la responsabilité du système de santé dans son ensemble peut, elle aussi, être mise en cause, par l'organisation matérielle de la pyramide sanitaire. Celle-ci ne peut fonctionner que si des possibilités de transfert sont mises en oeuvre : cela suppose des moyens de transport disponibles à tout moment. Or faute de véhicule, de carburant, de chauffeur, etc... il arrive souvent qu'une patiente doive se débrouiller par ses propres moyens pour se rendre à la maternité de référence, y compris en cas d'urgence. En outre, à tous les étages de la pyramide, il faut disposer des médicaments correspondant au

"paquet minimum d'activités". Même si un effort tout particulier a été récemment produit dans ce sens au Niger, les ruptures de stocks sont fréquentes, ce qui oblige les familles à courir la ville, de pharmacie en pharmacie, pour dénicher le produit prescrit, et à le payer souvent à prix d'or.

Prenons un exemple précis de dysfonctionnement. L'ocytocine est un produit essentiel dans une maternité : elle permet de déclencher et diriger le travail, et surtout elle diminue l'ampleur des hémorragies du post-partum. La maternité de référence achète ses médicaments sur un fonds attribué par une agence de coopération bilatérale, mais cette dernière exige que l'argent mis à disposition serve exclusivement à l'achat de produits génériques fabriqués ou distribués par l'Office des produits pharmaceutiques. Or, du fait d'impayés antérieurs et d'une gestion parfois à trop court terme, l'ocytocine générique vient à manquer dans les stocks de cet Office ! Pendant plus d'un mois, la maternité n'a donc pas eu ce produit à sa disposition, et s'est résolue finalement à l'acheter directement à l'étranger, sous son nom de marque et en utilisant un transport rapide, donc à prix exorbitant...

Est-ce là un exemple isolé ? Que non pas ! L'hémorragie est une des causes les plus fréquentes de décès maternel. Il est donc essentiel de pouvoir disposer rapidement et à tout moment de poches de sang à transfuser. L'idéal est de constituer une réserve achalandée en permanence au sein même de la maternité de référence. Or, malgré la disponibilité d'un réfrigérateur prévu à cet effet, il est bien rare qu'on ait du sang. En cas d'hémorragie, on envoie donc le chauffeur à l'hôpital, là où se trouve la banque de sang. Celle-ci elle-même ne dispose que rarement de stocks importants, et souvent le chauffeur revient bredouille. Il est vrai que tout dépend de la disponibilité des donneurs -des campagnes de sensibilisation ont été récemment menées en ville- et des laborantins. Les grèves se sont multipliées à certaines périodes, ce qui est évidemment catastrophique car toute activité est alors paralysée.

Mais, tout de même, qui croira que ces problèmes sont insolubles ?

Quant au niveau central, il doit également s'occuper de la gestion du personnel. La répartition de celui-ci est un véritable casse-tête... Ne parlons même pas de la disparité entre zones rurales et urbaines, phénomène classique, rencontré partout. Mais dans la ville de Niamey, de nombreuses sages-femmes sont occupées, parfois contre leur gré, à des tâches exclusivement administratives. Et plus un agent est formé, plus il a de chances de ne pas pratiquer son vrai métier... C'est ainsi que de nombreuses techniciennes supérieures en soins obstétricaux, sages-femmes ayant suivi d'autres formations après leurs

études, ne mettent plus les pieds en consultation prénatale ou en salle d'accouchement. Les intérêts liés à la promotion individuelle l'emportent sur l'intérêt de la santé publique, qui, bien compris, est l'intérêt du grand nombre des malades.

Mais il y a encore plus surprenant ! Ainsi, la répartition du personnel entre les différentes maternités n'obéit pas toujours à des critères logiques. Telle maternité effectuant 1 500 accouchements par an bénéficiera de davantage de personnel qu'une autre pratiquant annuellement plus de 2 000 accouchements. De plus, la rotation entre centre de santé maternelle et maternité, où les tâches sont différentes mais éminemment complémentaires, prônée depuis longtemps, n'est pas pratiquée, ce qui a pour effet, non seulement de diminuer les compétences, mais aussi d'entretenir un climat de méfiance entre les structures. Les sages-femmes de la consultation prénatale savent qu'elles ne s'occuperont pas de l'accouchement, ce qui peut les démotiver et les rendre moins attentives à certains problèmes. Et parallèlement, celles qui travaillent en maternité ont tendance à penser que si les problèmes surviennent, c'est du fait d'une mauvaise surveillance prénatale par les collègues.

Aux défaillances imputables aux comportements individuels, dont il a été donné des exemples plus haut, il y a sans doute une explication générale : aucun système de sanction ou de promotion n'existe réellement pour les agents de santé, en particulier pour les sages-femmes. La promotion qui compte est essentiellement financière : donner une prime ou accélérer l'avancement permet d'arrondir des fins de mois souvent difficiles. Mais comment envisager de telles mesures dans un pays traversant une inextricable situation économique, et avec des agents qui réclament en permanence des arriérés de salaire non encore soldés ? Quant aux sanctions, elles sont difficiles à prendre sans que ne se mettent en branle de solides réseaux sociaux. Le fait que les sages-femmes, dans leur grande majorité, épousent des fonctionnaires de haut rang, rend inopérants tous les systèmes de sanction pour faute.

Or, par ailleurs, aucune association ou groupement de patients n'existe qui pourrait constituer un contre-pouvoir face au système de la confraternité étendue. Lorsqu'un décès survient, c'est avec résignation que la famille réagit, en évoquant une volonté divine, un destin implacable : "*C'est Dieu qui compte les jours...*". Depuis que certains établissements ont été dotés d'une autonomie de gestion, qui s'est traduite en pratique par une augmentation sévère des tarifs de soins, on doit faire face de plus en plus souvent au mécontentement des familles, et parfois même à des poursuites judiciaires. Mais ce phénomène n'est encore que très ponctuel, la population n'étant pas procédurière et ne disposant que rarement des connaissances ou conseils voulus. Ceci ne veut

pas dire qu'il faut encourager ces habitudes pour arriver à un insupportable harcèlement contentieux, comme dans les pays du Nord où les pratiques obstétricales ont radicalement changé du fait même des aspects médico-légaux. Mais dans certains cas, on est en droit de penser que les rapports avec les patients, et le soin mis à les prendre en charge, gagneraient en qualité s'il existait un contre-pouvoir de poids.

Le système de santé est en cause aussi d'une façon toute différente face à certains problèmes : par exemple celui de l'interruption de grossesse, qui devra un jour ou l'autre être envisagé par les autorités du pays. Chaque semaine à la maternité de référence, on admet des patientes présentant les complications d'avortements pratiqués le plus souvent dans des officines ou des arrière-boutiques en ville. Ceci concerne les plus pauvres, car si l'argent ne manque pas, on fait le voyage dans les pays voisins ou en Europe. Il s'agit évidemment là d'un problème très complexe dont la discussion engage les responsables politiques, religieux, moraux, juridiques et médicaux du pays. Mais il est peut-être temps que l'on arrête de se voiler la face : le problème existe, des femmes en meurent. Alors, commençons par étudier l'ampleur du phénomène, essayons de définir des objectifs précis et tentons de mettre en oeuvre une politique réaliste.

Le système est aussi engagé dans une politique d'autonomie de gestion (le statut d'établissement public à caractère administratif est accordé à un nombre croissant d'établissements), ce qui n'est pas sans conséquence sur la prévention au cours de la grossesse. La gestion autonome des établissements de référence a fait grimper les prix des consultations et des actes, ce qui rend illusoire toute action prophylactique. Il s'agit là d'un important effet pervers.

Aïssa est à sa troisième grossesse. Elle a eu deux césariennes lors des accouchements précédents, du fait d'un bassin trop étroit. Si elle décide de faire suivre sa grossesse à la maternité de référence, ce en quoi elle aurait raison puisque l'éventualité d'une troisième césarienne est certaine, elle devra payer 12.000 FCFA pour la surveillance prénatale, au minimum 4.500 FCFA pour les examens de laboratoire essentiels (BW et groupe sanguin Rhésus), 30.000 FCFA pour la césarienne et entre 4.500 et 15.000 FCFA pour la chambre selon la catégorie choisie. L'addition s'élève à plus de 50.000 FCFA sans compter les transports pour venir à la maternité, d'éventuels médicaments à acheter, etc... Alors que fait Aïssa ? Elle ira en consultation prénatale là où c'est gratuit ou pas cher (gratuit dans les CSMI, 700 FCFA à l'hôpital de district), ne fera pas ses examens de laboratoire, ne prendra pas le traitement préventif trop cher (le fer en particulier) et arrivera en urgence à la maternité en cours de travail. Car dans le cadre de l'urgence, elle sait qu'elle sera de

toutes façons soignée -on lui présentera une facture à la sortie qu'elle ne paiera sans doute jamais ou très partiellement-. Mais elle prendra le risque d'une rupture utérine sur utérus cicatriciel, et la césarienne effectuée en urgence comportera de nombreux inconvénients qui auraient pu être évités en cas d'intervention programmée.

A titre indicatif, les prix pratiqués dans divers établissements de la ville (maternité de référence, hôpital de district, maternité de quartier, cliniques privées) sont les suivants :

- consultation prénatale : de 0 à 5.000 FCFA,
- accouchement : de 2.100 à 30.000 FCFA
- échographie : de 2.000 à 10.000 FCFA
- BW et groupe sanguin : de 500 à 7.500 FCFA.

Enfin, le système est en cause par les choix tacites qu'il fait. Dans le domaine qui nous concerne, des choix s'imposent à partir d'une redéfinition des facteurs de risque de la grossesse, redéfinition qui est elle-même indispensable. En effet, si l'on tient compte des facteurs de risque classiques, on peut estimer que plus de 70 % de la population des femmes enceintes est "à risque". Or, il est absolument impossible de proposer à toutes ces patientes une surveillance étroite, qui multiplierait les examens cliniques et éventuellement les examens complémentaires. Alors, à quoi sert d'avoir défini ces risques, puisqu'ils ne débouchent sur aucune attitude particulière de la part du personnel, sur aucune véritable prise en charge ? Il est donc nécessaire, dans un souci de plus grande efficacité, de définir trois ou quatre risques responsables de la majorité des décès et de la grande morbidité, et de centrer l'action sur ces risques particuliers, en définissant très clairement la démarche à suivre et le rôle dévolu à chacun.

A ce stade, marche à suivre et rôle de chaque structure, il peut être nécessaire de préciser les étapes à respecter dans la pyramide sanitaire. Par exemple, certaines pathologies nécessitent une prise en charge urgente à la maternité de référence, et dans ce cas, il est indispensable de sauter certains étages de la pyramide : une hémorragie du troisième trimestre ne sera traitée efficacement qu'en maternité de référence, avec bloc chirurgical opérationnel. Dans une telle éventualité, il faut cesser de référer la patiente à tous les étages, il faut l'adresser directement en haut de la pyramide.

Il est donc indispensable que le niveau central redéfinisse sa politique, en précisant les axes prioritaires dans la prise en charge des femmes enceintes, et rende un peu moins rigide le système pyramidal pour jouer davantage la carte de l'efficacité.

Conclusion

Le décès maternel est, comme nous avons tenté de le montrer, une question complexe faisant intervenir tous les éléments d'un système de santé : environnement socio-culturel, formation et qualité des soignants, organisation de la pyramide sanitaire. C'est bien pour cela qu'il constitue une porte d'entrée très riche pour une réflexion à mener avec tous les acteurs gravitant autour de la grossesse et de l'accouchement. L'idée que tout décès est une conséquence de l'incurie des uns ou des autres est évidemment simpliste : la pathologie est très lourde et les moyens limités. Il n'en reste pas moins vrai que l'étude qualitative de chacun des décès est une source inestimable d'informations pour la réflexion, la formation et la transformation des pratiques (et des résultats), à condition que la volonté politique soit résolument engagée dans cette voie [12]. C'est au prix de cette auto-critique permanente que la situation pourra s'améliorer et que le dicton nigérien "Une femme enceinte a un pied dans la terre" deviendra obsolète.

Bibliographie

1. KOURGUENI I. A, GARBA B., BARRERE B. : Enquête démographique et de santé. Niger 1992. Ministère des Finances et du Plan, Niamey. Macro International Inc., Columbia, Maryland, 1993, 296 p.
2. VANGEENDERHUYSEN C., MONKAILA N. : Enquête multicentrique MOMA sur la mortalité et la morbidité grave au cours de la grossesse. Résultats du Niger. Ministère de la Santé publique, Niamey, 1996, 123 p.
3. WHO, UNICEF : Revised 1990 estimates of maternal mortality. WHO/FRH/MSM/96.11. - UNICEF/PLN/96.1, 1996, 16 p.
4. VANGEENDERHUYSEN C., MONKAILA N., DAREY GARBA Y., DE GROOF D. : 10 ans d'activité obstétricale à Niamey (1985-1994). Med. Afr. Noire, 44, 3 (1997).
5. YAHAYA I. : Etude de la mortalité maternelle en milieu urbain : utilisation de la méthode indirecte des soeurs à Niamey. Thèse de Médecine, Faculté des Sciences de la Santé, Niamey, 1996, 73 p.
6. WHO : Verbal autopsies for maternal deaths. WHO/FHE/MSM/95.15. Genève, 1995, 36 p.
7. TAHER M. : Mortalité maternelle évitable en milieu urbain à Niamey (Niger). Thèse de Médecine, Faculté des Sciences de la Santé, Niamey, 1994, 99 p.
8. ROYSTON E., ARMSTRONG S. : La prévention des décès maternels. OMS, Genève, 1990, 230 p.
9. OLIVIER DE SARDAN J.P., MOUMOUNI A., SOULEY A. : Recherche socio-anthropologique sur les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. ORSTOM, Niamey, 1997, 62 p.
10. MOUMOUNI Z. : Pour une meilleure prise en charge des urgences à la maternité de référence de Niamey. Mémoire CIE, 1995, 41 p.
11. JAFFRE Y., PRUAL A. : Midwives in Niger : an uncomfortable position between social behaviors and health care constraints. Soc. Sci. Med., 38, 8, 1069-1073 (1994).
12. AITCHEDJI S.C. : Etude sur la consultation prénatale en milieu urbain : motifs de la consultation, prescriptions médicamenteuses prophylactiques et curatives. Thèse de Médecine, Faculté des Sciences de la Santé, Niamey, 1994, 85 p.
13. MBARUKU G., BERGSTROM S. : Reducing maternal mortality in Kigoma, Tanzania. Health Policy Plann., 1995, 10, 1, 71-78 (1995).

CHAPITRE 2

Mortalité néonatale évitable et stratégies adaptées à Niamey, Niger.

par H. BARENNES et F.M. TAHI

Malgré l'importance de la mortalité infanto-juvénile en Afrique sahélienne (plus de 200 décès pour mille naissances vivantes selon les enquêtes démographie et santé, DHS), rares sont les programmes de lutte contre la mortalité néonatale. Le problème est différent en Occident : comme on y meurt autant pendant la période périnatale que dans les 30 années suivantes, des politiques de néonatalogie ont été mises en oeuvre, basées sur l'identification des facteurs de risques maternels, foetaux et néonataux, mais aussi sur l'amélioration des soins obstétricaux et pédiatriques, ainsi que la prise en charge sociale des femmes enceintes et de leurs enfants [1].

Certes, les capitales africaines ont bénéficié des efforts faits en faveur de la santé de l'enfant et présentent des taux de mortalité infanto-juvénile inférieurs à ceux de la zone rurale (au Niger, ces taux sont de 156 ‰ à Niamey mais de 347 ‰ en zone rurale [2]). Cependant, la mortalité néonatale reste relativement stable, autour de 30 à 50 ‰, alors que dans le même temps, les vaccinations, le traitement des maladies diarrhéiques et des déshydratations, une meilleure nutrition et l'usage des antibiotiques ont permis une chute notable de la mortalité infantile post-néonatale (F. Gold, communication personnelle). De 1960 à 1993, la mortalité infantile a chuté dans tous les pays sahéliens (à l'exception du Niger où elle reste élevée : de 191 ‰ à 222 ‰ [3,4]) : au Sénégal de 174 ‰ à 63 ‰, en Mauritanie de 191 ‰ à 116 ‰, au Mali de 233 ‰ à 120 ‰, au Burkina Faso de 183 ‰ à 99 ‰ [3]

Le milieu urbain africain dispose éventuellement de moyens de lutte contre la mortalité néonatale. Les villes concentrent souvent les infrastructures de santé et le personnel médical, et tel est le cas au Niger. Des services de néonatalogie ont été implantés dans la plupart des capitales africaines. Néanmoins, calqués sur le modèle occidental, ils présentent un coût et des charges récurrentes très élevés, sources de réelles difficultés de fonctionnement [4] ; et, en partie de ce fait, leur accessibilité est réduite. Ils ne peuvent donc, à eux seuls, prétendre réduire la mortalité néonatale, malgré leur intérêt en tant que centres de formation. D'ailleurs, même s'ils fonctionnaient parfaitement,

l'absence de prise en charge efficace en amont, et de transfert médicalisé, induiraient une mortalité élevée ([4] à [8]). Il convient de souligner que l'impact de la morbidité néonatale, et le coût notable du handicap post-néonatal, ne sont pas encore évalués à leur juste mesure dans les pays en développement et que cela pourrait amener à reconsidérer certaines politiques de santé.

Les pays de la zone sub-saharienne ont de très faibles PIB : 300 dollars/an/habitant au Burkina Faso en 1996, où 40 à 50 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (400 FF/an/habitant) ; à Niamey, 54,4 % des habitants sont au-dessous du seuil de pauvreté en 1990 [9]. Il convient donc de réfléchir à une solution adaptée aux conditions économiques de ces pays. Si les infrastructures lourdes sont vraisemblablement hors de portée, il semble possible d'améliorer les prestations déjà existantes : d'une part le dépistage des grossesses à risques pour l'enfant [1], axé sur le poids respectif des facteurs de risques dans une optique coût-efficacité [10], et d'autre part les conditions d'accueil du nouveau-né sur la bases de techniques et de principes simples, véritables gestes de secourisme.

L'existence de projets s'attaquant à la mortalité maternelle, centrés sur l'accouchement et le dépistage prénatal, est un argument favorable pour y associer des mesures pragmatiques en faveur de la mortalité néonatale.

Nous présentons donc ici l'analyse de la mortalité néonatale évitable à Niamey, la capitale du Niger. Ce travail a été réalisé, de 1992 à 1995, dans le cadre du projet "Appui à la Santé de la Femme et de l'Enfant en milieu urbain" (ASFEN).

Démographie et contexte sanitaire du Niger

Au Niger, la mortalité infantile s'élève à 222 $^{\circ}/^{\circ}$ [2]. La mortalité néonatale (51,7 $^{\circ}/^{\circ}$) ne représente que 38 % de la mortalité infantile et 15 % de la mortalité infanto-juvénile [2]. Dans un pays où 15 % des enfants de moins de 5 ans sont atteints de malnutrition grave, où 85 à 90% des accouchements se déroulent en dehors de toute assistance médicalisée, et où 70% de la population est à plus de 10 km d'un centre de santé [11], la mortalité néonatale n'est peut-être pas la première priorité de santé publique du pays. Bien que le Niger ait été l'un des premiers pays africains à publier une liste des médicaments essentiels dans la décennie 70-80, ce pays en était encore en 1995 à étudier la généralisation des médicaments essentiels et le recouvrement des coûts, ce qui traduit un réel dysfonctionnement dans le choix et la mise en oeuvre des priorités de santé publique.

En 1992, la population de la ville de Niamey, estimée à 491.780 habitants, augmente de 5,2 % par an et représente 6% de la population du Niger. L'âge moyen au premier mariage à Niamey est de 15,6 an ; l'espacement moyen entre deux naissances est de 25 à 35 mois pour 41,7% des femmes. Le taux de fécondité par femme est de 52 °/° [2]. Cependant, et ceci est tout à fait remarquable, 92 % des femmes enceintes de Niamey suivent la consultation prénatale (CPN), et avec une fréquence élevée (3,4 consultations par femme) [12-13].

Evidemment, Niamey concentre une très forte proportion du personnel médical disponible dans le pays : 53 des 118 médecins nigériens (44,5%), y compris les 2 seuls pédiatres nigériens du pays, 135 des 292 sages-femmes (46,2 %), 619 des 1790 infirmiers (34,6 %) [14]. D'importantes infrastructures de soins sont réparties dans la ville : 11 centres de santé maternelle et infantile (CSMI) assurent les consultations prénatales et les consultations des enfants, 7 maternités dont 2 disposent de blocs chirurgicaux fonctionnels, 3 services hospitaliers de pédiatrie (CHU, A et B). Mais un seul service (celui de pédiatrie au CHU) dispose d'une salle de soins équipée pour les nouveau-nés à risques (2 couveuses en état de marche, des bouteilles d'oxygène, 2 aspirateurs à mucosité) : ne manque que le personnel ! Le service de pédiatrie A qui reçoit les enfants de 0 à 2 ans dispose d'une salle de réanimation, mais non fonctionnelle par manque de personnel ! Aucun de ces services n'est situé à proximité d'une maternité, ce qui rend les transferts délicats. Quant aux maternités, 5 sur 7 ne disposent pas d'un médecin.

Méthodes

L'étude comporte une analyse rétrospective, de 1985 à 1992, des registres des services de pédiatrie et des maternités, complétée par une étude prospective descriptive d'un échantillon de femmes enceintes suivies depuis leur consultation prénatale jusqu'à la fin de la période néonatale. En outre, une étude des connaissances et pratiques en matière d'accueil du nouveau-né a été réalisée auprès d'un échantillon randomisé d'infirmiers et de matrones. Une description détaillée de la méthodologie a été publiée par ailleurs [15].

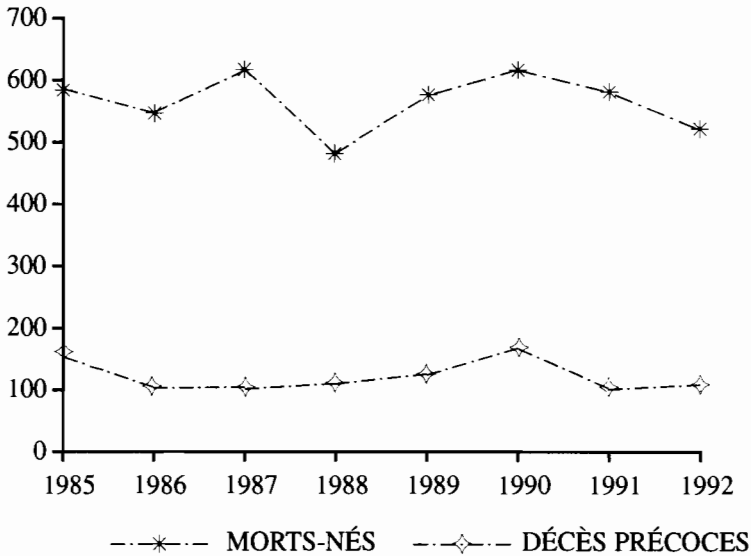
Résultats de l'analyse rétrospective des registres

De 1985 à 1992, 1029 décès précoces étaient enregistrés pour 152.082 naissances vivantes (6,7 °/°) à l'état civil des maternités de Niamey (Figure 1) ; 4492 enfants étaient mort-nés (29,5 °/°). 21.748 accouchements (14,3 %) avaient eu lieu à domicile. Depuis 1990, le nombre d'accouchements médicalisés stagne [12]. La durée de séjour en maternité d'une mère, hors complications, ne dépasse pas une journée.

Figure 1.

MORTINATALITE ET DECES PRECOCES DANS LES MATERNITES DE NIAMEY

Sur 152 082 naissances vivantes de 1985 à 1992.



N.B. : Du fait que, en dehors de complications maternelles, les mères ne restent pas hospitalisées plus de 24 heures en maternité, les décès "néonataux" enregistrés dans les maternités correspondent aux décès observés pendant cette courte période.

La compilation des décès des services de pédiatrie et de maternité permet de retrouver environ 2.630 décès en période néonatale. Sur la base de l'enquête DHS de 1992 (qui fournit une estimation de la mortalité néonatale à Niamey : 28,6 pour mille) [3], on attendrait 4.260 décès. Il faut donc conclure qu'environ 1630 décès se sont produits en dehors du système sanitaire. Il n'est pas possible de savoir s'ils ont donné lieu à un recours sanitaire.

Près de 9.125 enfants (6,0 %) présentaient un poids inférieur à 2500 g, de nature non précisée (hypotrophie ou prématurité).

En 1992, 447 nouveau-nés étaient admis dans les services de pédiatrie avec une létalité de 43,8 % (164 décès). La mortalité était de 62,4 % chez les

enfants de moins de 2500 g. La majorité des décès (45 %), en période néonatale précoce, se produit le jour de l'admission [16]. Les principales causes sont : infections néonatales (19,1 %), détresses respiratoires (18,4 %), souffrances foetales (12,3 %), diarrhée avec déshydratation (12,3 %), ictère néonatal (10,5 %).

Résultats de l'étude prospective

Du 15 juillet au 30 octobre 1992, 149 femmes enceintes ont été suivies. Elles ne présentaient pas de différence significative avec la population (si on les compare avec les résultats de l'enquête DHS) en ce qui concerne le niveau d'éducation, la profession des maris, le statut matrimonial. 82 d'entre elles (55 %) habitaient des maisons en dur ($p < 0,05$) et 50 % disposaient de l'électricité à domicile ($p < 0,05$) (DHS). Au cours de leurs grossesses antérieures, 17 enfants (sur 483) étaient décédés en période néonatale (mortalité néonatale : 35,6 ‰). L'autopsie verbale [17] a permis de préciser les causes suivantes : prématurité et/ou petit poids (41,4 %), cause inconnue (23,5 %), ictère (17,6 %), affections respiratoires (11,7 %), hyperthermie (5,9 %). Douze femmes (8 %) ont été perdues de vue avant l'accouchement. Trois enfants sont mort-nés et 140 enfants nés vivants ont été suivis pendant la période néonatale : 2 sont morts respectivement à J+1 et J+2.

La consultation prénatale (CPN)

Les femmes ont suivi les consultations prénatales (3,8 en moyenne) (NS), sans inscription dans leur carnet de santé, et 104 (70 %) ont reçu au moins une injection de vaccin antitétanique. Au cours des consultations prénatales, 19 facteurs de risques (y compris les facteurs de risques maternels) sont officiellement recherchés, mais l'existence d'un risque important (Tableau 1) implique rarement l'adoption d'une mesure adaptée. On note une incompréhension générale des prescriptions.

Tableau 1 : Fréquence des facteurs de risque chez les femmes enceintes (selon la liste officielle du Niger)

	Nombre 149 femmes	%
Age < 16 ans ou > 35 ans	18	12,1
Nombre d'accouchements supérieur à 4	62	41,6
Antécédent de césarienne	3	2,01
Antécédent de mort né accouchement précédent	2	1,34
2 fausses couches ou avortements successifs	2	18,1
Antécédent d'avortement	27	0
Diabète	0	0
Cardiopathie	0	2,68
HTA antérieure	4	1,34
BW positif	2	0
Taille <1,50m	0	0
Bassin anormal	0	13,4
TA minimum >9	20	2,01
Taux Hémoglobine < à 30%	3	6,71
Oedème pré-tibial ou albuminurie	10	0
Sucre dans les urines	0	1,34
Perte de sang	2	2,68
Gain de poids supérieur à 10 kg	4	6,71
Présentation anormale	5	3,36

Après la CPN, 133 femmes (89,2 %) ne connaissent pas la date prévue de leur accouchement. 46 femmes (31 %) présentent une symptomatologie d'infection urinaire, qui n'a été ni dépistée ni traitée. 42 femmes (27 %) ont fait des accès fébriles et seulement 7 (4,6 %) ont reçu un traitement autre qu'antipalustre. Parmi les 131 femmes qui prenaient une chimioprophylaxie antipalustre, 70 % le faisaient irrégulièrement. 84 femmes (56 %) prenaient des médicaments traditionnels, pour des raisons culturelles et/ou à cause de la cherté des médicaments modernes prescrits. Chez deux mères d'enfants décédés (un mort-né et une mort néonatale), le diagnostic de gémellité n'a été posé qu'à l'accouchement malgré, respectivement, 3 et 4 consultations prénatales !

L'accouchement

20 femmes (14 %) ont accouché à domicile, 2 en cours de route, et 115 (84 %) en maternité (NS). Les femmes ayant accouché à domicile étaient en majorité analphabètes (70 %) ($p < 0,05$) (DHS). Elles ont déclaré avoir choisi

d'accoucher à domicile par crainte d'être mal accueillies dans les maternités, ou pour des raisons culturelles ou par désir d'accoucher, conformément à leur tradition, en position accroupie. Deux mères ont été transférées à la maternité de référence pour dystocie dynamique. Quatre césariennes ont été pratiquées. Le taux de césarienne (2,9 %) se situe au-dessus du taux habituel à Niamey (0,9 %).

Le partogramme a été utilisé 81 fois (59 %) pour suivre l'évolution de l'accouchement, et il a été rempli *a posteriori* dans 14 cas (20 %), les femmes arrivant très souvent à dilatation complète. La durée de la rupture de la poche des eaux était inconnue chez 37 femmes (40 %) et supérieure à 12 heures chez 8 femmes, sans que cela ait entraîné quelque mesure que ce soit. Les bruits du coeur foetal étaient inconnus chez 21 femmes et absents chez 5, le liquide amniotique était teinté chez 57 femmes, méconial chez 7, purulent dans 2 cas.

Les soins aux nouveau-nés

Les salles d'accouchement ne disposent pas de place d'accueil ni de matériel spécifique pour l'enfant, qu'on dépose donc sur un linge posé sur une paillasse ou qu'on garde dans les bras. Le score d'Apgar est méconnu et non utilisé, bien qu'affiché dans quelques maternités. Trente enfants (21 %) ont subi une désobstruction et une aspiration. Pour beaucoup, la réanimation se résume à la vitamine K1, tandis que l'oxygène, quand il y en a, est mal employé. 4 des 5 mères d'hypotrophes avaient présenté une grossesse à haut risque (hypertension, ictère, BW+). La température de l'enfant a été prise chez 68 enfants (47,5 %) ; la plupart (70 %) n'ont pas reçu de collyre et 6 (4,2 %) ont présenté ensuite une conjonctivite purulente ! 108 enfants (77 %) ont reçu le BCG et le vaccin polio oral. Aucun n'a bénéficié d'un examen clinique avant la sortie, survenue en règle avant 24 heures.

Les matrones ont une attitude attentiste lors de la naissance, et ne connaissent aucune pratique efficace en cas d'asphyxie du nouveau-né.

Le suivi pendant le premier mois

112 enfants (80 %) ont été suivis à domicile, 86 (77 %) ont reçu une prescription de chimioprophylaxie antipalustre (officiellement abandonnée depuis plusieurs années), 73 (85 %) l'ont prise régulièrement. L'allaitement maternel est rarement exclusif : 67 enfants (60 %) ont reçu dès les premiers jours des décoctions, tisanes et jus de fruits.

52 enfants (46 %) ont présenté, pendant la période néonatale, une pathologie qui aurait justifié un traitement, 14 (27 %) ont eu un recours médical. L'accès aux soins des enfants et de leurs mères est limité au Niger pendant les 40 jours qui suivent l'accouchement : traditionnellement, pendant cette période, la femme ne doit pas sortir de chez elle. Rares sont les mères capables d'identifier la gravité de certains signes. De plus la majorité des mères méconnaissent la possibilité d'amener l'enfant, lorsqu'il ne va pas bien, en consultation au CSMI. Le CSMI est considéré dans la période infantile comme servant seulement à la pesée des enfants et aux vaccinations.

Choix et mise en oeuvre des interventions

Cette étude a permis de faire plusieurs constats.

1) Les mort-nés (figure 1) sont à Niamey 4 à 5 fois plus nombreux que les décès néonataux. Pourtant la mortinatalité est un critère habituellement négligé dans les objectifs de lutte. Il est important de la réintégrer comme un objectif à améliorer car elle traduit bien la qualité du fonctionnement de la filière prénatal-accouchement. On peut définir un critère opérationnel de suivi du type : ratio des enfants nés vivants (REV) sur le nombre de naissances attendues.

$REV = \text{Enfants nés vivants} / \text{Grossesses au 3}^{\text{ème}} \text{ trimestre}$

Ce critère objectiverait davantage les progrès réalisés dans la filière CPN-Maternité que la seule surveillance de la mortalité néonatale, partie visible de l'iceberg de la mortalité périnatale infantile.

Ce critère pourrait être ensuite affiné par l'appréciation du nombre d'enfants nés non asphyxiés qui témoignerait de l'amélioration de la référence.

$REVNA = \text{Enfants nés vivants non asphyxiés} / \text{Grossesses au 3}^{\text{ème}} \text{ trimestre}$.

2) Bien que la mortalité néonatale soit plus faible à Niamey (24,3 ‰) que dans les autres villes (41,5 ‰) et que dans la zone rurale du Niger (54,5 ‰) [2], il convenait donc de procéder, à chaque niveau de la filière de soin, à l'étude descriptive objective de toutes les prestations dont la qualité est insuffisante, mais qui sont susceptibles d'amélioration sans nécessiter d'importants investissements.

C'est de cette façon qu'on a ainsi montré, de façon concrète, l'absence de décision lorsqu'un symptôme appelle un geste précis, codifié, enseigné, alors que c'est une détection active des risques qui est attendue du personnel médical.

Ce comportement passif entraîne un détournement de l'objectif des prestations de santé. Cette déviation contraste avec le maintien d'une demande élevée de la population, et en tous cas d'une fréquentation remarquable déjà soulignée [12-13].

3) La mortalité néonatale est maximale dans les 24-48 h suivant la naissance [16], l'obtention d'un enfant sain à l'issue d'une grossesse implique à la fois d'améliorer le dépistage et la référence des grossesses à risques (GAR) (en règle : risque maternel) et d'y inclure la notion de GAR *pour l'enfant*, d'une part, et de diminuer les causes directes d'asphyxie du nouveau-né en lui garantissant un accueil de qualité, d'autre part.

Pour répondre à la première démarche une analyse des facteurs de risques représentant le meilleur rapport coût-efficacité, adapté aux conditions matérielles et économiques du pays, s'impose. En effet, les moyens dont on dispose sont toujours insuffisants par rapport aux besoins de la population et il importe de déterminer objectivement quels gains en vie ou en qualité de vie peuvent être obtenus par l'adoption de mesures de santé. Au Zaïre, en 1984, cette démarche a été utilisée [10] pour apprécier le gain potentiel en femmes sauvées d'une dystocie grave (qui représente environ 30 % des causes de décès maternels) en utilisant plusieurs seuils de facteurs de risques et en répondant à la question : Qui doit-on référer ? Sur quels critères ? Pour quel bénéfice ? En effet, un regard rapide sur le tableau 1 des risques que présentent les femmes montre qu'il n'est vraisemblablement pas possible de référer toutes les femmes à risques. L'enquête MOMA de mortalité maternelle, réalisée dans les 6 pays de la zone sahélienne, doit permettre de répondre à ces questions en sélectionnant et hiérarchisant les facteurs de risques à privilégier en fonction du gain désiré.

Sur ces bases, plusieurs interventions ont pu être définies, tant à l'étape prénatale qu'à l'étape néonatale. Nous soulignerons celles qui ont pu être mises en oeuvre de 1992 à 1997. Pragmatiques et adaptés aux conditions locales, les efforts ont porté dans un premier temps sur l'amélioration qualitative de la filière prénatale [13] puis, dans un deuxième temps, sur la détection du risque d'asphyxie de l'enfant et l'accueil du nouveau-né en salle d'accouchement, ou plutôt en « salle de naissance » [18].

Outre une méconnaissance des soins de base aux nouveau-nés, surprenant chez des sages-femmes diplômées, la principale difficulté résidait dans l'organisation et la définition des tâches au sein de chaque formation sanitaire, du fait bien souvent d'une démotivation du personnel et des décideurs de santé.

Interventions concernant la période prénatale

Le suivi des femmes enceintes objective les insuffisances qualitatives de la CPN. Réalisée dans une pièce unique, où sont reçues plusieurs femmes en même temps, la CPN a déjà été largement étudiée lors de la première phase du projet ASFEN [19-20]. Des salles de consultation individuelles ont ainsi été bâties et équipées avec du matériel fabriqué sur place (une table d'examen gynécologique revient ainsi à environ 400 FF au lieu de 4 à 8000 FF).

Le nombre élevé de facteurs de risque dépistés contraste avec la rareté, voire l'absence de décision médicale. Il fallait donc hiérarchiser ces facteurs, sélectionner les plus importants, et rappeler les conduites à tenir. Cela a été l'objet de l'enquête multicentrique de morbidité maternelle MOMA dont les résultats devraient être prochainement disponibles.

Cependant, la CPN et la grossesse à risque ne concernent, dans l'esprit des professionnels et décideurs de la santé au Niger, que la santé de la mère. L'introduction officielle de la notion de " grossesse à risque foetal" permettrait d'agir préventivement sur la morbidité néonatale (prématurité, hypotrophie, infection materno-foetale) et de prévenir la naissance d'un enfant asphyxié. Le tableau 2 reprend les facteurs reconnus de risque pour l'enfant. Ce tableau doit pouvoir être ultérieurement adapté aux conditions africaines, en particulier à l'aide des résultats de l'enquête MOMA, afin de définir des stratégies adaptées de dépistage.

Tableau 2 : Facteurs de risque d'asphyxie néonatale

Facteurs anténatals

Age maternel > 35 ans	Rupture prématurée des membranes
Diabète maternel	(avant tout début de travail)
Hypertention gravidique	Grossesse multiple
Hypertension chronique	Hypo ou hypertrophie foetale
Anémie ou isoimmunisation	Traitement médicamenteux maternel :
Antécédent d'isoimmunisation	carbonate de lithum, sulfate de magnésie,
Antécédent de mort-né	bétabloquants
Hémorragie du 2ème ou 3ème trim.	Toxicomanie maternelle
Infection maternelle	Malformation foetale
Oligoamnios, hydramnios	Diminution de l'activité foetale
Terme dépassé	Absence de surveillance prénatale

Facteurs prénatals

Césarienne en urgence	Anomalie du rythme cardiaque foetal
Présentation anormale	Anesthésie générale maternelle
Accouchement pré- ou post-mature	Hypertonie utérine
Placenta praevia	(hématome rétro placentaire)
Ouverture de l'oeuf > 12 heures	Administration de sédatifs à la mère dans
Expulsion prolongée (> 30 mn)	les 12 heures précédant la naissance
Liquide amniotique malodorant	Liquide amniotique teinté
Travail rapide ou prolongé (> 24 h)	Procidence du cordon

D'après R.S Bloom et C. Croopley, adapté par F. Gold 1996.

Plus simplement, la qualité de l'examen prénatal, le choix des décisions thérapeutiques, la prévention du déficit martial [21], l'appréciation de l'état nutritionnel, et le traitement de l'hypertension ont fait l'objet de recyclages.

Le nombre relativement élevé des consultations prénatales réalisées dans les CSMI à Niamey ne se traduit pas par une meilleure qualité de la grossesse et de l'accouchement et de ses suites. La dernière CPN devrait avoir lieu dans la maternité où la femme doit accoucher ce qui faciliterait son accueil, un conseil adapté, et un meilleur dépistage du risque tant maternel qu'infantile. En particulier, les grossesses à risque d'enfant asphyxié pourraient alors être directement dirigées vers la maternité de référence, réalisant un transfert anténatal beaucoup moins risqué pour l'enfant que celui actuellement pratiqué après la naissance.

Il faudra cependant résoudre un autre problème : en 1997, après l'achèvement des travaux de rénovation de la Maternité Centrale, l'accessibilité financière y est devenue beaucoup plus difficile, car la somme demandée aux parturientes est désormais de l'ordre de 300 FF par accouchement, en dehors des urgences, ce qui rend évidemment difficile une stratégie préventive planifiée. Pourtant, l'orientation correcte de la mère à risque avant l'accouchement est de loin préférable à un transfert postnatal périlleux. Au Bénin, la mortalité des nouveau-nés évacués des maternités périphériques est 4 fois plus élevée que celle des nouveau-nés admis au centre de néonatalogie après être nés à la maternité contiguë [8]. A Niamey, la distance entre les services de pédiatrie et les maternités explique, parmi d'autres facteurs, la létalité très élevée des

nouveau-nés. Élément positif, en 1997, une petite unité de soins au nouveau-né a été adjointe à la maternité de référence, et un pédiatre, nouvellement rentré de formation, y a été affecté.

Interventions concernant la période néonatale

Le mauvais accueil réservé aux femmes dans les salles d'accouchement n'est pas l'apanage de Niamey ou du Niger (A.Pruval, communication personnelle). Cependant, par crainte, les femmes retardent le plus possible leur arrivée à la maternité, et accouchent souvent en chemin. Le bilan, dans notre étude se traduit par 1 mort-né et 1 décès néonatal.

Par ailleurs, l'utilisation effective du partogramme, officiellement adopté dans toutes les maternités, l'appréciation de la souffrance foetale pendant le travail, ainsi que l'augmentation raisonnée des indications de césariennes pour raison foetale (à Niamey, le taux de césarienne de 1985 à 92 était de 0,9 % [12]) permettraient de diminuer la souffrance foetale aiguë. De même, des améliorations dans les infrastructures, dans la prise effective de ses responsabilités de la part du personnel, et dans la maîtrise des gestes élémentaires d'accueil du nouveau-né semblent tout à fait réalisables.

Ainsi, les structures d'accueil du nouveau-né ont été améliorées à partir de matériel local pour un coût modique : table de soins, lampe chauffante, matériel d'aspiration de base (poire manuelle, petite sonde montée sur seringue, aspirateur manuel ou électrique, masque et ballon...). Le maintien d'une hygiène minimale, effort de chaque instant, et la surveillance de la disponibilité du matériel devraient être sous la direction d'une responsable de salle.

Les soins aux nouveau-nés manifestent de sérieuses lacunes. La réanimation néonatale, démythifiée, doit retrouver sa place, celle de quelques principes élémentaires de secourisme, gestes qui doivent être connus de tout le personnel de la salle de travail, et répondant à la stratégie A B C (Airway, Breathing, Circulation)[18]. L'application de ces techniques simples, bien codifiées et non brutales a fait ses preuves au Mali, à Djenné (Dr Joly, communication personnelle), et fait l'objet d'un film pédagogique "La vie entre les mains"(Fondation Leïla Fodil). L'Apgar classique, qui n'est jamais utilisé à bon escient, garde son rôle pédagogique, mais il doit être remplacé pragmatiquement en salle par un standard opérationnel plus facile à réaliser basé seulement sur 3 critères: le mouvement respiratoire, les battements cardiaques comptés sur 6 secondes, et la coloration de l'enfant [18]. Un algorithme de décision, réalisé par l'équipe de la maternité et adapté au contexte, faciliterait la prise de décision.

En dehors des "suites de couches pathologiques", les mères restent moins de 24 h en maternité. L'hospitalisation pour "suite de *naissance* pathologique" permettrait de surveiller l'évolution des enfants à risques les premiers jours, et éventuellement d'organiser un transfert dans de meilleures conditions. Au lieu d'investir dans de trop lourdes structures de néonatalogie, la création de petites unités comprenant dans chaque maternité des infirmières compétentes dans les techniques adaptées de soins aux nouveau-nés, permettrait un suivi adapté des cas difficiles. Proposée dès 1993, cette formation théorique et pratique n'a débuté, et encore que partiellement, qu'en 1995, et sans qu'aucun statut officiel lui soit reconnu (12 infirmières en formation).

Le Niger conditionne le versement des prestations familiales aux visites régulières de l'enfant tous les mois à un Centre de Santé Maternelle et Infantile. L'instauration d'une consultation obligatoire avant la cérémonie d'attribution du nom, traditionnellement réalisée le 7ème jour, permettrait d'intervenir dans la période néonatale précoce. Cette mesure a depuis longtemps été proposée, néanmoins, il convient auparavant d'étudier sur un échantillon plus réduit le coût et l'efficacité d'une telle proposition (combien d'enfants va-t-on pouvoir récupérer en bonne santé ?) car l'étude montre peu de décès au delà des 2 premiers jours de vie et très peu au delà du 7ème jour. Il semble donc plus judicieux de concentrer les efforts sur la période de l'accouchement.

Parallèlement aux réalisations citées ci-dessus, il faut signaler la multiplication, au Niger, en 1997, des programmes de santé centrés sur l'accouchement, mais aussi l'impact attendu des programmes de formation des médecins généralistes à compétence chirurgicale-obstétricale, ainsi que l'équipement de blocs opératoires en province, la rénovation étendue du service de pédiatrie A et de la maternité de référence de Niamey (déjà citée), le retour de spécialistes et l'accroissement des effectifs médicaux. Près de 12 pédiatres nigériens (soit 6 fois plus qu'en 1991) exercent dans le secteur public au Niger, dont 2 en province. Ces faits encourageants témoignent de l'effort fait par le pays en faveur de la santé de l'enfant.

Conclusion

Compte tenu de la concentration du personnel et des formations sanitaires dans les centres urbains et notamment dans les capitales africaines, il est réaliste d'y envisager une sensible réduction de la mortalité néonatale. La situation à cet égard témoigne à vrai dire simplement de la déchéance des services publics.. L'étude de Niamey, au Niger, révèle qu'une part de la mortalité néonatale est évitable par une simple amélioration des prestations existantes. Des mesures réalisables en grande partie avec du matériel local ou des techniques

adaptées semblent réalistes : aménagement des infrastructures et de l'équipement, matériel adapté. La mortalité néonatale est indissociable de la mortinatalité, qui réalise près de 4 à 5 fois plus de morts. L'évolution du taux de naissances vivantes et saines sur le nombre de naissances attendues pourrait refléter les progrès réalisés sur la filière prénatale et périnatale. Le retour à une véritable responsabilité professionnelle du personnel dans le dépistage des naissances à risques représente un point à privilégier. L'individualisation de la " grossesse à risque de naissance difficile " permettrait une orientation précoce vers la maternité de référence pour risque foetal, évitant les transferts périlleux pendant la période postnatale. La consultation du 8 ou 9ème mois en maternité (et non plus en CSMI) permettrait ce dépistage actif. En période périnatale, les efforts doivent porter prioritairement sur la naissance elle-même et les 24 premières heures de vie du nouveau-né. Les stratégies d'accueil du nouveau-né, simplifiées et bien conduites, n'exigeant qu'un minimum d'équipement, ont déjà fait leurs preuves en Afrique. La désignation dans chaque maternité d'infirmières compétentes en puériculture, chargées de l'accueil et du suivi des naissances difficiles, et l'individualisation d'un petit secteur d'hospitalisation des enfants concernés sont envisagées. Ces propositions ont été développées partiellement ou totalement à Niamey de 1992 à 1996 (cf. tableau récapitulatif en annexe), mais l'engagement des décideurs de santé et des responsables des infrastructures de santé demeure une des conditions de l'aboutissement de ces mesures.

Remerciements :

Ce travail a bénéficié d'une aide du Fonds d'Aide et de Coopération de la Coopération Française.

Bibliographie

1. PAPIERNIK J. Morts périnatales évitables par une action prénatale. *J Gyn Biol Repr* 1978 ; 3 bis : 605-607.
2. KOURGUENI I. A., GARBA B., BARRERE B. Enquête Démographique et de Santé au Niger en 1992. Ministère des Finances et du Plan, Direction de la Statistique et des Comptes Nationaux. Niamey, Niger, Macro International Inc, 1992 : 133-53.
3. GRANT J.P. Indicateurs de base in *La situation des enfants dans le monde UNICEF*, 1995.
4. AYIVI V., ALIHONOU E., DAN V, KOUMAKPAI S. Médecine néonatale au Bénin, état actuel et perspectives d'avenir. *Med Afr Noire* 1994 ; 41 : 491-95.
5. RIP M., KEEN C., WOODS D. Intra-urban variations of neonatal and post. neonatal mortality in a developing city. *Soc Sci Med* 1987; 25 : 889-94.
6. OKOLO A., OMENE J. Trends in neonatal mortality in Benin City Nigeria. *Int J Gyn Obst* 1985; 23 : 191-95.
7. IMBERT P., BURGUET A., TEYSSIER J. Facteurs de mortalité néonatale à l'hôpital Principal de Dakar. *Med Trop* 1988; 48: 33-38.
8. ALIHONOU E., DAN V., AYIIVI B., et al. Mortalité néonatale au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou : incidence, causes et moyens de lutte. *Med Afr Noire* 1991; 38: 745-51.
9. Enquête sur le budget et la consommation des ménages au Niger « phase urbaine » (1989-1990). Direction de la statistique et des comptes nationaux, Ministère des Finances et du Plan, 1992: 87 p.
10. VAN LEBERGHE W., VAN BALEN H. Antenatal screening for fetopelvic dystocias. A cost- effectiveness approach to the choice of simple indicators for use by auxiliary personnel. *J Trop Med Hyg* 1984; 87 : 173-183.
11. Système National d'Information Sanitaire, Ministère de la Santé Publique du Niger, Rapport Annuel. Niamey. 1991.
12. VANGEENDERHUYSEN C., ISSOUFFO M., DIATTA H. Statistiques des maternités de Niamey [1985-1992]. Projet Fonds d'Aide et de Coopération : Appui à la santé de la femme et de l'enfant en milieu urbain. Niamey, Ministère de la Santé, Direction de la Santé Maternelle et Infantile, 1993, 12 p.
13. HUGUET D., PRUAL A. La santé maternelle à Niamey, Analyse de situation. Ministère de la Santé Publique, Direction de la Santé Maternelle et Infantile, Projet Fonds d'aide et de coopération : Appui à la santé de la Femme et de l'Enfant en Milieu Urbain, Niamey, Niger, 1989, 163 p.
14. LECOMPTE D., LAMOURE G., ALBENQUE, et al. Les arrondissements du Niger, images socio-économiques. Ministère des finances et du plan,

Ministère de l'équipement, de l'habitat et de l'aménagement du territoire, Projet Fonds Aide et de Coopération "Appui au Plan et à la Statistique" Niamey, Niger 1993. 55 p.

15. BARENNE H., TAHI F. M. La mortalité néonatale sans solution en Afrique sahélienne ? Bilan et perspectives en milieu urbain à Niamey, Niger. Cahiers Santé 1995; 5 : 335-40.

16. GAMATIE Y., PRUAL A., WOLLO J, HUGUET D. Are paediatric wards in developing countries only places to die ? A study of prior to hospitalization risk factors of death among 0-2 year old hospitalized children in Niamey, capital of Niger. J Trop Med 1994 ; 40 : 54-57.

17. KALTER H. D., GRAY R. H. Validation of postmortem interviews to ascertain selected causes of death in children. Int J Epid 1990; 19 : 380-86.

18. BLOOM R. S., CROPLEY C. Cours de réanimation du nouveau-né en salle de naissance. 2 ème ed, Los Angeles 1996. Traduction F. Gold. 127 p.

19. EL HADJ HAMIDINE M. Contribution à l'étude de la qualité de la consultation prénatale et du système de référence des grossesses à risque en milieu urbain. Niamey. Thèse Médecine, Faculté des Sciences de la Santé, Niamey, Niger. 1989, 95p.

20. TOURE A. Epidémiologie des grossesses à risque en milieu urbain au Niger. Thèse Médecine, Faculté des Sciences de la Santé, Niamey, Niger, 1991; 165 p.

21. MURRAY M.J., MURRAY A .B., MURRAY N .J., MURRAY N .B. The effect of iron status of nigerien mothers on that of their infants at birth and six months and on the concentration of Fe in breast milk. Brit J Nutr 1978.39 : 627- 30.

Annexe : Tableau synthétique des interventions visant à réduire la mortalité néonatale à Niamey, Niger

I. Infrastructures et équipement

- Consultations individuelles pour les consultations prénatales (Box de consultations équipés)
- Equipement d'une table d'accueil pour le nouveau-né dans chaque salle d'accouchement
- Réservation dans chaque maternité d'un secteur d'hospitalisation pour les nouveaux-né « suite de naissance pathologique ».

II. Personnel

- Identification de la responsable de la salle d'accueil du nouveau-né (entretien du matériel, formation du personnel)
- Identification de la responsable du suivi médical des naissances difficiles
- Formation dans chaque maternité d'infirmières compétente en puériculture adaptée
- Formation de tout le personnel de salle aux techniques ABC (Airway, breathing, circulation)

III. Stratégies

1. En consultation prénatale (CPN)

- Toutes mesures à même d'améliorer la qualité de la CPN
- Traitement systématique en fer, chimioprophylaxie antipalustre
- Traitement correct des hypertensions gravidiques et des infections maternelles
- Notion de « grossesse à risque foetal »
- Réalisation de la dernière CPN en maternité
- Dépistage des grossesses à risque d'accouchement difficile et de mortalité
- Orientation anté-natale de ces grossesses en maternité de référence

2. En période prénatale

- Dépistage des facteurs de risque d'asphyxie néonatale (et des facteurs de dystocie)
- Utilisation judicieuse du partogramme
- Décision raisonnée de césariennes pour risque foetal.
- Identification et utilisation de techniques simples ayant montré leur intérêt pronostic telle que l'aspiration à la vulve des enfants lorsque le liquide amniotique est teinté.
- Réalisation par le personnel de chaque maternité des algorithmes de décision applicables en salle
- Accueil du nouveau-né suivant technique ABC (cf. texte)
- Equipement d'accueil du nouveau-né en matériel simple (table avec ampoule chauffante, aspirateur buccal à mucosité, tube à masque, kit nouveau-né avec nitrate d'argent, alcool, coton, BCG etc.)

3. En post-partum

- Détection et suivi des « suites de naissances pathologiques » au sein de la maternité
- Suivi médical
- Contrôle avant la sortie des prestations reçues par tout nouveau-né
- Visite systématique au 7ème jour conditionnant le versement des allocations familiales.

IV. Evaluation

- Ratio naissances vivantes en bonne santé sur naissances attendues.

CHAPITRE 3

Evacuation des parturientes à Abidjan

par F. AKOI AHIZI, J.L. PORTAL, K. ANET, P. ORTIZ (†),
A. TANO-BIAN

Selon les statistiques hospitalières, la mortalité maternelle représente la deuxième cause de mortalité chez les femmes de 15 à 49 ans à Abidjan, après le SIDA et avant les cancers [1]. Cependant, les informations sur l'ampleur du phénomène ne sont que partielles, d'abord parce que de nombreux décès surviennent en dehors des services de santé et ensuite parce que les registres d'état-civil sous-estiment les décès des femmes et des jeunes enfants [2]. C'est donc à partir d'enquêtes ponctuelles qu'on mesure le mieux la réalité [3][4]. Avec un taux de mortalité maternelle compris entre 240 et 476 pour 100.000 naissances vivantes, le risque de mourir d'une grossesse est à Abidjan 50 fois plus important que dans les pays industrialisés.

Durant le 2ème semestre 1994, pour mieux cerner les conditions d'évacuation et de prise en charge des parturientes, nous avons réalisé une étude transversale prospective sur un effectif de 344 évacuations.

Abidjan : état des lieux.

En 1990, près de trois quarts des décès maternels sont enregistrés en pré-, per- ou post-partum, contre 28% en début de grossesse (complications des avortements : 22% ; grossesses extra-utérines : 6%) [3]. En 1988, 67,5% des décès enregistrés au CHU de Cocody surviennent pendant le travail, pendant une intervention chirurgicale ou après l'accouchement [5]. La période de l'accouchement représente donc la période à plus haut risque.

Mais la majorité des décès (83% à 85%) sont observés chez les femmes transférées [3][6][7][8][9]. Deux tiers des évacuées meurent dans les 24 heures qui suivent leur admission en service spécialisé [3]. L'analogie entre la proportion d'accouchement recrutés par les maternités urbaines (soit 86 % puisque telle est la proportion des accouchements effectués par les maternités urbaines ou transitant par elles pour enregistrement après naissance à domicile ;

11 % des accouchements ont lieu dans les CHU et 2 % dans les maternités privées ; peut-être 1 % des accouchements ne sont pas déclarés) et la proportion des décès observés chez les évacuées (dans les services spécialisés, 83% à 85% des décès surviennent chez les évacuées[3][6][7][8]) tend à montrer que les CHU n'assurent la surveillance que d'une faible proportion des grossesses et des accouchements à risque, puisque les complications surviennent avec une égale fréquence aux différents niveaux de recours. Les services spécialisés ne feraient donc que recevoir en dernière minute les accouchements compliqués.

Depuis 1992, dans la ville d'Abidjan, 5.000 à 6.500 parturientes sont évacuées chaque année des maternités urbaines et communautaires vers les 3 CHU d'Abidjan. En 1994, 65.459 accouchements ont été enregistrés dans les maternités urbaines, parmi lesquels 20% d'accouchements à domicile. La même année, 5.508 parturientes ont été évacuées avant leur accouchement, et 780 après la délivrance [10]. C'est donc environ 10% des parturientes qui sont évacuées, principalement avant l'accouchement.

En 1994, les 14 maternités publiques et communautaires d'Abidjan, qui enregistrent plus de 86% des accouchements, ne sont pas équipées pour prendre en charge les complications obstétrico-chirurgicales de la grossesse ou de l'accouchement [9]. Seuls les services de gynécologie-obstétrique des CHU de Cocody, Treichville et Yopougon sont en mesure d'assurer extractions instrumentales, césariennes, hystérectomies et transfusions.

Matériel et méthode

L'étude prospective transversale a été réalisée du 1er août au 15 décembre 1994 dans 4 maternités publiques de la ville d'Abidjan. Les évacuations ont été recensées de jour comme de nuit par les deux médecins chargés de ce travail et par les sages-femmes des maternités, à l'aide de fiches conçues à cet effet [10]. Sont incluses toutes les parturientes qui ont fait l'objet d'une décision d'évacuation. Sont exclus tous les avortements, qu'ils soient précoces ou tardifs, de même que toutes les femmes qui ne sont pas en travail.

Chacune des évacuées est suivie au moyen d'une fiche d'enquête complétée au CHU de destination par l'équipe médicale et par le service social. Dans les maternités concernées par cette étude, les assistantes sociales sont chargées, à partir des adresses notées au moment de l'admission, de retrouver les évacuées qui ne se sont pas rendues dans l'un des 3 CHU ou qui ne sont pas retrouvées dans les registres des maternités urbaines.

En définitive, nous avons enregistré 344 décisions d'évacuation, relevé 311 admissions dans les CHU, retrouvé 13 dossiers de femmes dans une autre maternité que celle où elles s'étaient initialement présentées, et comptabilisé 20 perdues de vue. Les parturientes évacuées ont été comparées avec les accouchées enregistrées en maternité et non évacuées [11].

L'échantillon sur lequel nous travaillons ne prétend pas à la représentativité, puisque les maternités n'ont pas été tirées au hasard : nous les avons choisies sur un critère de forte activité, pour des raisons opérationnelles, et elles représentent à elles seules plus de 52% des accouchements [10]. En outre, nous aurons plusieurs occasions de vérifier que notre échantillon se compare favorablement à l'ensemble des évacuations.

Profil épidémiologique des parturientes évacuées

Les parturientes évacuées ne diffèrent pas des femmes enregistrées dans les maternités urbaines pour les variables suivantes : âge moyen, âge moyen à la première grossesse, niveau de scolarisation, gestité et parité moyennes, absence de suivi prénatal et immunisation par l'anatoxine tétanique.

Certes, le taux d'analphabétisme peut paraître plus important chez les évacuées, quand on le compare à celui prévalant dans la population des femmes en âge de procréer [13] ; toutefois, la différence n'est pas significative. Par contre, le niveau de scolarisation conditionne le pronostic. A Abidjan [9] comme ailleurs [5][6], les décès maternels sont enregistrés avec une fréquence anormalement élevée chez les analphabètes. Certes, la fécondité plus importante des femmes non scolarisées (l'indice synthétique de fécondité [ISF] en milieu urbain est de 5,8 pour les analphabètes, 4,8 pour les femmes de niveau primaire, et 3,3 pour les femmes de niveau secondaire ou plus) les amène plus souvent en maternité, et augmente de ce fait l'occurrence des complications [14]. Pourtant, un ajustement sur l'ISF (tableau 1) montre que, par rapport aux analphabètes, le risque de décès au moment de l'accouchement en milieu hospitalier (rapport « % des décès hospitaliers ajustés sur ISF/ % des femmes 15-49 ans », colonne 5) est deux fois moindre pour les femmes de niveau d'instruction primaire et trois fois moindre pour les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus. Chez les analphabètes, souvent démunies, le recours tardif aux structures de soins, et les difficultés à payer les prescriptions hospitalières expliquent le pronostic plus défavorable des complications.

Tableau 1 : Estimation de l'influence du niveau de scolarisation sur la mortalité maternelle hospitalière.

	% des décès hospitaliers [9]	ISF [14]	% des décès hospitaliers ajustés sur ISF	% femmes 15-49 ans Abidjan [13]	col.3/col.4 =
	col. 1	col. 2	col. 3	col. 4	col. 5
Analphabète	71	5,82	64	42,8	1,50
Primaire	21	4,81	23	30,1	0,77
Secondaire ou plus	8	3,34	13	27,1	0,46

Ainsi, par rapport aux femmes analphabètes, la probabilité de mourir au moment de l'accouchement en milieu hospitalier est deux fois moindre pour les femmes de niveau d'instruction primaire et trois fois moindre pour les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus. L'influence du niveau de scolarisation sur la mortalité maternelle hospitalière est mise en évidence par d'autres travaux [5][6][9].

Par contre, aucune différence significative n'est mise en évidence en ce qui concerne le suivi prénatal, l'état matrimonial, la distribution de la gestité et de la parité, la distribution de la taille, la tension artérielle systolique et diastolique, les grossesses multiples et la mortinatalité (tableau 2).

Les parturientes évacuées ont bénéficié en moyenne de 3 consultations prénatales contre 2,7 pour les accouchées en maternité. La différence est faible, mais significative. Elle est probablement due au fait que les femmes présentant une grossesse à risque sont incitées à un meilleur suivi prénatal.

Les femmes célibataires sont sous-représentées parmi les évacuées, probablement parce qu'elles sont moins souvent enceintes que les femmes en union (mariage ou vie maritale) et qu'elles avortent plus souvent [3]. Les primigestes sont significativement plus souvent évacuées que les multigestes. La durée plus longue du travail chez les primipares, et donc leur arrivée plus précoce en maternité, peut expliquer cette différence. La distribution de la taille montre une plus grande fréquence des femmes de petite taille (5,7% de femmes de moins de 1,50 m parmi les évacuées contre 0,95% des femmes accouchant en maternité urbaine).

Une tension artérielle (systolique et diastolique) anormalement élevée est observée 4 à 5 fois plus fréquemment chez les évacuées. La proportion des grossesses multiples est 4 fois plus grande chez les évacuées. Pour elles également, la probabilité d'accoucher d'un mort-né est 4,7 fois plus importante.

Tableau 2 : Profil épidémiologique des parturientes évacuées et des accouchées enregistrées en maternité.

	évacuées		accouchées		EDS/INS [13]	Signification
	% , moyenne	IC 95%	% , moyenne	IC 95%		
âge moyen (ans)	25,2	± 0,7	25,5	± 0,3		NS
âge moyen à la première grossesse	20,3		19,9			NS
analphabètes (%)	51,8	± 5,5	n.d.		42,8 + 5,6	
primaire (%)	25,6	± 4,8	n.d.		30,1 + 5,1	
secondaire et supérieur (%)	22,7	± 4,6	n.d.		27,1 + 5	
célibataire (%)	20		n.d.		35,6 + 4,8	
couple (%)	80		n.d.		53,5 + 5,2	
femmes au foyer (%)	72		n.d.			
petit commerce (%)	18		n.d.			
étudiante (%)	6		n.d.			
salariée (%)	4		n.d.			
gestité moyenne	3,2	± 0,3	3,3	± 0,1		NS
primigestes (%)	36,2	± 5,2	26,7	± 2,8		} chi carré p<0,001
2,3,4,5èmes gestes (%)	43,5	± 5,4	55,5	± 3,1		
6èmes gestes et plus (%)	20,3	± 4,4	17,8	± 2,4		
parité moyenne	1,89	± 0,26	2,18	± 0,14		NS
nullipares (%)	45,0	± 5,4	30,3	± 5,0		} chi carré p<0,001
1,2,3 4èmes pares (%)	38,3	± 5,3	54,4	± 5,4		
5èmes pares et plus (%)	16,7	± 4,0	15,4	± 3,9		
nombre moyen de CPN	3	± 0,2	2,7	± 0,1		chi carré p<0,05
aucune CPN (%)	3,4	± 2,0	30,8	± 1,2		NS
TA systolique > 150 mm Hg (%)	11,6		2,3			chi carré p<0,001
TA diastolique > 90 mm Hg (%)	15,9		14			chi carré p<0,001
taille < 150 cm (%)	3,7		0,95			
taille < 155 cm (%)	23		13			
immunisation VAT correcte (%)	74,4	± 4,9	67,5	± 3,0		NS
grossesse multiple (%)	5,7		1,5			chi carré p<0,001
mortalité (p. 1000)	108		23			chi carré p<0,001

Les principales pathologies motivant une évacuation vers les CHU sont : les dystocies mécaniques (32,1%), les dystocies dynamiques (17,8%), les syndromes vasculo-rénaux (12,7%), les hémorragies (10,2%), les ruptures prématurées des membranes (7,0%), les souffrances foetales aiguës (6,0%). Les antécédents obstétricaux tels que césarienne ou mortinatalité itérative motivent 6% des évacuations (respectivement 5,3 % et 0,6%).

Dans 84% des cas, les équipes hospitalo-universitaires estiment que l'évacuation est justifiée. Ce niveau de pertinence peut être considéré comme satisfaisant, compte tenu du très faible niveau d'équipement des maternités urbaines, parfois dépourvues de thermomètres, de tensiomètres et de stéthoscopes. Dans 16% des cas, le dossier hospitalier porte la mention « accouchement normal » suite à une évacuation motivée le plus souvent par un diagnostic de dystocie (61% des « accouchements normaux ») : la courte expérience en matière de partographe O.M.S. (introduit en juillet 1994) et la consigne d'évacuation donnée par les CHU dès lors que la ligne d'*alerte* (et non la ligne d'*action*) est franchie peuvent expliquer ce pourcentage non négligeable d'évacuations par excès.

Dans les maternités urbaines d'Abidjan, plus d'un tiers des parturientes se présentent en phase d'expulsion. Plus de la moitié d'entre elles accouchent moins d'une demi-heure après leur admission. Ce recours tardif aux services de santé a pour corollaires une surveillance insuffisante du travail, une réduction de l'efficacité opérationnelle du partographe, et une détection tardive des complications de l'accouchement. Cependant, la mise en place du partographe permet pas à elle seule de référer plus tôt les dystocies majeures : nous avons observé 3 ruptures utérines et 11 pré-ruptures ; une étude menée à Conakry (Guinée) montre une prévalence encore plus grande de cette complication [18].

Dans notre série, nous observons que près de 42% des femmes sont évacuées dans le quart d'heure qui suit l'admission : il est évident que ces parturientes, si elles s'étaient présentées plus tôt, auraient également été transférées plus tôt par le simple fait d'une détection plus précoce des complications.

Les évacuées peuvent donc être classées en deux catégories distinctes :

- celles qui sont évacuées très rapidement (42%) : elles présentent un facteur de risque justifiant une admission en service spécialisé ou une complication avérée lors de l'admission.

- celles qui sont évacuées quand une complication survient en maternité (58%). Parmi ces complications, les anomalies de la progression du travail (dystocies mécaniques et dynamiques) sont signalées par le partographe. Cependant, certains facteurs de risque ne sont pas systématiquement détectés, comme les hypertensions artérielles, simplement parce que la salle d'accouchement est dépourvue de tensiomètre.

Modalités d'évacuation

Aucun des transferts n'a été accompagné par une personne ayant une qualification médicale ou paramédicale. La majorité des évacuations se font en taxi (52%), 44% d'entre elles par ambulance, les autres par véhicules privés. L'une des 4 maternités urbaines d'enquête ne dispose pas d'ambulance, mais en 1994 à Abidjan, seulement 7 des 14 maternités urbaines sont dotées d'une ambulance en principe en état de marche. Seule l'évacuation par ambulance garantit l'admission des parturientes dans les CHU (100%), mais le transfert n'est guère plus rapide qu'en taxi ou en véhicule privé (tableau 3). Si l'évacuation s'effectue en taxi ou en véhicule privé, 85% des parturientes parviennent aux CHU, 6% dans une autre maternité urbaine et 9% sont perdues de vue.

Tableau 3 : Durée du transfert selon le type de véhicule (1er quartile, médiane, 3ème quartile et délai maximum observé).

durée du transfert	ambulance	taxi	véhicule personnel
1er quartile	23 mn	25 mn	23 mn
médiane	32 mn	40 mn	38 mn
3ème quartile	50 mn	73 mn	58 mn
maximum	5 h 15 mn	39 h 40 mn	4 h 15 mn

Très souvent, l'ambulance fait un détour au domicile de la parturiente pour préparer le séjour hospitalier (argent, vêtements, etc.). Dans le contexte de l'urgence, ces détours doivent être considérés comme un facteur de risque, puisqu'ils allongent le délai de prise en charge par les services spécialisés. Par ailleurs, ils contribuent à rendre les ambulances moins disponibles.

L'accompagnement des transférées par un médecin ou une sage-femme constituerait une sécurité, notamment en cas d'hémorragie : aucune des

maternités urbaines n'est en mesure de transfuser les parturientes victimes d'une hémorragie. Or, les hémorragies représentent à Abidjan la première cause de mortalité des parturientes, responsable de 32% à 45% des décès [5][6][7][8]. Les transferts pour hémorragie devraient s'effectuer obligatoirement avec une perfusion de macromolécules.

Devenir des évacuées

Il existe une similitude frappante entre les destinations que nous observons (CHU : 90,4%, autre maternité publique : 3,8% et perdues de vue : 5,8%) et la répartition des lieux de décès observée de 1988 à 1993 [8] : 91,9% au CHU, 0,7% en maternité et 7,4% à domicile. C'est là l'une des raisons de penser que notre échantillon nous renseigne convenablement sur l'ensemble des évacuations. Les femmes qui se dirigent vers une maternité urbaine y accouchent normalement ; le pronostic est réservé pour celles qui sont perdues de vue. Signalons cependant que l'une des parturientes, évacuée pour «mauvais effort expulsifs» (*sic !*) a mis au monde un enfant en bonne santé durant le transfert en taxi.

Si les délais d'évacuation semblent relativement corrects en périphérie (médiane : une heure entre la décision d'évacuation et l'admission au CHU), le délai médian entre la décision chirurgicale de césarienne et l'intervention est de 4h 10mn (tableau 4). Quand on sait que pour 50% des évacuées, de l'instant où elles quittent une maternité urbaine à destination d'un CHU, il faudra compter au moins 1 h 45 mn pour obtenir un avis spécialisé et au moins 5 h 30 pour être césarisées, il est facile de comprendre que la part de la mortalité maternelle évitable à Abidjan soit estimée à 89 % par les spécialistes [5][9]. Aménager des salles de travail dans les maternités existantes et inciter les parturientes à se présenter plus tôt réduirait d'une part les délais de prise en charge, d'autre part le taux d'accouchement à domicile [15].

Tableau 4 : Délais lors des différentes étapes des évacuations (1er quartile, médiane, 3ème quartile et délai maximum observé).

	1er quartile	médiane	3e quartile	maximum
admission en maternité - décision d'évacuation	5 mn	30 mn	3 h 22 mn	23 h 45 mn
décision d'évacuation - départ de la maternité	15 mn	25 mn	40 mn	10 h 10 mn
départ de la maternité - admission en CHU	25 mn	35 mn	1 h	3 h 35 mn
admission en CHU - indication thérapeutique	15 mn	45 mn	3 h 02	8 h 50
indication - césarienne	1 h 58 mn	4 h 10 mn	7 h 25 mn	23 h 01 mn

Les délais observés entre l'admission et les indications thérapeutiques d'une part (médiane : 45 minutes), l'indication chirurgicale et l'intervention d'autre part (médiane : plus de 4 heures), incitent à revoir l'organisation de la prise en charge des urgences obstétricales dans les centres spécialisés. Au niveau des services spécialisés, à un moment où le pronostic est étroitement lié à la rapidité de prise en charge, on devrait avoir la garantie que les blocs opératoires, les personnels spécialisés ainsi que les médicaments et consommables de première nécessité soient disponibles à tout moment.

Il n'y a pas de liaison significative entre le niveau de scolarisation et le délai « décision de césarienne - intervention » d'une part (tableau 5), et le taux de césariennes d'autre part (tableau 6).

Tableau 5 : Délai « décision de césarienne - intervention » en fonction du niveau de scolarisation (1er quartile, médiane, 3ème quartile et délai maximum observé).

	1er quartile	médiane	3e quartile	maximum
pas de scolarisation	1 h 31 mn	4 h 35 mn	7 h 38 mn	15 h 09 mn
primaire	2 h 49 mn	4 h 10 mn	10 h 27 mn	23 h 01 mn
secondaire ou plus	1 h 46 mn	4 h 03 mn	6 h 37 mn	13 h 40 mn
ensemble	1 h 58 mn	4 h 10 mn	7 h 25 mn	23 h 01 mn

Tableau 6 : Taux de césarienne dans les services spécialisés en fonction du niveau de scolarisation

	taux de césarienne (%)
pas de scolarisation	23,3 ± 4,9
primaire	27,4 ± 5,2
secondaire ou plus	30,6 ± 5,4

Il existe par contre une liaison entre les délais d'intervention et le CHU d'accueil (tableau 7).

Tableau 7 : Délai « décision de césarienne - intervention » en fonction du CHU de destination (1994)

	1er quartile	médiane	3e quartile	maximum
CHU Cocody (n=24)	2 h 13 mn	4 h 30 mn	6 h 45 mn	8 h 47 mn
CHU Treichville (n=39)	3 h 31mn	5 h 30 mn	8 h 17 mn	23 h 1 mn
CHU Yopougon (n=10)	41 mn	1h 12 mn	1 h 33 mn	4 h 55 mn

En définitive, la mortalité des parturientes évacuées admises dans les services spécialisés est de 1,3% (4 décès pour 311 évacuées admises au CHU). La mortinatalité est de 108 pour 1.000 (35 mort-nés pour 288 nouveau-nés vivants). Le taux de césarienne chez les évacuées est de 26% (proche de celui mentionné (29%) par une étude hospitalière menée de 1978 à 1982 [8]), à comparer à 2,7% dans la population générale. Dans 56% des cas, la césarienne est faite chez une nullipare. Chez 18 femmes dont l'utérus est cicatriciel, nous notons 10 accouchements normaux par voie basse et 8 césariennes.

Accessibilité des services

La prise en charge des grossesses à risque par les services spécialisés est médiocre (cf. le chapitre « La qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur sanitaire public d'Abidjan »). Il est probable que l'accessibilité des services joue son rôle dans ce résultat. En particulier, il est tout à fait possible que le tarif élevé des consultations spécialisées (2.500 à 5.000 FCFA) soit dissuasif, et que les gestantes considèrent comme suffisantes les consultations gratuites de routine. La réduction des coûts de prise en charge par les services spécialisés (consultations moins chères ; disponibilité effective, et à suffisance, des médicaments essentiels génériques) contribuerait à fidéliser la clientèle et devrait inciter les gestantes à risque à accoucher dans les services dotés d'un plateau technique adéquat.

Il en va de même à un autre niveau. En 1970, le temps de latence entre la décision de faire une césarienne et sa réalisation était de 15 mn, aujourd'hui il peut aller jusqu'à 24 et même 48 heures [16]. Le statut d'établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) des CHU a nettement accru la tendance à imposer le recouvrement des coûts comme préalable aux gestes d'urgence. Le temps que les familles consacrent à rassembler la somme nécessaire aux interventions est incompatible avec les urgences obstétricales. Ce constat a motivé en octobre 1995 une décision du Ministère de la Santé Publique : pour les césariennes, un kit doit être fourni immédiatement à l'équipe chirurgicale, le recouvrement des coûts étant différé à la période postopératoire [17]. Cette circulaire n'a cependant pas suffi à rendre le kit disponible dans tous les services spécialisés. En 1996, au CHU de Treichville, plus de 90% des gestantes césarisées ont dû acquérir une partie ou la totalité des médicaments et consommables auprès des officines privées ! Par ailleurs, le délai décision de césarienne - intervention n'a pas évolué favorablement (tableau 7 [19]).

Tableau 8 : Délai « décision de césarienne - intervention » en fonction du CHU de destination (1996)

	1er quartile	médiane	3e quartile	maximum
CHU Treichville (n=53)	4 h 20 mn	6 h 50 mn	10 h 07 mn	34 h
CHU Yopougon (n=33)	50 mn	1h 12 mn	3 h	12 h 34 mn

Cette étude suggère que le recouvrement des coûts, appliqué sans discernement, en contradiction avec les instructions ministérielles récentes (1995) [17], contribue à dégrader les conditions de prise en charge des urgences obstétrico-chirurgicales, comme le montrent d'autres études effectuées au Ghana, au Nigeria et en Sierra Leone [20]. Il serait indiqué de constituer un fonds spécial alloué à la prise en charge des urgences obstétrico-chirurgicales, fonds qui pourrait être alimenté par les recettes générées par les consultations prénatales, et/ou par la redistribution des ressources hospitalières, et/ou par une contribution du gouvernement.

Conclusion

Notre étude suggère qu'à Abidjan, la prise en charge des complications de l'accouchement souffre essentiellement de l'organisation inadéquate des transferts et des services spécialisés. Dans ce domaine on devrait simplement s'attacher à gagner du temps à toutes les étapes qui jalonnent le parcours des parturientes évacuées. Une réelle mobilisation professionnelle s'impose, notamment en matière d'organisation des services, mais on peut y ajouter quelques autres recommandations :

- il faut d'abord inciter les parturientes à se présenter plus tôt dans les maternités urbaines ; il faut aussi leur expliquer que lorsqu'une complication survient à domicile, elles doivent se présenter directement dans les services spécialisés ;
- les ambulances doivent être réservées aux évacuations des urgences, et les détours par le domicile des parturientes doivent être évités ;
- les transferts doivent être médicalisés et les parturientes qui présentent une hémorragie importante devraient systématiquement être évacuées avec une perfusion de macromolécules ;

- le recouvrement préalable des coûts ne doit pas être appliqué aux urgences obstétricales, contrairement à la pratique qui s'est instaurée dans les formations sanitaires publiques.

Bibliographie

1. DE COCK K. et al.: AIDS, The leading cause of adult death in the West African city of Abidjan, Ivory Coast, *Science*, 1990, (249), 793-796.
2. GARENNE M., MADISON M., TARANTOLA D., ZANOUB., AKA J., DOGORE R.: Conséquences démographiques du SIDA en Abidjan, 1986-1992, CEPED, Paris 1995 198 p.
3. SMI-FRANCE : Recherche opérationnelle sur la mortalité maternelle dans l'agglomération urbaine d'Abidjan (Côte d'Ivoire), Rapport, mai 1993.
4. BERCHE T., ORTIZ P., EONO P., PORTAL J.L., BARBE T., KOFFI A.S., BOHOUSSOU K.M., TOURE C.K., WELFFENS-EKRA C., ZADI F., TANO-BIAN A.: Enquête multicentrique MOMA sur la morbidité et la mortalité maternelles en Afrique de l'Ouest, Résultats de la Côte d'Ivoire, juin 1997.
5. BOHOUSSOU K.M., DJANHAN Y., BONI S., KONE N., WELFFENS-EKRA C., TOURE C.K. : La mortalité maternelle à Abidjan en 1988, *Médecine d'Afrique Noire* : 1992, 39 (7).
6. BOHOUSSOU K.M., KONE N., DJANHAN Y. : Etude épidémiologique de la mortalité maternelle à Abidjan, *Inter-Fac Afrique* n° 13, 1990.
7. CAMARA S. : Evacuations sanitaires d'urgence en obstétrique, bilan de 2 années d'étude au CHU de Cocody, Thèse Méd., Abidjan, 1986, 741.
8. BOHOUSSOU K.M., BONI S., AW O.T., ANONGBA S., DJANHAN Y., SANGARET M. : La mortalité maternelle au cours de la parturition et le post-partum immédiat, étude hospitalière, *Afr. Méd.*, 1986, 25, 239 (125-130).
9. BOHOUSSOU K.M., DJANHAN Y., BOKOSSA E., KONE N., WELFFENS-EKRA C., TOURE K., TONNEAU P. : La mortalité maternelle à Abidjan (Côte d'Ivoire) de 1988 à 1993, *Médecine d'Afrique Noire* : 1995, 42 (11).
10. AKOI AHIZI F., ANE K., PORTAL J.L. : Les conditions d'évacuation des parturientes à Abidjan, Direction Régionale de la Santé du Sud/Projet Santé Abidjan, déc. 1994.
11. PORTAL J.L.: Accouchements dans les maternités publiques d'Abidjan, Direction Régionale de la Santé du Sud, juillet 1994.
12. Ministère de la Santé Publique, Direction Régionale du Sud : Evolution des activités dans les établissements sanitaires et les FSU à base communautaire d'Abidjan, 1992-1996, juin 1997.
13. Institut National de la Statistique/Macro International Inc. : Enquête démographique et de santé, 1994.

14. Institut National de la Statistique, Recensement général de la population et de l'habitat 1988, Analyse des résultats définitifs, Structure, état matrimonial, fécondité et mortalité, volume 3, tome 1.
15. ORTIZ P., PORTAL J.L., EONO P., ADOM S.K., AKOI AHIZI F., CISSE A.L., TANO-BIAN A.: Abidjan, déterminants et conséquences des accouchements à domicile, Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique, Abidjan, décembre 1996.
16. TANO-BIAN A., AMADI N., BRUNET-JAILLY J., BALIQUE H., PAQUET C., FLOURY B., Projet Santé Abidjan 1992-1996, République Française/République de Côte d'Ivoire, 1992.
17. Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Circulaire n° 4398 du 2 octobre 1995.
18. THONNEAU P., XU Q., TOURE B. : Obstetric transfers and maternal mortality : a study in Conakry, Guinea, Health Policy and planning, 9 (1) : 81-90 (1994).
19. RABET A.: Evaluation de l'utilisation des fiches d'évacuation des urgences obstétricales, Rapport Direction Régionale du Sud, janvier 1998.
20. Center for Population and Family Health, Columbia University : Situation Analyses of Emergency Obstetric Care, Examples from eleven Operations Research Projects in West Africa, Soc. Sci. Med., Vol 40, n° 5, pp. 657-667, 1995.

CHAPITRE 4

La qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur sanitaire public d'Abidjan.

par J.L. PORTAL, C. WELFFENS-EKRA, K. TOURE-COULIBALY,
K.M. BOHOUSSOU

La prise en charge obstétricale est une stratégie essentielle dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et périnatale. En 1996, la capitale économique ivoirienne compte 25 services de consultations prénatales et 20 maternités de premier recours au sein des formations sanitaires urbaines (FSU) et communautaires (FSU-Com). Les services de santé maternelle des FSU-Com, bien que privés à but non lucratif, font l'objet d'une analyse commune avec les services publics, à la fois parce qu'ils sont placés sous tutelle du Ministère de la Santé Publique et parce que les prestations qui y sont délivrées sont de même nature. De plus, chacun des 3 CHU dispose de services spécialisés destinés à accueillir les grossesses et les accouchements à risque. La prise en charge par le secteur privé lucratif est quantitativement négligeable (moins de 2% des accouchements) et n'est donc pas abordée ici.

Dans la ville d'Abidjan, 97% des gestantes bénéficient d'au moins une consultation prénatale et 97% des parturientes se présentent dans les services publics de santé, tous niveaux confondus (CHU, maternités publiques, maternités communautaires), que ce soit pour l'accouchement ou pour les soins du post-partum immédiat et l'enregistrement de l'enfant.

Dans le présent chapitre, nous analysons à partir des données disponibles le contenu et la qualité des prestations fournies.

1. Abidjan, état des lieux

Abidjan, comme les autres grandes villes africaines, a vu en deux décennies les quartiers précaires se développer d'abord à l'intérieur et autour des communes les plus anciennes, et ensuite en périphérie des communes nouvelles à fortes possibilités d'extension (Abobo et Yopougon). Si les quartiers les plus anciens sont les mieux pourvus en établissements sanitaires, les nouveaux quartiers, qui sont aussi les plus peuplés, et ceux dans lesquels les conditions socio-économiques sont les moins favorables, ont un accès plus difficile aux

prestations sanitaires préventives et curatives, parce que les établissements sanitaires publics y ont été développés moins vite que la population ne s'accroissait. L'accessibilité des services spécialisés reste précaire pour les populations les plus fragiles, d'une part en raison du coût de la prise en charge spécialisée, d'autre part en raison de l'enclavement des quartiers pauvres qui allonge le périple des parturientes en quête de soins d'urgence. L'explosion démographique urbaine offre un nouveau défi aux responsables sanitaires, tout particulièrement en ce qui concerne les urgences obstétricales.

Niveau des mortalités maternelle et périnatale

La mortalité maternelle¹, la mortinatalité² et la mortalité néonatale³ précoce permettent en première analyse d'estimer la qualité de la prise en charge obstétricale dans les services publics de santé.

Globalement à Abidjan, la mortalité maternelle est estimée, à partir de statistiques hospitalières, à 234-260 pour 100.000 naissances vivantes entre 1989 et 1992 [1] en dehors de la mortalité à domicile ; 95% des décès répertoriés sont enregistrés dans les services spécialisés et 5% dans les maternités urbaines ou pendant le transfert. Une autre étude réalisée de 1988 à 1993 prend également en considération les décès à domicile (7,5% des morts maternelles) à partir des registres de l'état-civil [2], dont on sait cependant qu'ils sous-estiment les décès d'adultes de sexe féminin [3]. D'autres raisons contribuent à la sous-estimation de la mortalité maternelle, comme cela a été montré dans les pays dotés d'un service d'état-civil fiable (France, Etats-Unis), notamment la méconnaissance de l'état de gravidité au moment de la certification du décès ou encore la complexité des états pathologiques [1].

Le niveau de mortalité maternelle d'une commune située au Nord d'Abidjan (Abobo, 650.000 habitants), caractérisée par un développement démographique rapide et un sous-équipement en infrastructures sanitaires, est évalué par une enquête prospective menée en 1995 auprès de la population : plus de 3.000 femmes enceintes ont été suivies pendant leur grossesse, leur accouchement et les 6 semaines du post-partum [4]. L'étude dénombre 30% de décès à domicile⁴, et estime à 428 pour 100.000 la mortalité maternelle, avortements et grossesses extra-utérines exclus⁵.

¹ Décès d'une femme survenant pendant la grossesse, l'accouchement ou les 6 semaines du post-partum.

² Proportion d'enfants mort-nés.

³ Mortalité des nouveau-nés dans la première semaine de vie.

⁴ 4 des 13 décès enregistrés ont eu lieu au domicile des femmes suivies.

⁵ Dans les statistiques hospitalières, les avortements et les grossesses extra-utérines représentent 28% des causes de décès [1].

La mortalité maternelle d'Abidjan est nettement plus faible que celle estimée pour l'ensemble de la Côte d'Ivoire (810 pour 100.000) [5]. La meilleure couverture des gestantes et des parturientes par les infrastructures disponibles joue certainement un rôle déterminant dans ces résultats plus favorables.

Concernant les nouveau-nés, les statistiques sanitaires des maternités urbaines d'Abidjan indiquent en 1996 un taux de mortalité de 24‰ et une proportion de décès de nouveau-nés en maternité de 2‰ [6].

Comme pour la mortalité maternelle, l'enquête en population montre que les statistiques sanitaires sous-estiment la mortalité périnatale. Aux mort-nés et aux décès de nouveau-nés notifiés par les maternités urbaines, il faut encore ajouter un taux de mortalité durant la première semaine de vie de 16‰ [4]. Une partie de ces décès est la conséquence directe du traumatisme obstétrical et d'une surveillance insuffisante de l'accouchement. Dans la commune d'Abobo, la mortalité périnatale est estimée à 56‰. Les chiffres de l'ensemble d'Abidjan, et ceux propres à la commune d'Abobo, sont similaires à ceux indiqués par l'O.M.S. pour l'ensemble du pays (40 à 59‰) [7].

Les meilleures estimations concernant Abidjan [4] sont comparables à celles qui ont été obtenues par la même enquête dans 4 autres capitales d'Afrique de l'Ouest (tableaux 1 et 2), mais la situation de la capitale économique ivoirienne apparaît nettement défavorable.

Tableau 1 : Estimation de la mortalité maternelle dans les villes de 5 pays d'Afrique de l'Ouest (MOMA, 1996)

	mortalité maternelle (1er trimestre exclu) (décès pour 100.000 naissances vivantes)
Ouagadougou	318
Abidjan	428
Bamako	274
Nouakchott	161
Niamey	371

Source : [29] p. 47

Tableau 2 : Mortalité périnatale dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest

	Décédés pendant le transport	mort-nés	décédés en maternité	décédés la 1ère semaine	total des décédés	nouveau- nés	mortalité périnatale (%)
Ouagadougou	0	61	23	26	110	3249	33,9
Abidjan	0	123	16	55	194	3490	55,6
Bamako	9	61	35	44	140	3460	40,5
Nouakchott	0	103	22	27	152	3347	45,4
Niamey	0	53	36	22	111	3213	35,5

Source : [29] p. 53

2. Qualité du suivi prénatal

Les consultations prénatales (CPN) sont fréquentées par plus de 97 % des gestantes [8]. En 1996, les 25 services fonctionnels ont assuré près de 200.000 CPN.

Qualité de l'accueil

Les services doivent en principe fonctionner non seulement le matin, mais aussi l'après-midi ; une évaluation récente montre que 20% des services ne se plient pas à cette discipline. Le temps moyen nécessaire à la cliente pour obtenir une CPN est de 3 h 50 mn en 1994 (minimum 1 h 30 mn, maximum 6 h). L'attente imposée aux gestantes est surtout liée à la mauvaise organisation des services. En moyenne, chaque sage-femme assure 9 consultations par jour ouvrable [8]. Les CPN sont en principe gratuites.

Régularité du suivi prénatal

Plus de 30 % des gestantes effectuent une seule CPN et plus de la moitié un maximum de 2 CPN pendant leur grossesse. L'insuffisance du suivi prénatal est lié d'une part à l'analphabétisme [10], à l'ignorance [2] et à la négligence, d'autre part aux dispositions réglementaires en vigueur dans le pays. La première CPN est l'occasion d'acheter un carnet de santé qui facilite les formalités administratives au moment de la déclaration de l'enfant, condition pour inscrire plus tard l'enfant à l'école. Mais aussi, l'accueil souvent médiocre (cf. ci-dessus) et le coût des prescriptions (médicaments : 20.000 à 30.000 FCFA, bilan biologique prénatal : 4.500 à 8.500 FCFA, échographie : 10.000 FCFA) contribuent à favoriser la déperdition entre la première consultation et les suivantes, et donc à l'insuffisance du bilan prénatal.

En définitive, la moyenne est de 2,7 CPN par femme suivie, alors que les textes réglementaires recommandent 4 consultations (premier trimestre, deuxième trimestre, 8ème et 9ème mois).

Equipped des services prénatals

A Abidjan, capitale de la Côte d'Ivoire, en mars 1996, un tiers des services de CPN n'ont pas de tensiomètres en état de fonctionner et près de la moitié d'entre eux n'ont pas de toise. Tous disposent de tables d'examen, de stéthoscopes obstétricaux, de mètre-rubans, de pèse-personnes, de gants d'exams, d'eau courante et de savon [11].

Bilan biologique prénatal

Le bilan biologique prénatal recommandé par les services de l'administration comprend la recherche d'albumine urinaire, le dosage du taux d'hémoglobine, le groupage sanguin, la recherche d'une syphilis évolutive, la détection des hémoglobinopathies, la détection immunologique de la toxoplasmose et de la rubéole.

Pourtant, seuls 5 des 25 établissements assurant la consultation prénatale disposent d'un laboratoire en mesure d'effectuer les quatre premiers examens. En réalité, la plupart de ces examens ne sont presque jamais effectués, à l'exception de l'albuminurie (réalisée dans plus de 90% des cas). Une minorité de gestantes (1 à 10% d'entre elles selon les examens) effectue cependant une numération-formule sanguine, une identification du groupe sanguin, une sérologie syphilitique et éventuellement une électrophorèse de l'hémoglobine. Le coût de ces quatre examens dans les laboratoires des services publics est compris entre 4.500 et 8.500 FCFA. Si une gestante souhaite effectuer la totalité des examens recommandés dans un laboratoire privé, il lui en coûtera près de 80.000 FCFA.

Immunsation par l'anatoxine tétanique

Entre 1994 et 1996, des mesures ont visé à améliorer l'immunsation des gestantes par le vaccin antitétanique (VAT), en recommandant d'une part la vaccination au sein du service prénatal, d'autre part la réduction des occasions manquées. En fait, moins de la moitié des services prénatals administrent le VAT sur place ; les gestantes sont alors contraintes à se diriger vers l'unité de vaccination de l'établissement, et elles ont de ce fait à supporter une nouvelle attente. Une évaluation récente montre cependant une diminution significative des occasions manquées de vaccination par le VAT [12,13], qui passe de 35%

(1995) à 7% (1996). On estime qu'à Abidjan, plus de 90% des parturientes sont correctement immunisées [13] et le nombre de doses de VAT administrées a pratiquement doublé entre 1994 et 1996 (cf. le chapitre sur les activités vaccinales de routine dans les établissements sanitaires publics et communautaires d'Abidjan).

Couverture par le fer folate et la chloroquine

Théoriquement, en Côte d'Ivoire, les gestantes devraient bénéficier d'une supplémentation en fer et acide folique durant 2 mois et d'une couverture par la chloroquine pendant la totalité de la grossesse (600 mg la première semaine et 300 mg les semaines suivantes). Le haut niveau d'endémie palustre, la forte prévalence des ankylostomiasés et le déficit en micronutriments induit par certains régimes alimentaires justifient cette recommandation [14]. L'administration systématique de chloroquine et de fer folate, préconisée par le Paquet Minimum d'Activités, permettrait de réduire les conséquences quelquefois dramatiques des hémorragies, à l'origine de 41 à 45% des cas de mort maternelle [2,15]. On sait que la perte d'un litre de sang peut-être très bien supportée par une femme en bonne santé alors qu'une perte de 200 ml peut facilement être mortelle chez les femmes anémiées [14].

Plusieurs études ponctuelles montrent que la couverture effective des femmes enceintes est faible : dans la commune d'Abobo, au 8ème mois de grossesse, seulement 38% des femmes bénéficient d'un traitement par fer folate et 35% d'une chimioprophylaxie antipaludique par chloroquine [4].

Les prescriptions sont très variables d'un service à l'autre : 50% à 95% des gestantes pour le fer folate et 29% à 87% pour la chloroquine. En outre, ces prescriptions sont malheureusement limitées dans le temps (habituellement une semaine à un mois). En définitive, on peut estimer que rares sont les gestantes qui suivent une chimioprophylaxie antipaludique continue et que la plupart de celles qui bénéficient d'un traitement pour l'anémie ne le reçoivent pas en quantité suffisante.

Les prescriptions prennent la forme d'ordonnances à présenter à une officine privée, comme l'impose le Ministère pour tous les patients ambulatoires, à l'exception du premier jour de traitement qui peut être délivré par la Pharmacie de la Santé Publique (PSP), tolérance qui ne présente aucun intérêt pour les femmes enceintes. Dans les officines privées, on ne trouve en pratique que des spécialités, qui sont 10 à 40 fois plus chères que les médicaments essentiels (parfois génériques, parfois en nom de marque) que distribue la PSP. En officine privée, le coût moyen du fer folate et de la chloroquine

prescrits pour une grossesse est de l'ordre de 20.000 FCFA, alors qu'il ne serait que de 925 FCFA s'il était délivré intégralement par la PSP. Rappelons que le salaire minimum garanti était de 30.624 FCFA en 1982, et qu'il n'a bénéficié, au lendemain de la dévaluation (1994), que d'une revalorisation de 10% [16].

Une fois sur deux, les sages-femmes prescrivent le traitement le plus coûteux, que ce soit pour la chloroquine (Nivaquine® 300mg B/4) ou pour le fer folate (Tot'héma® ou Fer UCB® ampoules buvables, B/20). Cette attitude est largement motivée par l'action des délégués médicaux. En conséquence, lorsque les gestantes se présentent en officine, 26 % d'entre elles n'achètent pas le fer folate, et 56% n'achètent pas la chloroquine ou n'achètent que partiellement le traitement qui leur est prescrit [17].

Il y aurait de grands avantages, du point de vue de la santé publique, à autoriser la délivrance de l'intégralité des prescriptions de chloroquine et de fer folate par la Pharmacie de la Santé Publique : ce ne serait après tout qu'une application de la politique des médicaments essentiels.

Référence des grossesses à risque vers les services spécialisés

En 1995 et 1996, les consultations prénatales ont permis de détecter une grossesse à risque chez 6 à 8% des gestantes [6]. Dans l'enquête MOMA [4], sur 413 grossesses à risque détectées, 100 gestantes ont été l'objet d'une décision de référence vers les services spécialisés et seulement 19 d'entre elles se sont présentées dans un CHU pour l'accouchement. Les décisions de référence sont principalement motivées par les facteurs de risque suivants : hauteur utérine > 36 cm (23 cas), HTA diastolique > 90 mm Hg (22 cas), antécédents de mort-né (20 cas), protéinurie isolée de 1 à 3 croix (17 cas), petite taille et/ou antécédent de césarienne (11 cas).

Les statistiques des services spécialisés confirment que la majorité des grossesses à risque sont admises en dernière minute à la suite d'une évacuation par les maternités urbaines. Le tableau 3 montre que la majorité des facteurs de risque n'influe que très peu sur la décision d'accoucher d'emblée dans un service spécialisé.

Tableau 3 : Distribution des parturientes à risque en fonction du lieu où elles ont initialement tenté d'accoucher (Statistiques CHU Cocody, 1993).

facteur de risque ou complications	parturientes se présentant directement dans les CHU	évacuées des maternités urbaines vers le CHU
éclampsie	11%	89%
gestose	20%	80%
placenta praevia hémorragique	16%	84%
utérus cicatriciel	41%	59%
gémelliparité	13%	87%
âge < 17 ans	17%	83%
taille < 1,50 m	31%	69%

Comme les facteurs de risque cités justifient un accouchement dans un service spécialisé, on devrait constater, dans la seconde colonne du tableau, que 100 % des parturientes concernées se sont présentées directement au CHU, sur les conseils des personnels soignants. Or (colonne 3) 60 à 90 % des femmes présentant l'un des risques ou complications cités s'adressent d'abord à une maternité qui n'a pas la compétence de les prendre en charge.

Au total, la référence des gestantes à risque vers les services spécialisés est peu efficace, et dans la majorité des cas, le diagnostic de grossesse à risque reste un simple constat qu'aucune action spécifique ne suivra. Généralement, le suivi spécialisé qui pourrait s'imposer est peu accessible, parce que les consultations des CHU sont payantes (2.500 à 5.000 FCFA selon l'établissement) et les ordonnances extraordinairement coûteuses.

Une étude récente montre que les relations fonctionnelles entre les CPN des formations sanitaires et les services spécialisés sont particulièrement peu développées [18].

3. Qualité de la prise en charge des accouchements

A Abidjan, 97 % des accouchements ont lieu au sein des établissements publics de soins tous niveaux confondus⁶ ou s'y présentent en post-partum immédiat pour obtenir des soins et enregistrer l'enfant. Les recours aux services

⁶ FSU-Com incluses

privés sont peu fréquents et la part des accouchements non déclarés faible. Dans la commune d'Abobo, environ 1,5% des accouchements ne sont pas déclarés.

Tableau 4 : Naissances enregistrées selon le lieu d'accouchement (Abidjan, 1992) [1]

lieu d'accouchement	accouchements	%
maternités périphériques	60 427	69,3
domicile	15 017	17,2
CHU	9 910	11,4
maternités privées	1 822	2,1
total	87 176	100

Accouchements à domicile

Les nouvelles maternités communautaires ont contribué à réduire le taux d'accouchements à domicile. Ainsi, dans la commune d'Abobo, ce taux est-il passé de 32,9% à 22,6% entre 1992 et 1996 [6], coïncidant avec l'ouverture de 3 FSU-Com donnant un total de 5 maternités disponibles pour une population de 650.000 habitants.

Cependant, la proportion d'accouchements à domicile reste relativement élevée (17% environ) comparée à celle d'autres capitales d'Afrique de l'Ouest (Ouagadougou : 5,6% ; Bamako : 8,8% ; Nouakchott : 8,2%). Elle est cependant moins importante qu'à Niamey (26,5%) [résultats non encore publiés du groupe MOMA, aimablement communiqués]. Les accouchements à domicile ne correspondent pas forcément à un choix délibéré de la part des parturientes : la raison avancée par la plupart d'entre celles qui accouchent à domicile est que le travail a duré moins d'une heure ; certaines affirment également que les douleurs n'étaient pas assez fortes pour se présenter en maternité, ou simplement qu'elles ne savaient pas qu'elles allaient accoucher ; en majorité, les femmes qui ont accouché à domicile disent qu'elles auraient préféré accoucher en maternité (seules 5% d'entre elles disent préférer le domicile par habitude) ; enfin, 35% des accouchées à domicile disent redouter le mauvais accueil des sages-femmes [19].

Comme dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, la plupart des facteurs de risque détectés pendant les CPN n'empêchent pas les femmes d'accoucher à domicile (tableau 5).

**Tableau 5 : Proportion des femmes qui accouchent à domicile
selon le facteur de risque
[MOMA]**

	Ouagadougou	Abidjan (Abobo)	Bamako	Nouakchott	Niamey	Sénégal
Taille < 1,50 m	19%	15%	14%	5%	13%	31%
Antécédent de césarienne	3%	15%	8%	13%	10%	15%
Antécédent de mort-né	8%	31%	10%	13%	32%	33%
Hauteur utérine > 36 cm	7%	4%	10%	0%	23%	29%
Protéinurie	4%	19%	8%	8%	26%	34%
Tension artérielle diastolique > 9	11%	21%	13%	8%	23%	32%
% d'accouchements à domicile	5,6%	25,7%	8,8%	8,2%	26,5%	33,6%

[Source : résultats non encore publiés du groupe MOMA, aimablement communiqués]

A Abidjan, la moitié des accouchements à domicile sont assistés par une parente ou une voisine, un tiers par une accoucheuse traditionnelle. Environ 14% des femmes mettent leur enfant au monde sans aucune assistance [19].

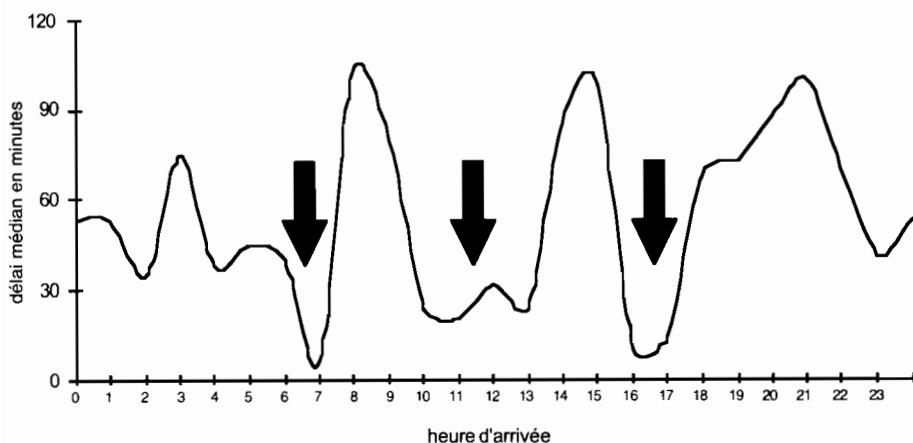
Accouchements en maternité.

La fonction première d'une maternité est d'assurer une surveillance correcte du travail et de l'accouchement. A Abidjan, en 1994, 38 % des parturientes accouchent dans les 10 minutes qui suivent leur admission ! 61,7% des femmes se présentent moins d'une heure avant leur accouchement [8]. En 1996, ce taux est de 40,6%, attestant d'une surveillance certes plus longue, mais toujours insuffisante [11].

En fait, les maternités urbaines publiques ne sont pas organisées et équipées pour recevoir suffisamment tôt les parturientes en phase de travail, simplement parce qu'il n'y a pas assez de place pour les accueillir. Une reconversion de quelques salles de suite de couches en salles de travail permettrait d'accueillir plus précocement les parturientes. Une réorganisation des services s'impose donc.

Le délai entre l'admission et l'accouchement, et donc la durée effective de la surveillance qu'offre la maternité, est en réalité tributaire de l'accès aux moyens de transport (figure 1). Ce délai est long (la surveillance peut alors s'exercer) quand les véhicules de transport publics (camionnettes et taxis) sont nombreux et disponibles (c'est-à-dire de 8h30 et 10h30, 14h00 à 16h00, 18h00 à 23h00), mais il est court quand ces véhicules sont peu disponibles (soit très sollicités : 7h00-8h30, 10h30-14h00, 16h00 à 18h00, soit rares entre 23h00 et 4h00).

Figure 1 : Délai médian entre l'arrivée en maternité et l'accouchement selon l'heure d'arrivée



A ce facteur indépendant des services de santé s'en ajoute un autre qui leur appartient en propre et qui est le plus grave. En effet, les parturientes victimes d'une complication ne sont en principe admises dans les services spécialisés qu'après une décision d'évacuation établie par les sages-femmes des maternités urbaines. Ce mode d'organisation pyramidale des services d'obstétrique, qui offre théoriquement l'avantage de filtrer les admissions peu justifiées en services spécialisés, présente en fait un inconvénient majeur, celui de retarder la prise en charge des véritables urgences par les services compétents. Ainsi, au délai très court entre l'admission et l'accouchement, qui non seulement gêne le diagnostic précoce des complications mais augmente aussi les risques des transferts vers les services spécialisés, s'ajoutera souvent, pour les parturientes qui présentent un facteur de risque ou une complication avérée, le détour qui les oblige à transiter par des maternités urbaines dont la mission n'est pas de prendre en charge les accouchements compliqués. Même si, dans la réalité, près de 42% des évacuées sont transférées dans le quart d'heure qui

suit l'admission en maternité urbaine, ce détour inutile peut compromettre la prise en charge des complications dans de bonnes conditions, et transformer les urgences simples en urgences dépassées [21] (cf. également le chapitre « Evacuation des parturientes à Abidjan »).

Que dire de l'accueil des parturientes dans les maternités ? Une enquête réalisée en 1989 dans l'une des plus grandes maternités d'Abidjan témoigne d'un accueil médiocre, qui ne s'est guère amélioré depuis lors (tableau 6).

Tableau 6 : Accueil des parturientes à la maternité d'Abobo Sud [19]

		sages-femmes	filles de salle	néant
parturiente	accueil en maternité	0%	7%	93%
	installation sur la table	0%	17%	83%
	consultation du carnet	33%	0%	67%
phase d'expulsion	accueil en maternité	0%	67%	33%
	installation sur la table	0%	22%	78%
	consultation du carnet	47%	0%	53%

La majorité des parturientes n'ont fait l'objet d'aucune attention de la part des sages-femmes ni des filles de salle au moment de l'accueil. Si on les interroge sur l'attitude du personnel, 25 % des parturientes et 45 % des femmes en phase d'expulsion disent avoir été agressées verbalement par les sages-femmes. La délivrance est effectuée indifféremment par les sages-femmes ou les filles de salle. La toilette vulvaire n'est réalisée qu'une fois sur deux. L'accouchement en maternité est effectué par les sages-femmes (75%) ou les filles de salle (13%), et en outre, dans 12% des cas, l'accouchement se produit sans assistance [19]. Le tableau 7 donne le détail de la réalisation de gestes élémentaires par les personnels de santé.

Tableau 7 : Réalisation des gestes élémentaires à la maternité d'Abobo Sud [19]

	sage-femme	fille de salle	accompagnante
toilette de la parturiente	0%	40%	60%
nettoyage de la table	0%	12%	88%
attribution d'un lit de suite de couches à l'accouchée	0%	10%	90%
installation de l'accouchée au lit	0%	5%	95%
installation de l'enfant au lit	0%	8%	92%

Les raisons qui poussent les parturientes à accoucher en maternité sont habituellement la crainte des complications (85%), plus rarement la déclaration de l'enfant à l'état civil (8%) ou le sentiment d'émancipation que procure ce recours (10%)⁷.

L'équipement des maternités a été amélioré depuis 1993 parce que l'hygiène des services et l'asepsie des soins était une priorité affichée. Le nombre de boîtes d'accouchement couvre aujourd'hui la presque totalité des besoins, les gants de révision utérine sont distribués par la PSP, et les maternités ont été équipées en matériel de stérilisation⁸. Toutes les maternités sont équipées en oxygène et matériel de ventilation manuelle pour les nouveau-nés (tableaux 8 et 9).

Tableau 8 : Equipements et matériels disponibles dans les maternités urbaines d'Abidjan

	1992	1993	1994	1996	1997
nombre total de maternités	14	13	15	19	20
nombre de boîtes d'accouchement	39	85	98	135	198
salles d'accouchement avec tensiomètre		9		13	18
salle d'accouchement avec gants de révision utérine		0		0	20
salle d'accouchement avec aspirateur de mucosités		6		15	
salle d'accouchement avec oxygène		1		4	20

Tableau 9 : Equipements et intrants d'hygiène hospitalière (maternités publiques d'Abidjan)

	1993	1994	1996
nombre total de maternités	13	15	19
poupinel ou autoclave	9	9	18
bacs de décontamination	0	10	19
décontaminants (glutaraldéhyde, Javel)	-	9	18
lavabo - eau - savon	13	15	19

⁷ Comme plusieurs réponses étaient possibles, le total est supérieur à 100.

⁸ Grâce au Projet Santé Abidjan / Coopération Française.

L'équipement des maternités urbaines s'est donc très nettement amélioré depuis 1993. Toutefois, on constate que quelques salles d'accouchement ne disposent toujours même pas d'un tensiomètre fonctionnel, malgré l'instauration d'une tarification des actes (1995), dont le produit était censé pourvoir à l'équipement en petit matériel technique des services.

Qu'en est-il en matière de médicaments et consommables ? En 1995, pour faire face au manque de médicaments et produits disponibles pour les parturientes, contraintes de s'approvisionner en urgence auprès des officines privées, un kit d'accouchement/ épisiotomie a été confectionné et distribué par la Pharmacie de la Santé Publique, au prix de 1.500 FCFA [23]. Cette opération, très médiatisée, n'a cependant pas été évaluée.

En ce qui concerne les médicaments d'urgence, jusqu'en 1993, chaque maternité était libre de s'organiser, mais bien souvent les produits d'urgence étaient indisponibles [24]. Des consignes ont été données en 1995 pour que chaque salle d'accouchement se dote d'un plateau d'urgence comprenant les médicaments et consommables essentiels. En 1996, une évaluation montre que la disponibilité de quelques produits traceurs s'est considérablement améliorée, et qu'ils sont disponibles au sein même des services (tableau 10).

Tableau 10 : Disponibilité des médicaments et produits d'urgence dans les maternités urbaines d'Abidjan (1996)[11]

	NB de maternité disposant des produits
argent vitellinate	19 / 19
vitamine K1	19 / 19
éthanol 90° codex	19 / 19
solution de dakin stabilisé	19 / 19
méthylergométrine et/ou oxytocine	19 / 19
diazépam	17 / 19
quinine injectable	18 / 19
amoxicilline injectable	17 / 19
glucose 5% 500 ml	17 / 19
soluté macromoléculaire	9 / 19
sérum antitétanique	14 / 19

La moitié des maternités ne disposent pas de grosses molécules, utilisées pour un remplissage vasculaire en cas d'hémorragie importante [11]. Aucune des maternités publiques ne dispose de réserve de sang.

4. Evacuations⁹

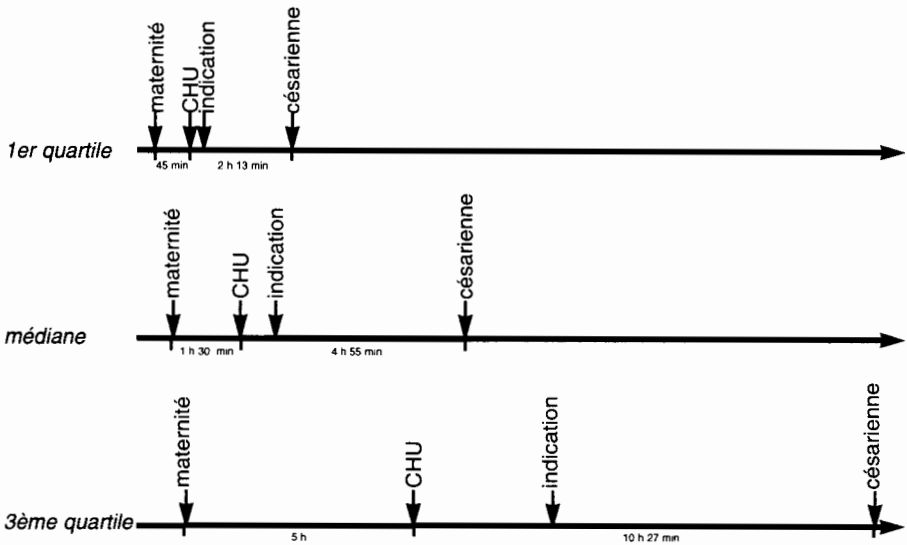
Une «fiche d'évacuation» établie par les maternités urbaines remplace depuis 1995 le traditionnel « billet d'évacuation », très pauvre en information. La fiche documente précisément les raisons du transfert et inclut le partographe O.M.S. Aujourd'hui, 75% des parturientes évacuées sont munies de cette fiche [22]. Les équipes spécialisées reconnaissent que, grâce à elle, le diagnostic à l'arrivée est porté plus rapidement par le personnel de garde. Ce gain de temps est primordial d'autant que des interventions extrêmement urgentes sont souvent nécessaires [18].

Les délais de prise en charge des complications obstétricales par les services spécialisés revêtent une grande importance pour la qualité des soins. Plus particulièrement en ce qui concerne la césarienne, on sait que le pronostic dépend de l'état de santé de la femme et de l'état de santé du fœtus juste avant l'opération. Quand l'intervention est réalisée tardivement, elle est techniquement plus difficile et ses risques, comme ceux des complications post-opératoires, sont élevés [26].

A Abidjan, les délais de prise en charge, en partie tributaires du temps que mettent les familles à réunir les sommes nécessaires à l'achat des médicaments et consommables d'urgence qui leur ont été prescrits, sont à l'origine d'une part non négligeable de la mortalité maternelle et foetale. Les urgences simples se transforment alors en « urgences négligées » de pronostic réservé.

⁹ Voir le chapitre spécialement consacré à cette question dans cet ouvrage ci-dessus p. 65.

Figure 2 : Diagramme de la distribution des délais entre les étapes qui conduisent les parturientes à une césarienne.



La durée du transfert pourrait être réduite pour au moins 50% des parturientes. Il conviendrait d'éviter les détours par le domicile et de systématiser le recours aux ambulances, car elles seules garantissent le transfert en milieu spécialisé. Malheureusement, les ambulances sont utilisées abusivement pour des tâches d'intendance et restent souvent indisponibles

Aucun des transferts n'est médicalisé. Au sein des maternités urbaines, les ressources humaines ne sont pas quantitativement et qualitativement suffisantes. Ainsi par exemple, une seule maternité dispose d'un médecin de garde ; dans la plupart d'entre elles, il n'y a, la nuit, qu'une seule sage-femme dans les salles d'accouchement, aidée par une ou plusieurs filles de salle, et la sage-femme ne peut donc évidemment pas accompagner les évacuées. Faute de mieux, il faut donc s'assurer que les transferts soient rapides et qu'ils garantissent l'admission en services spécialisés.

5. Suites de couches

Le temps de séjour en suites de couches se limite le plus souvent à quelques heures. Moins de 5% des accouchées y séjournent plus de 24 heures [6]. Aujourd'hui, conformément aux notes de services diffusées en 1995 et 1996, 90% des services de suite de couches assurent un rattrapage pour l'anatoxine tétanique.

En 1995, le Ministère, par note circulaire, a voulu favoriser la dispensation d'ordonnances de sortie « bon marché » en orientant les accouchées vers les pharmacies d'établissement [23]. L'ordonnance de sortie comprend des antiseptiques et consommables pour les soins du cordon, de l'amoxicilline (prévention des infections du post-partum), de la chloroquine (q.s.p. 2 mois) et du fer folate (q.s.p. 1 mois) pour les mères. Le coût de cette prescription est de 2.300 FCFA. Malheureusement, la plupart des personnels de santé continuent à libeller leurs ordonnances en spécialités pour un coût 10 fois supérieur [11].

6. Rôle des services spécialisés

Abidjan compte 3 CHU (dont l'un a été fermé de septembre 1995 à février 1998 pour réhabilitation) et un bloc opératoire dans une maternité publique (FSU d'Abobo Sud). Ces services prennent en charge quelque 5.000 évacuées chaque année. Cependant, 16% des évacuées y accouchent normalement. C'est donc environ 4.200 véritables urgences qui sont transférées, soit une moyenne de 10 à 12 urgences par jour, réparties sur 3 et bientôt 4 services spécialisés (1998). Les CHU prennent également en charge leur propre clientèle, fidélisée par les CPN spécialisées, soit annuellement 5.000 parturientes. En 1992, 83% des décès maternels sont observés chez les évacuées [1].

De 1994 à 1996, la prévalence de la césarienne est comprise entre 2,6 et 2,9% (hors secteur privé). Le délai médian entre l'indication de césarienne et sa réalisation (figure 2) est supérieur à 4 heures. Dans les cas compliqués de pré-rupture ou de rupture utérine, le délai médian est équivalent (4 h 02 mn), mais très différent d'un CHU à l'autre (2 h 18 mn pour le CHU de Cocody et 10 h 20 mn pour le CHU de Treichville). Ce délai de prise en charge est certes tributaire des procédures de recouvrement des coûts, mais aussi de l'indisponibilité des équipes spécialisées ou des blocs opératoires [24].

Peu de césariennes sont programmées et effectuées à froid (5,4 %). Elles sont généralement réalisées en urgence, tant pour la clientèle des CHU (80 %) que pour les évacuées (près de 100 %). La mortalité opératoire est cependant très inférieure pour la clientèle des CHU (0,33 % contre 2,76 % chez les évacuées). La fréquence des complications postopératoires est particulièrement élevée : elles sont deux fois plus fréquentes chez les évacuées (62,4 % contre 30,2 % pour la clientèle des CHU). Ce sont les complications infectieuses qui prédominent (44 % des complications). Les causes de décès per- ou postopératoire sont les infections (53 %), les hémorragies (35 %) et les accidents anesthésiques (12 %) [25].

Un kit césarienne est distribué par la Pharmacie de la Santé Publique depuis octobre 1995 [27]. Ce kit opératoire est facturé aux patientes 21.500 FCFA, mais il n'est pas constamment disponible à la pharmacie de l'hôpital. L'un des CHU de la capitale économique adresse plus de 90% des ordonnances pour césarienne aux officines privées. En 1996, 3.770 kits césarienne ont été distribués en Côte d'Ivoire (pour environ 450.000 accouchements) [28].

La dispensation des médicaments d'urgences et des poches de sang souffre aussi de retards inacceptables : les délais médians entre décision thérapeutique et délivrance des soins sont de 47 mn pour les anticonvulsivants et de 4 h 30 mn pour les transfusions [22].

En fait, 89 % des décès maternels en milieu spécialisé seraient évitables [2]. L'analyse des dossiers permet de préciser le contexte du décès maternel : dans 42 % des cas, la famille a été dans l'incapacité d'honorer les ordonnances, dans 36 % des cas le service n'a pas assuré la disponibilité de personnels qualifiés, de médicaments ou de blocs opératoires fonctionnels, et dans 12% des cas, la responsabilité incombe au personnel de santé lui même (diagnostic erroné ou non porté, évacuation tardive, traitement inadéquat). Enfin, dans 10 % des cas, plusieurs des facteurs cités s'intriquent. L'indisponibilité des blocs opératoires joue un rôle qui n'est pas mineur dans la genèse des décès maternels : la ville d'Abidjan, avec plus de 2.000.000 d'habitants, ne compte en 1997 que 3 blocs réservés aux urgences obstétricales et gynécologiques. De plus, l'application sans discernement du recouvrement des coûts, et le retard opératoire qu'il implique, représentent également un facteur important de la mortalité maternelle dans certains services spécialisés.

7. Recommandations

L'analyse de la qualité de la prise en charge obstétricale par les services publics d'Abidjan montre que le système de santé, pourtant particulièrement développé dans la capitale par rapport à ce qu'il est dans le reste du pays, fait preuve d'une bien faible efficacité. L'amélioration de la prise en charge suppose donc :

- une amélioration des CPN : meilleur accueil des gestantes et dispensation de médicaments essentiels génériques, au moins en ce qui concerne la prévention ou le traitement de l'anémie et la chimioprophylaxie antipalustre ;
- la mise en place de consultations spécialisées à coût réduit (consultations gratuites et médicaments essentiels génériques) pour les gestantes à risque ;
- l'aménagement des maternités urbaines pour un véritable suivi de

l'accouchement en transformant une partie des salles de suites de couche en salles de travail ;

- l'admission directe des urgences par les services spécialisés, sans un passage obligé par les maternités publiques ;
- l'évacuation des urgences obstétricales avec une assistance médicale, et avec le SAMU si possible, dans la mesure où les coûts restent supportables ;
- l'abandon pur et simple du recouvrement des coûts comme préalable aux gestes d'urgence. Il conviendrait d'organiser un recouvrement des coûts différé à la période postopératoire et d'assurer la prise en charge gratuite des plus démunies. La création d'un fonds de solidarité « urgences obstétricales » permettrait de pallier à l'indigence d'un grand nombre de parturientes ;
- l'ouverture de nouveaux blocs opératoires, en particulier dans les communes importantes qui n'en disposent pas aujourd'hui.

Conclusion

Si Abidjan ne manque pas d'atouts pour une meilleure prise en charge des complications de l'accouchement, les résultats sont néanmoins extrêmement décevants : insuffisance de la prise en charge des grossesses à risque, orientation particulièrement malvenue des complications avérées vers les maternités incompetentes, délais inadmissibles de prise en charge dans certains services spécialisés. La réduction de la mortalité maternelle passe donc par des décisions politiques et techniques qui dépassent sans doute de loin le seul cas des femmes enceintes, mais dont elles seraient les premières à bénéficier.

Bibliographie

1. BOHOUSSOU K.M, WELFFENS-EKRA C., TOURE-COULIBALY K, Recherche opérationnelle sur la mortalité maternelle dans l'agglomération urbaine d'Abidjan, Santé Maternelle et Infantile-France, Rapport, mai 1993.
2. BOHOUSSOU K.M., DJANHAN Y., BOKOSSA E., KONE N., WELFFENS-EKRA C., TOURE K., TONNEAU P., La mortalité maternelle à Abidjan (Côte d'Ivoire) de 1988 à 1993, Médecine d'Afrique Noire : 1995, 42 (11).
3. GARENNE M., MADISON M., TARANTOLA D., ZANOU B., AKA J., DOGORE R. : Conséquences démographiques du SIDA en Abidjan, 1986-1992, CEPED, Paris, 1995, 198 p.
4. BERCHE T., ORTIZ P., EONO P., PORTAL J.L., BARBE T., KOFFI A.S., BOHOUSSOU K.M., TOURE C.K., WELFFENS-EKRA C., ZADI F., TANO-BIAN A., Enquête multicentrique MOMA sur la morbidité et la mortalité maternelles en Afrique de l'Ouest, Résultats de la Côte d'Ivoire, Coopération Française, juin 1997.
5. O.M.S./UNICEF, Estimation révisées pour 1990 de la mortalité maternelle, Nouvelle Méthodologie, WHO/FRH/MSM/96.11 UNICEF/PLN/96.1.
6. Ministère de la Santé Publique, Direction Régionale de la Santé du Sud/PSA/Coopération Française, Evolution des activités dans les établissements sanitaires et les FSU à base communautaire d'Abidjan, 1992-1996, juin 1997.
7. O.M.S., Perinatal Mortality, A Listing of Available Information, WHO/FRH/MSM/96.7
8. PORTAL J.L., Accouchements dans les maternités périphériques d'Abidjan, Rapport Direction Régionale de la Santé du Sud/PSA/Coopération Française, juillet 1994
9. ANE K., Organisation et qualité des soins au sein des FSU d'Abidjan, Rapport Direction Régionale de la Santé du Sud/PSA/Coopération Française, avril 1994.
10. ORTIZ P., PORTAL JL, EONO P., ADOM SK, BARBÉ T., AKOI AHIZI F., Cisse A.L., TANO-BIAN A. Les accouchements à domicile à Abidjan, Colloque de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique, déc. 1996.
11. SOKOLO H., SANOU A., Score d'évaluation des services de consultation prénatale et des maternités publiques et communautaires d'Abidjan, Rapport Direction Régionale de la Santé du Sud/PSA/Coopération Française, avril 1996.
12. MANOUAN N.J.M, Récupération des occasions manquées de vaccination, Rapport Direction Régionale de la Santé du Sud/PSA/Coopération Française, avril 1996.

13. BALAYSSAC M.C, Les occasions manquées de vaccination antitétanique chez la femme enceinte et la femme en âge de procréer à Abidjan Côte d'Ivoire, Mémoire CIE/Université René Descartes Paris v, nov. 1996.
14. ROONEY C., Soins prénatals et santé maternelle : étude d'efficacité, WHO/MSM/92.4.
15. KOFFI K.J, Etude de la mortalité maternelle dans un centre de référence : la clinique de gynécologie-obstétrique du CHU de Cocody. A propos de 1319 cas relevés de 1983 à 1993, Thèse Faculté de Médecine d'Abidjan, juillet 1995.
16. République de Côte d'Ivoire/UNICEF, Analyse de la situation des femmes et des enfants de Côte d'Ivoire, 1996.
17. GUESSAN BI G.B, PORTAL JL, Effets de la dévaluation du Franc CFA sur l'accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan (Côte d'Ivoire), OMS/DAP, vol. I nov.1994, vol. II fév. 1995, vol. III janv. 1996.
18. KIENTZY A., Prise en charge des grossesses à risque, étude sur les filières de soins à Abidjan, Projet Santé Abidjan/Coopération Française/ENSP, janv. 1998.
19. BOSSE DOGUO O., Les accouchements à domicile dans la commune d'Abobo, Mémoire de fin d'études, option Surveillant d'Unités de Soins, Ecole Nationale Supérieure de formation paramédicale d'Abidjan, juin 1989.
20. Institut National de la Statistique/Macro International Inc., Enquête démographique et de santé, 1994.
21. AKOIAHIZI F., ANE K., PORTAL J.L., Les conditions d'évacuation des parturientes à Abidjan, Direction Régionale de la Santé du Sud/Projet Santé Abidjan/Coopération Française, décembre 1994.
22. RABET A., Evaluation de l'utilisation des fiches d'évacuation par les maternités urbaines d'Abidjan, Direction Régionale de la Santé du Sud/PSA/Coopération Française, janv. 1998.
23. Ministère de la Santé Publique, Circulaire n° 4235 du 15 septembre 1995.
24. ANE K., Prise en charge des urgences et des accouchements à Abidjan : Etat des lieux et propositions, Rapport Direction Régionale de la Santé du Sud/PSA/Coopération Française, août 1993.
25. ABAULETH Y.R, La césarienne abdominale : Indications, techniques et risques maternels en fonction du mode d'admission au Centre Hospitalier et Universitaire de Cocody de 1989 à 1991, Thèse Médecine, Université d'Abidjan, 1996.
26. O.M.S., Prestations obstétricales essentielles au premier niveau de recours, Rapport d'un groupe de travail technique, Genève, 23-27 juin 1986, FHE/86.4.
27. Ministère de la Santé Publique, Circulaire n° 4398 du 2 octobre 1995.
28. Pharmacie de la santé publique, Commission consultative de gestion, Procès-verbal de la réunion du 4 avril 1997.

29. Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest, résultats d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack, INSERM U149, Ministère des Affaires Etrangères-Coopération et Francophonie, 1998, 116 p.

SI L'ON SE PREOCCUPAIT DE L'ACCESSIBILITE DES SOINS...

Les résultats auxquels parvient un système de santé, en termes d'amélioration des indicateurs de l'état de santé, ne dépendent pas seulement des facteurs qui gouvernent la qualité des soins, domaine qui vient d'être évoqué à l'aide de quelques trop rares exemples. Pour que les malades bénéficient de soins de qualité, qui seraient dispensés dans les formations sanitaires, encore faut-il qu'ils aient accès à ces dernières, et plus précisément même à la formation sanitaire qui dispose des compétences et des équipements nécessaires pour faire le diagnostic ; encore faut-il aussi qu'ils aient accès aux traitements qui leur sont prescrits, qu'il s'agisse de médicaments, d'interventions chirurgicales, etc.

C'est donc une des tâches de qui se préoccupe de santé publique que de s'informer sur les conditions dans lesquelles les malades peuvent accéder aux soins ; c'est donc éventuellement une de ses tâches que d'organiser les enquêtes minutieuses qui peuvent être nécessaires pour éclairer ces conditions. On peut admettre que le clinicien ait le regard posé sur ce malade qui est devant lui, mais qui se soucie de santé publique, *a fortiori* qui prétend décider en matière des questions de santé publique, doit avoir le regard posé sur les populations de malades, sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer - du fait de l'organisation des soins, du fait de leur coût, du fait de leur acceptabilité sociale, etc.- à obtenir les soins que leur état pourrait requérir.

Rares, bien trop rares sont les études de ce genre ! Et souvent de médiocre qualité, notamment lorsqu'elles sont entreprises par des étudiants à coup sûr bien intentionnés, mais démunis de la formation que suppose une enquête de qualité auprès de la population sur des questions aussi délicates que celles qui concernent les attitudes et décisions individuelles en matière de santé.

Nous disposons cependant de quelques travaux de qualité, parfois menés par les praticiens eux-mêmes, parfois conduites par de jeunes chercheurs. Ils portent, en matière de soins préventifs, sur les vaccinations et sur les consultations maternelles et infantiles à Abidjan, et, en matière de soins curatifs, sur la lutte antituberculeuse à Abidjan, sur l'accès aux soins à Bamako et à Lomé ; enfin l'accès au médicament est abordé par deux études, dont l'une concerne Dakar et l'autre Niamey.

CHAPITRE 5

Les activités vaccinales de routine dans les établissements sanitaires publics et communautaires d'Abidjan

par S. OUATTARA, J.L. PORTAL, P. ORTIZ (†),
E. SHAW, A. TANO-BIAN, J. TAGLIANTE-SARACINO

A Abidjan, l'accessibilité des services publics de santé est devenue médiocre au cours des deux dernières décennies, avec la croissance considérable de la population, et la crise économique qui a sévi du début des années 1980 à la dévaluation du franc CFA. Les communes d'Abobo et de Yopougon, caractérisées par une récente et forte urbanisation comptaient, en 1994, seulement trois formations sanitaires publiques de premier recours pour plus de 1,2 million d'habitants, soit près de la moitié de la population abidjanaise.

Maintenir ou renforcer la couverture vaccinale des grandes villes africaines, dont la population double tous les 10 à 15 ans, nécessite des moyens croissants. Or, aujourd'hui encore, la couverture vaccinale reste largement tributaire des services sous tutelle publique, dont les ressources augmentent proportionnellement moins vite que la population. Dans le cadre du Projet Santé Abidjan (Ministère de la Santé Publique/ Coopération Française), deux actions complémentaires ont été conduites en vue de développer les activités de vaccination (dites P.E.V. pour Programme Elargi de Vaccination) : 1) dynamiser les services existants et implanter des unités de vaccination dans les établissements qui n'en étaient pas dotés ; 2) créer un service de vaccinations dans les infrastructures nouvelles construites dans les quartiers récents (tel a été le cas des formations sanitaires urbaines communautaires ou FSU-Com).

Historique du P.E.V. et situation en 1994

En Côte d'Ivoire, le P.E.V. a été instauré en 1978. Il est dirigé contre sept maladies : la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole et la fièvre jaune. L'organisation de journées nationales de vaccination en 1987 a contribué à une sensible amélioration de la couverture

vaccinale d'Abidjan, en touchant les populations défavorisées installées dans les zones d'habitat précaire, loin des formations sanitaires existantes. Mais, les services de routine n'ont pas été en mesure de prolonger cet effort et le niveau de performance du PEV s'est à nouveau dégradé dans le début des années 90, à Abidjan comme partout dans le pays (tableaux 1 et 2).

Tableau 1 : Taux de couverture vaccinale estimée par enquête O.M.S. dans la ville d'Abidjan (enfants de 12 à 23 mois) [1]

	1987	1990	1991
BCG	90	96	89
DTCP 3	83	82	76
antirougeoleux	76	77	73
antiamaril	82	62	65

NB : il n'y a pas eu d'enquête de couverture vaccinale couvrant toute la ville d'Abidjan et utilisant la méthode OMS entre 1991 et 1996 (les résultats de cette dernière année sont donnés plus loin p. 113)

Tableau 2 : Taux de couverture des enfants de un an et des femmes enceintes d'après le système d'information de routine, Côte d'Ivoire [2]

	1991	1993
BCG	65	53
DTCP 3	54	50
antirougeoleux	57	52
VAT2 et plus	67	51

Début 1994, une étude [3] menée sur l'initiative de la Direction Régionale de la Santé du Sud (DR-Sud) montre que seulement 4 établissements publics d'Abidjan sur 14 vaccinent chaque jour avec les 7 antigènes du P.E.V. Ailleurs, les prestations des unités de vaccination sont organisées de manière anarchique, sans qu'il y ait de justification valable au choix des jours de vaccination ou des antigènes administrés. La plupart des services ne vaccinent que 2 ou 3 jours par semaine, et certains n'administrent le vaccin antirougeoleux qu'un seul jour dans la semaine. En 1994, 28% des nourrissons qui reçoivent une première dose de DTCP ne reçoivent pas la 3ème dose avant leur premier anniversaire. Le taux d'occasions manquées (proportion des situations où un contact avec les services de santé n'est pas mis à profit pour administrer aux nourrissons la(les) dose(s) de vaccin(s) qu'ils devraient recevoir conformément au calendrier vaccinal) dans les services pédiatriques

(enfants malades et enfants sains) est de 94% pour les nourrissons de moins d'un an ! La couverture vaccinale des populations-cibles d'Abidjan n'est pas connue.

Ces chiffres reflètent l'organisation inadéquate des services de vaccination. Ils témoignent aussi de l'implication insuffisante des directeurs communaux et des médecins chefs des services de pédiatrie. Les équipes spécifiques des unités de vaccination fonctionnent en marge des autres services : l'intégration des activités vaccinales dans l'offre minimale de soins n'est pas effective.

Caractéristiques des interventions

Notre première intervention a été de renforcer le système de notification de routine des activités du P.E.V. En effet, les rapports annuels d'activités des établissements montrent en 1992 et 1993 des failles tant au niveau de la notification du nombre d'actes que dans la répartition des antigènes par rang de dose et par classe d'âge. Dans le cadre de contrats d'établissements¹ négociés avec 16 établissements publics d'Abidjan, l'attention des services a été attirée sur l'intérêt d'une notification correcte des activités du P.E.V. et des responsables chargés du recueil d'information ont été identifiés [4]. Depuis juillet 1994, la collecte des informations pertinentes se fait mensuellement ; elle permet d'analyser les performances de chaque établissement, d'améliorer la qualité des prestations (suivi du taux d'abandon) et d'assurer la rétro-information des services [5].

La deuxième action a été d'asseoir les responsabilités d'une Direction Régionale au sein d'un programme contrôlé jusqu'alors exclusivement par l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP). L'INHP avait pour mission de superviser les services, de les approvisionner en vaccins et matériels et de recycler les agents vaccinateurs. A Abidjan, le rôle dévolu à l'INHP ne favorisait pas l'intégration des unités de vaccination au sein des formations sanitaires, les faisant partiellement échapper à l'autorité du directeur d'établissement et des services administratifs régionaux. Au vu de ce constat, et après négociation entre l'INHP et la DR-Sud, des notes de service relatives à la permanence des activités vaccinales, à l'administration quotidienne de tous les antigènes du PEV et à la réduction des occasions manquées ont été adressées en 1994 et 1995 aux unités de vaccination sous couvert des directeurs

¹ Après un audit ciblé sur trois priorités du Ministère de la Santé Publique (santé maternelle et infantile, disponibilité des médicaments de première nécessité, hygiène hospitalière), les services ont bénéficié d'un appui méthodologique visant à réorganiser les activités déficientes (immunisation, suivi nutritionnel, consultations prénatales, prise en charge de l'accouchement, gestion de la pharmacie d'établissement, stérilisation des matériels et asepsie des actes). Un contrat personnalisé (contrat d'établissement, signé par le Directeur Régional et chaque Directeur Communal), a permis de formaliser l'engagement de chaque service dans la restructuration des activités.

communaux. En co-signant les contrats d'établissements avec la DR-Sud (1994), les formations sanitaires de la ville se sont engagées à développer la continuité des services, à améliorer le contrôle de la chaîne de froid et à notifier mensuellement leurs activités, conformément aux normes nationales définies conjointement par l'INHP et la Direction de la Santé Communautaire (DSC). Cet engagement n'a eu d'autre contrepartie que d'apporter aux agents vaccinateurs la satisfaction du travail bien fait.

En complément de ces interventions, de nouvelles unités de vaccination ont été créées de 1994 à 1996 dans les établissements existants (5 établissements publics) ou récemment ouverts (8 FSU-Com).

Tableau 3 : Unités de vaccination disponibles à Abidjan (1993-1996) hors CHU, Instituts, centres sociaux, services privés et confessionnels

	1993	1994	1996
services de vaccination pour nourrissons	14	21	27
services de vaccination pour FE* et FAP**	17	22	27

* FE : femmes enceintes ; ** FAP : femmes en âge de procréer.

A la demande de la Direction de la Santé Communautaire et en collaboration avec elle, le recyclage des personnels de supervision interne (médecins chefs de service, assistantes sociales responsables des centres sociaux) a permis de donner leur pleine responsabilité aux équipes par le monitoring des résultats obtenus et par la formation continue des agents de vaccination à l'aide de fiches techniques produites à cet effet.

Enfin, une enquête de couverture vaccinale² a été conduite dans les 10 communes d'Abidjan en août 1996 [6].

Résultats

En 1996, tous les établissements administrent quotidiennement l'ensemble des antigènes du PEV. De 1994 à 1996, les formations sanitaires publiques impliquées dans le P.E.V. avant 1994 ont augmenté d'en moyenne + 49% leur volume d'activités (tableau 4).

² Effectuée par la méthode d'échantillonnage en grappes recommandée par l'O.M.S. (30 grappes de 7 enfants de 12-23 mois, de 7 femmes en âge de procréer et de 7 mères d'enfants de moins de 12 mois par commune).

Tableau 4 : Evolution entre 1994 et 1996 des doses administrées par les établissements impliqués dans le P.E.V. dès avant 1994

	BCG	DTCP1	DTCP2	DTCP3	VAR	FJ	VAT1	VAT2	VAT rappel
total des doses du 2e semestre 1994	23.591	19.296	17.502	15.488	15.256	16.667	16.953	12.729	15.867
total des doses du 2e semestre 1996	35.005	24.584	23.569	22.730	21.310	19.373	30.974	22.558	26.031
évolution en doses 1996/1994	+ 48%	+ 27%	+ 35%	+ 47%	+ 40%	+ 16%	+ 83%	+ 77%	+ 64%

N.B.:

BCG :	vaccin antituberculeux
DTCP1 :	première injection du vaccin combiné contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite (DTCP)
DTCP2 :	deuxième injection du DCTP
DTCP3 :	troisième injection du DCTP
VAR :	vaccin antirougeoleux
FJ :	vaccin contre la fièvre jaune (ou vaccin anti-mariol)
VAT1 :	première injection du vaccin antitétanique (VAT)
VAT2 :	deuxième injection du VAT
VATrappel :	injection de rappel du VAT

Quant aux nouvelles unités de vaccination créées à Abidjan depuis 1994, elles assurent aujourd'hui près de 25% des injections vaccinales notifiées (tableau 5).

Tableau 5 : Proportion des doses vaccinales administrées en 1996 à Abidjan par les unités de vaccination sous tutelle publique créées depuis 1994.

	BCG	DTCP1	DTCP2	DTCP3	VAR	FJ	VAT1	VAT2	VAT rappel
part des nouveaux services (en % des injections)	15%	28%	27%	27%	28%	34%	23%	20%	19%

Les données brutes du système d'information sont présentées dans le tableau 6 [5].

Tableau 6 : Activités vaccinales notifiées par les établissements publics et les FSU-Com

population-cible	antigène	1992	1993	1994	1995	1996	96/94
0 - 11 mois	BCG	60 532	61 806	46 155	64 507	88 093	+ 91%
	DTCP1	40 188	45 631	44 796	43 965	57 513	+ 28%
	DTCP2	37 827	40 812	37 860	40 517	52 035	+ 37%
	DTCP3	33 635	37 793	33 313	36 642	48 454	+ 45%
	VAR	26 573	30 257	28 982	28 485	40 759	+ 41%
	antiamaril	21 498	27 175	21 996	27 928	34 067	+ 55%
1 - 4 mois	BCG	1 730	4 069	1 318	637	524	- 60%
	DTCP1	9 981	7 489	4 246	5 088	6 295	+ 48%
	DTCP2	9 202	9 189	4 688	5 121	6 847	+ 46%
	DTCP3	10 559	8 781	4 314	5 606	7 897	+ 83%
	VAR	11 668	8 236	9 325	9 951	13 716	+ 47%
	antiamaril	9 131	12 364	10 390	12 092	19 607	+ 89%
femmes enceintes	VAT 1	38 161	47 788	28 442	45 034	57 268	+ 101%
	VAT2	29 825	36 867	19 808	31 718	38 974	+ 97%
	VAT rappels	27 485	37 152	15 036	21 696	27 246	+ 81%
	total VAT	95 471	121 807	63 286	98 448	123 488	+ 95%
f. en âge de procréer	VAT 1			7 325	10 911	10 753	+ 47%
	VAT2			6 764	12 889	12 326	+ 82%
	VAT rappels			18 711	30 437	32 825	+ 75%
	total VAT			32 800	54 237	55 904	+ 70%
accouchements enregistrés (FSU-Com)		76 469	77 497	65 459	67 269	78 701	+ 20%
n-nés vivants		76 024	76 418	62 581	67 163	77 815	+ 24%
BCG<1an/n-nés				74%	96%	113%	
DTCP1<1an/n-nés				70%	66%	75%	
DTCP2<1an/n-nés				58%	61%	69%	
DTCP3<1an/n-nés				50%	56%	65%	
DTCP3/DTCP1				72%	84%	86%	
antirougeoleux < 1 an				40%	45%	58%	
antiamaril < 1 an				30%	44%	49%	

N.B. : 1) En 1992 et 1993, les chiffres incluent les prestations des services sociaux d'Abidjan, alors sous tutelle du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales ; à partir de 1994, les activités des centres sociaux ne sont plus prises en compte ; 2) Avant 1994, les doses de VAT notifiées ne font pas la distinction entre femmes enceintes et femmes en âge de procréer ; 3) La proportion de nouveau-nés recevant un antigène avant l'âge de 1 an est calculée pour les cohortes correspondant au calendrier vaccinal ivoirien : ainsi, en 1996, le % d'enfants recevant le vaccin antirougeoleux avant leur premier anniversaire est rapporté aux nouveau-nés enregistrés du 1er avril 1995 au 30 mars 1996 ; 4). Enfin les données de routine manquantes ont été extrapolées à partir des données disponibles.

Figure 1 : BCG administré aux enfants < 1 an dans les FSU et FSU-Com d'Abidjan (1994-1996)

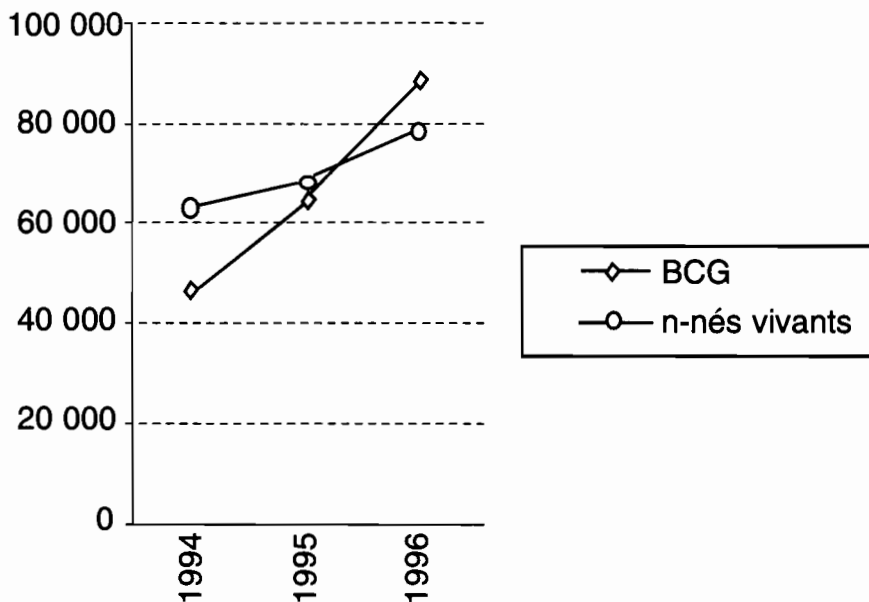


Figure 2 : DTCP3, VAR, antiamaril administrés aux enfants < 1 an dans les FSU et FSU-Com d'Abidjan (1994-1998)

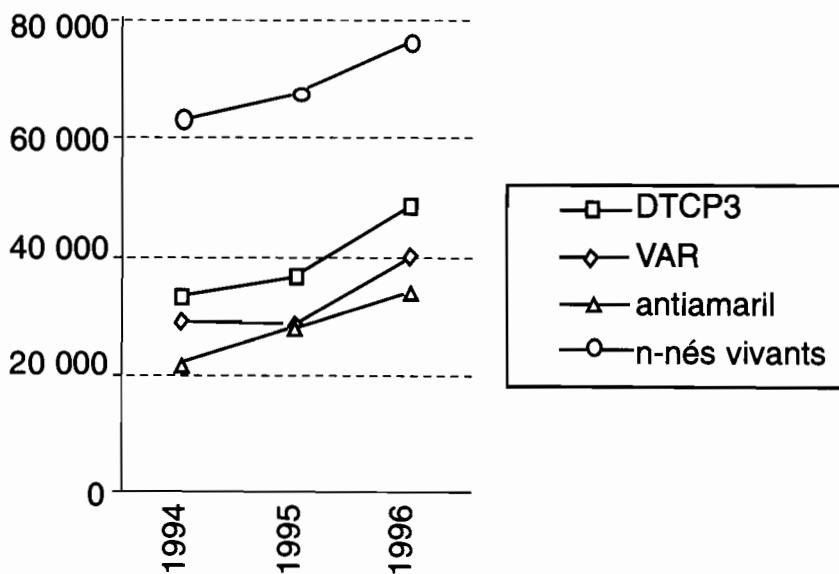


Figure 3 : Femmes enceintes vaccinées par le VAT dans les FSU et FSU-Com d'Abidjan (1994-1996)

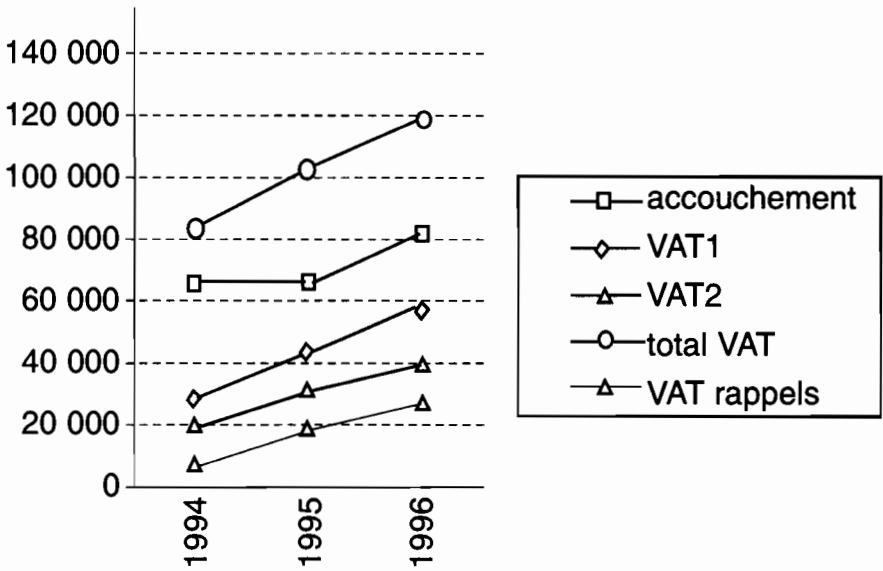
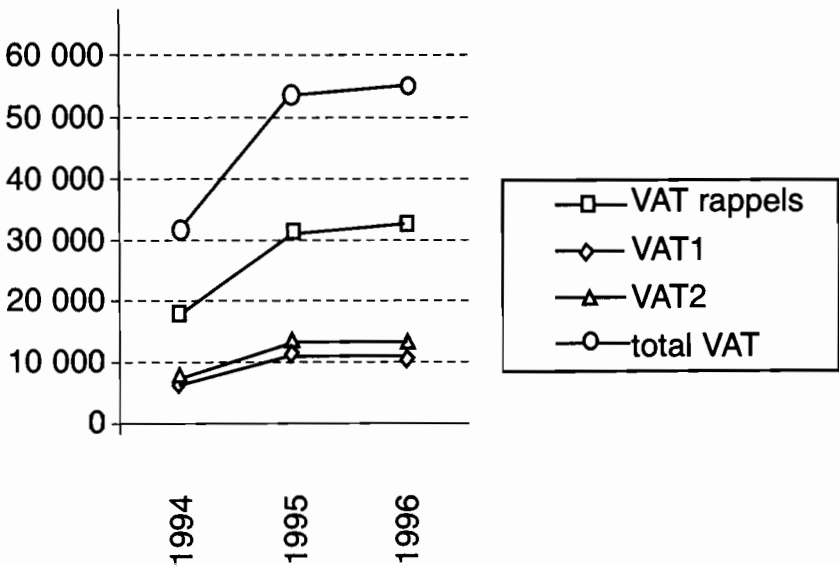


Figure 4 : Femmes en âge de procréer vaccinées par le VAT dans les FSU et FSU-Com d'Abidjan (1994-1996)



Pour le BCG (figure 1), de 1994 à 1996, le nombre de doses notifiées chez les nourrissons de moins d'un an (N<1 an) a augmenté de 91% (soit un gain de 42.000 doses). Le ratio « BCG administrés aux moins de 1 an / nouveau-nés déclarés dans les maternités urbaines » augmente de 39 points (113% en 1996 contre 74% en 1994).

Pour le DTCP (figure 2), de 1994 à 1996, le nombre de 3èmes doses notifiées (N<1an) a augmenté de 45% (gain de 15.000 doses). Le ratio « DTCP3 administrés aux moins de 1 an / nouveau-nés enregistrés » augmente de 15 points (65% en 1996 contre 50% en 1994). Le taux d'abandon du DTCP avant l'âge de un an passe de 28% (1994) à 14% (1996).

Pour les vaccins antirougeoleux et antiamaril (figure 2), de 1994 à 1996, le nombre de doses notifiées (N<1an) a augmenté respectivement de 41% (gain de 12.000 doses) et de 55% (gain de 12.000 doses). Le ratio « antirougeoleux administrés aux moins de 1 an / nouveau-nés enregistrés » augmente de 18 points (58% en 1996 contre 40% en 1994) et celui de l'antiamaril augmente de 19 points (49% en 1996 contre 30% en 1994).

Pour le VAT (figures 3 et 4), de 1994 à 1996, le nombre de doses notifiées a pratiquement doublé en ce qui concerne les femmes enceintes (gain de 60.000 doses), soit une progression de + 81% à + 101% selon le rang de dose. Le total des doses administrées aux femmes non enceintes augmente également (+ 47% à + 82% selon le rang de dose).

Enfin, les résultats de l'enquête de couverture vaccinale des populations-cibles d'Abidjan (août 1996) sont portés dans le tableau 7. Ils concernent les enfants de 12-23 mois (nés entre le 16 août 1994 et le 15 août 1995) et les mères de nourrissons de moins d'un an.

Tableau 7 : Taux de couverture vaccinale estimée par enquête (méthode O.M.S.) dans la ville d'Abidjan

	1991 [1]	1996 [6]	
	12-23 mois	12-23 mois	< 1 an
BCG	89	96	94
DTCP 3	76	76	70
Antirougeoleux	73	72	59
Antiamaril	65	73	59
mères ayant accouché avec un VAT 2 ou plus	75		83
femmes en âge de procréer avec VAT 2 ou plus	-		66

Discussion

A Abidjan, compte tenu de la diversité des statuts de l'offre de soins (CHU, formations sanitaires urbaines publiques et communautaires, instituts et centres spécialisés, cabinets médicaux et infirmeries privés, structures confessionnelles), il est très difficile de recenser la totalité des actes vaccinaux. En outre, la population-cible n'est pas connue avec précision (le dernier recensement en Côte d'Ivoire remonte à 1988). C'est ainsi que l'on produisait en 1996 des taux largement sous-estimés de couverture vaccinale pour Abidjan, comme l'a montré l'enquête de couverture vaccinale réalisée la même année (tableau 8).

Tableau 8 : Comparaison des estimations de couverture vaccinale d'Abidjan en 1996 (nourrissons de moins de un an) par la Direction Exécutive du PEV (données de routine) et par l'enquête de couverture vaccinale OMS.

	Estimation DE-PEV 1996	Couverture réelle 1996 (enquête type OMS)
BCG	61%	94%
DTCP1	49%	86%
DTCP3	41%	70%
VAR	33%	59%

La différence constatée est liée au dénominateur. Les extrapolations démographiques à partir du recensement 1988 estiment à 130.000 le nombre de naissances en 1996 à Abidjan. Ces projections surestiment de plus de 40% le nombre réel de nouveau-nés. Nous savons que les naissances enregistrées dans les maternités publiques ne représentent que 85% du total des naissances (tableau 9), puisque 13,5% des naissances ont lieu au CHU ou en maternité privée [7], et environ 1,5% des naissances ne sont pas enregistrées [8]. En fait, si l'on applique le coefficient 1,15 aux naissances enregistrées en 1994 et 1995, pour tenir compte des naissances non déclarées dans les maternités urbaines, le dénominateur est d'environ 75.000 naissances. Les estimations de la Direction Exécutive du PEV et l'enquête de couverture vaccinale 1996 donnent alors des résultats comparables.

Tableau 9 : Naissances enregistrées selon le lieu d'accouchement (Abidjan, 1992)

lieu d'accouchement	accouchements	%
maternités périphériques	60 427	69,3
domicile	15 017	17,2
CHU	9 910	11,4
maternités privées	1 822	2,1
total	87 176	100

On peut, à partir des résultats de l'enquête de couverture vaccinale, estimer que, hormis le BCG délivré principalement par les maternités urbaines, environ 20% des doses vaccinales sont administrées par des services autres que les FSU publiques et communautaires.

L'analyse des activités notifiées par les établissements [9] permet un suivi quantitatif et qualitatif des prestations. Nous avons retenu comme numérateur le nombre de doses notifiées par les FSU publiques et communautaires, et comme dénominateur le nombre d'enfants enregistrés dans les maternités publiques, que l'accouchement ait eu lieu en maternité ou à domicile.

La notification de routine montre un développement considérable des activités vaccinales supervisées par la DR-Sud depuis 1994, lié à la relance des activités des services existants et à la création de nouvelles unités de vaccination. L'augmentation des doses notifiées est, pour tous les antigènes, supérieure à l'augmentation du nombre de nouveau-nés enregistrés dans les maternités publiques.

Les taux d'occasions manquées de vaccination ont été réduits dans les services pédiatriques (58% en 1996 [10] contre 94% en 1994). Depuis 1994, on note une forte augmentation du nombre de doses de VAT administrées aux femmes enceintes. Au sein des consultations prénatales, le taux d'occasions manquées d'immunisation par le VAT a effectivement été réduit (de 35% [11] à 7% [10]). Il s'avère pourtant que la proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal n'a pas varié depuis 1991, alors que les doses de VAT administrées aux gestantes ont presque doublé. Ce constat est lié à l'utilisation d'un support d'enregistrement inadapté (carnet de santé de la mère et de l'enfant), renouvelé à chaque grossesse, qui conduit fréquemment à ignorer des doses antérieurement administrées. Il s'avère en fait qu'au moins 90% des gestantes sont correctement immunisées au moment de l'accouchement [11]. Il conviendrait donc d'enregistrer les doses de VAT non pas dans le carnet

de santé propre à chaque grossesse, mais sur une carte individuelle que toute femme conserverait entre 15 et 49 ans.

L'enquête de couverture vaccinale réalisée en 1996 indique des taux d'immunisation comparables à la dernière enquête disponible (1991). Toutefois, l'enquête 1996 porte sur les enfants nés entre le 16 août 1994 et le 15 août 1995 : elle sous-estime donc la couverture actuelle, si l'on se réfère au développement récent des prestations (tableau 6). La couverture vaccinale d'Abidjan est donc aujourd'hui meilleure qu'elle n'a jamais été.

L'immunisation par le B.C.G. dès la naissance est entrée dans la routine, et le ratio « doses administrées avant un an/nouveaux-nés enregistrés » est supérieur à 100 %, car les enfants nés dans les autres formations sanitaires et les enfants non déclarés ne sont pas compris dans notre dénominateur. Ce ratio, estimé à 113% en 1996, indique que les FSU et FSU-Com vaccinent aussi les enfants enregistrés ailleurs que dans les maternités urbaines.

Le taux d'abandon ($N < 1$ an) pour le DTCP3 a été réduit de 50%. Cet excellent résultat est le fruit d'une meilleure information des mères et d'une réduction des occasions manquées dans les services pédiatriques.

Par contre, le niveau de couverture par l'antirougeoleux est médiocre. Certes, la proportion de nourrissons vaccinés avant leur premier anniversaire augmente, ce qui devrait espacer les pics épidémiques observés tous les 2 ans jusqu'en 1992 [12]. L'origine de ce faible niveau de performance est double :

- depuis 1994, l'INHP n'est plus chargé des stratégies avancées, cette fonction étant dévolue aux directions communales et aux municipalités chargées de campagnes "d'accélération" dans les zones d'habitat précaire ou rives lagunaires d'accès difficile ; mais les difficultés logistiques des directions communales et des municipalités, actuellement encore importantes, expliquent le maigre impact de cette nouvelle stratégie ;
- les mères abandonnent très tôt les services de prévention : à titre d'exemple, moins d'un nourrisson sur dix bénéficie d'un suivi nutritionnel après l'âge de un an, alors que tout nourrisson devrait être suivi jusqu'à l'âge de 5 ans.

Pour le vaccin antirougeoleux, comme dans d'autres grandes villes africaines [13], les services de routine d'Abidjan ne suffiront pas à atteindre l'objectif de couverture fixé par le P.E.V. (80% de nourrissons vaccinés avant leur premier anniversaire).

Conclusion

Si le développement des activités vaccinales est globalement satisfaisant, il n'en demeure pas moins que dans quelques établissements, la dynamique de supervision interne et la mise à niveau des connaissances des personnels chargés de la vaccination butent encore sur de nombreuses difficultés. En particulier et avant tout, certains médecins se cantonnent aux activités curatives, et sont peu convaincus du rôle décisif qu'ils ont à jouer dans la supervision de l'ensemble des prestations -y compris préventives- délivrées par leur service.

La réorganisation des services a été relativement facile pour l'administration quotidienne de tous les antigènes, mais nous n'avons pas pu obtenir la permanence des activités, compte tenu du fort niveau d'absentéisme l'après-midi : on sait que, à Abidjan, nombre d'agents de la fonction publique mènent de front d'autres activités (vacations, clientèle privée, commerce) qui les éloignent du service à partir de la mi-journée.

La consolidation des résultats obtenus suppose la mise en place d'une supervision interne effective des unités de vaccination, sous l'autorité des médecins chefs de service et des directeurs communaux, trop souvent enclins à considérer comme secondaires les activités de routine du PEV : il s'agit ici, comme pour la formation continue, d'un changement profond des habitudes et des mentalités, qu'il convient d'inscrire dans les objectifs de formation des administrateurs de santé, mais surtout des médecins et des personnels paramédicaux.

Dans l'immédiat, la supervision des unités de vaccination doit être renforcée : les médecins et directeurs communaux doivent être appuyés par les services régionaux. Le monitoring des activités et des indicateurs de rendement/qualité doit être poursuivi en continu. Il est nécessaire que le personnel soit informé sur son niveau de performance et encouragé quand il le mérite.

En ce qui concerne le vaccin antirougeoleux, il apparaît nécessaire de promouvoir des stratégies urbaines avancées, d'en définir avec réalisme les opérateurs et d'en préciser la faisabilité en grandeur réelle. Le service public n'a que rarement fait ses preuves en la matière par manque de motivation et par incapacité à surmonter les difficultés logistiques. L'appui d'un service mobile spécialisé, parapublic ou privé, pourrait compléter les services de vaccination de routine, en touchant les populations-cibles vivant dans les zones d'habitats précaire ou lagunaires d'accès difficile. Ces prestations pourraient être

rémunérées à l'acte, avec un barème progressif incitant les opérateurs à couvrir les zones d'accès particulièrement difficile.

En résumé, la collaboration effective de plusieurs niveaux de décision et d'exécution a permis de relancer les activités vaccinales de routine dans la ville d'Abidjan. Cette collaboration mérite d'être poursuivie et renforcée. Cependant, les résultats obtenus de 1994 à 1996 n'arrivent pas encore à la hauteur des objectifs affichés par le gouvernement (immunisation complète de 80% des nourrissons avant l'âge de un an). L'effort consenti doit être prolongé. Il convient aussi de réfléchir au développement de stratégies urbaines avancées, notamment pour l'immunisation par le vaccin antirougeoleux.

Bibliographie

1. OUATTARA, N.S. DAGNAN, K.D. EKRA, J. TAGLIANTE-SARACINO : Vaccination dans les quartiers défavorisés d'Abidjan, Actes du 4ème séminaire international sur les vaccinations en Afrique, 1994, p. 72, Collection Fondation M. Mérieux.
2. Association pour l'Aide à la Médecine Préventive : Actes du 4ème séminaire international sur les vaccinations en Afrique, 1994, p. 20, Collection Fondation M. Mérieux.
3. KAMELAN-TANO A.Y. : Programmes prioritaires en santé infantile dans les FSU d'Abidjan, DR-Sud, avril 1994.
4. Ministère de la Santé Publique, Direction Régionale du Sud, Affaires sanitaires : Contrats d'établissements 1994 (FSU d'Abobo Nord, Abobo Sud, Adjamé Centre, Williamsville, Attécoubé Centre, Abobo Doumé, Locodjoro, Cocody Nord, Cocody Sud, Koumassi, Marcory, Jean Delafosse Treichville, Yopougon-Attié ; Maternité des 220 logements ; Dispensaire du Pont F. Houphouët Boigny ; Hôpital Général de Port-Bouët), 1994.
5. Ministère de la Santé Publique, Direction Régionale du Sud : Evolution des activités dans les établissements sanitaires et les FSU à base communautaire d'Abidjan, 1992-1996, juin 1997.
6. Ministère de la Santé Publique, Direction Exécutive du P.E.V. et Direction Régionale du Sud 1 : Evaluation de la couverture vaccinale en Abidjan, août 1996.
7. Santé Maternelle et Infantile-France : Recherche opérationnelle sur la mortalité maternelle dans l'agglomération urbaine d'Abidjan, Rapport, mai 1993.
8. Enquête MOMA sur la morbidité maternelle grave en Afrique, INSERM/Coopération Française 1995 (résultats provisoires non publiés)
9. ORTIZ P., KAMELAN-TANO A.Y. : Etude Prestations Sanitaires, Direction Régionale du Sud/PSA/Coopération Française, Abidjan, août 1995.
10. MANOUAN N. J.M. : Récupération des occasions manquées de vaccination, Direction Régionale du Sud/PSA/Coopération Française, avril 1996.
11. BALAYSSAC M.C : Les occasions manquées de vaccination antitétanique chez la femme enceinte et la femme en âge de procréer à Abidjan (Côte d'Ivoire), Mémoire CIE/Université René Descartes Paris v, novembre 1996
12. EKRA D., ANAKY T.M.F., DAGNAN S., COULIBALY A., KOFFI M., OUATTARA S., DIARA N., TAGLIANTE-SARACINO J. : Faciès épidémiologique de la rougeole en Côte d'Ivoire, Actes du 4ème séminaire international sur les vaccinations en Afrique, 1994, p. 352, Collection Fondation M. Mérieux.

13. MALFAIT Ph., IDI MOUSSA M.J., JOLLET M.C., MARGOT A., DE BENOIST A.C., MOREN A. : Epidémie de rougeole à Niamey, Niger, 1990-91, Stratégie de vaccination à deux doses précoces, Actes du 4ème séminaire international sur les vaccinations en Afrique, 1994, p. 44, Collection Fondation M. Mérieux.

CHAPITRE 6

L'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Abidjan (en 1994-1996)

par P. ORTIZ (+), J.L. PORTAL, Y. KAMELAN-TANO,
A. TANO-BIAN

A Abidjan, le risque pour une femme de mourir des suites d'une grossesse ou d'un accouchement est de l'ordre de 1 %. La mortalité maternelle estimée par la statistique hospitalière est de l'ordre de 234 à 260 pour 100.000 naissances vivantes [1]. Estimée par enquête directe auprès de la population, dans un quartier populaire au Nord d'Abidjan [2], elle est estimée à 365 p. 100.000 : l'enquête a porté sur une cohorte de 3.405 gestantes suivies à partir du 2ème trimestre de la grossesse jusqu'au 42ème jour du post-partum. Ce taux n'inclut donc pas les pathologies du premier trimestre : avortements et grossesses extra-utérines.

En ordre de grandeur, la mortalité maternelle est 50 fois moindre dans les pays industrialisés [3]. Les principales causes de décès maternels sont les hémorragies, les infections, les pathologies hypertensives, les dystocies et les conséquences des avortements provoqués [1]. Les causes profondes sont liées à la situation sociale de la femme, à la pauvreté, à l'analphabétisme et à un accès insuffisant aux soins de santé maternelle de qualité.

Au cours de ces dernières années, diverses actions ont été entreprises à Abidjan dans le but de favoriser l'accès à un suivi prénatal adapté (recyclage des sages-femmes, gratuité des consultations prénatales, réouverture des consultations l'après-midi, standardisation du bilan biologique prénatal). Des mesures ont également été instaurées pour améliorer la prise en charge des accouchements (application effective des tarifs officiels, distribution de kits d'accouchement/épisiotomie et de kits césarienne par la Pharmacie de la Santé Publique, introduction du partographe O.M.S., ouverture de 7 maternités communautaires de proximité et d'un bloc gynéco-obstétrical dans une maternité publique). L'impact de ces mesures est analysé par ailleurs (cf. le chapitre 4).

Dans le présent chapitre, nous faisons le point sur le niveau d'utilisation des différents services de santé maternelle : en 1996, à Abidjan, on compte 3 CHU, 25 consultations prénatales dans les formations sanitaires publiques ou communautaires, 13 maternités publiques (dont une équipée d'un bloc opératoire depuis 1995), 7 maternités communautaires et 14 maternités privées. Les informations utilisées proviennent de trois sources principales :

- le système d'information sanitaire, mis en place dans l'ensemble des établissements sanitaires publics et communautaires à partir de juillet 1994. Jusque là, seules certaines informations sommaires étaient collectées annuellement. Désormais, les fiches d'information, collectées mensuellement dans chacun des services des établissements sanitaires, incluent des données particulières relatives aux activités des plateaux techniques et à l'organisation des services. Une application informatique a été développée pour automatiser l'analyse, assurer l'accessibilité des informations et en faciliter la diffusion. Le système d'information permet le monitoring et l'évaluation des programmes de santé maternelle à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, d'où nous tirons une appréciation du niveau d'utilisation des services.
- deux enquêtes spécifiques par sondage stratifié sur les registres des consultations prénatales et des maternités, et dont nous rendons compte ici. Dans chaque service, 50 enregistrements ont été tirés au sort par sondage. Un nombre limité de variables ont été collectées pour chacun des enregistrements. Cette méthodologie à l'avantage d'être rapide et permet de calculer les indicateurs pour chaque établissement avec une précision acceptable.
- des rapports d'enquêtes, d'évaluation ou de recherche opérationnelle menées par la Direction Régionale de la Santé du Sud et d'autres services ou organismes (cf. [1][2][4][8][9][10][11][13][14][16]).

Nous avons par ailleurs comparé les taux d'utilisation des services de santé maternelle d'Abidjan à ceux de cinq autres pays d'Afrique de l'Ouest, à l'aide de données en cours de publication (Enquête multicentrique MOMA Coopération Française/INSERM sur la morbidité et la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest)[17].

Dimensions des besoins : nombre d'accouchements, mortalité maternelle

De 1988 à 1996 à Abidjan, le nombre d'accouchements est resté relativement stable alors que la population a augmenté de près de 50 % (tableau 1). Cette baisse du taux de natalité est d'ailleurs mise en évidence par d'autres études [4] : le taux brut de natalité a chuté en 20 ans de 42,5‰ à 28,1‰ (1973-1992).

Tableau 1 : Evolution 1988-1996 des accouchements enregistrés et de la population d'Abidjan [5][6][7][8].

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
accouchements enregistrés*	88.256	92.049	91.277	90.448	88.201	88.220	76.445	78.221	88.877
population d'Abidjan	1.929.079							2.842.000	

* Pour 1993 à 1996, extrapolation à partir des données disponibles (les données du secteur privé manquent pour ces années).

Il faut naturellement tenir compte du fait que, au cours des deux dernières décennies, le niveau de scolarisation des filles de 6 à 14 ans s'est nettement élevé (tableau 2) [9].

Tableau 2 : Evolution du taux de scolarisation des enfants d'Abidjan de 6 à 14 ans (1975 et 1988)

nationalité	1975			1988		
	garçons (%)	filles (%)	ensemble (%)	garçons (%)	filles (%)	ensemble (%)
ivoiriens	78	56,8	66,3	88,2	67,7	77
non-ivoiriens	51,1	34,8	42,4	72,4	49,6	60,2
ensemble	70	50	59	83,3	62,2	71,9

Plusieurs études ont noté le rôle de l'analphabétisme dans la mortalité maternelle [5][6][7]. Les femmes non scolarisées fréquentent moins les consultations prénatales et accouchent plus souvent à domicile [10]. Dans les années qui viennent, la réduction de la fécondité et le plus fort taux de scolarisation des filles devraient contribuer à une baisse progressive de la mortalité maternelle.

Jusqu'à tout récemment, la mortalité maternelle à Abidjan n'était estimée qu'à partir de statistiques hospitalières : en ordre de grandeur de 234 à 260 pour 100.000 naissances vivantes [1][5][6][7]. Nous disposons depuis peu des résultats d'une enquête directe auprès de la population, menée dans les quartiers au nord d'Abidjan [2] : ils montrent en particulier que les statistiques hospitalières sous-estiment la réalité, par ignorance de la plupart des décès à domicile. A titre de comparaison, le tableau 3 donne les chiffres observés dans les capitales de 5 autres pays d'Afrique de l'Ouest.

Tableau 3 : Estimation de la mortalité maternelle dans les capitales de 5 pays d'Afrique de l'Ouest en décès pour 100.000 naissances vivantes (MOMA, 1996).

Ouagadougou	318 p. 100.000
Abidjan	428 p. 100.000
Bamako	274 p. 100.000
Nouakchott	161 p. 100.000
Niamey	371 p. 100.000

Source : [17] p. 47

Evidemment la situation d'Abidjan n'est donc pas très favorable. On pourrait craindre que le taux observé dans l'enquête directe auprès de la population ne soit surévalué, par rapport à la "vraie" valeur pour Abidjan, puisque les informations ont été collectées dans un quartier « populaire ». Cependant, en 1990, la mortalité maternelle hospitalière de la seule commune d'Abobo [2] représente 19 % des décès maternels enregistrés, pour un nombre d'habitants correspondant à 20 % de la population de la capitale : donc cette source ne signale pas qu'Abobo souffre d'une mortalité maternelle particulièrement élevée. Par contre, cette source ignore probablement une grande partie des décès à domicile. Et d'une manière générale, les enquêtes en population évitent le biais bien connu du recrutement hospitalier. Rappelons de plus que les décès en début de grossesse (grossesses extra-utérines et avortements) n'ont pas été répertoriés par cette enquête, alors qu'ils représentent plus du quart de la mortalité maternelle [1].

Utilisation des services de planification familiale

A Abidjan, comme dans la majorité des grandes villes africaines, la tendance observée est à une procréation plus tardive. Par rapport aux années 80, la classe d'âge de plus forte fécondité ne se situe plus entre 15 et 19 ans, mais entre 20 et 29 ans [11][12]. La scolarisation un peu plus poussée des filles et le recul de l'âge moyen au premier mariage sont sans doute pour une large part dans cette évolution. En outre, la fécondité baisse rapidement à partir de 30-35 ans. Cela pourrait indiquer que, à partir de cet âge, lorsqu'est constituée une descendance de taille acceptable pour l'homme et la femme, une proportion importante de couples décident de ne plus procréer [12].

En matière de planification familiale, il existe une pénurie de l'offre par rapport aux besoins : les personnels de santé sont insuffisamment formés, et les

méthodes modernes de planification familiale (pilule, stérilets, injectables, implants) ne sont pas disponibles dans le secteur public en dehors des services spécialisés de l'Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familial, qui ne desservent qu'une petite partie de la population. Lors de l'enquête à Yopougon, 30 % des femmes en âge de procréer disent avoir avorté une ou plusieurs fois. Mais, dans cette commune (environ 700.000 habitants), il existe seulement deux services sanitaires publics qui offrent une consultation de planification familiale (P.F): le CHU de Yopougon et la formation sanitaire urbaine de Yopougon-Attié. La solution qui consisterait à s'adresser aux officines privées, où les tarifs sont élevés, reste inaccessible pour la majorité de la population.

En raison de l'insuffisance de l'offre, la population se replie bien souvent vers des solutions alternatives comme les tradipraticiens, les vendeuses de plantes officinales ou les vendeurs de médicaments chinois (notamment les crèmes spermicides et la pilule - par exemple le Néofemenol - vendue 100 à 250 FCFA la plaquette).

Le préservatif, promu par les campagnes médiatiques de lutte contre le SIDA, est importé en quantité encore modeste et donc relativement peu employé (en 1994, 8,26 millions de préservatifs et en 1996, 15 millions pour une population de 12,5 millions d'habitants en 1994). Il est utilisé de manière plutôt régulière par les femmes avec leurs conjoints, et de manière plutôt irrégulière par les hommes avec leurs partenaires occasionnelles. Pourtant, 95 % des 15-49 ans connaissent le rôle des relations sexuelles dans la transmission du SIDA et 71 % d'entre eux citent le préservatif comme moyen de protection [12].

A Abidjan, 9,6 % ($\pm 2,2$) des femmes utilisent en 1994 une méthode moderne de planification familiale et 13,2 % une méthode traditionnelle. Les moyens modernes utilisés sont par fréquence décroissante : la pilule, les injections, les dispositifs intra-utérins et le condom [13].

Enfin, le système d'information de routine montre que les avortements - recrutés par les services sanitaires en cas de complications - augmentent depuis 1994 (tableau 4).

Tableau 4 : Evolution 1994-96 des avortements compliqués notifiés dans la ville d'Abidjan

	1994	1995	1996	1996/1994
avortements admis dans les FSU et FSU-Com	2.770	3.595	4.084	+ 47 %

En 1990, les complications de l'avortement sont responsables de 22 % de la mortalité maternelle. Les décès par avortement sont plus fréquents chez les jeunes femmes célibataires de moins de 25 ans [1].

Le suivi prénatal

De juillet 1994 à décembre 1996, l'augmentation du nombre de consultations prénatales (CPN) notifiées est proportionnellement moins importante que celle du nombre d'accouchements enregistrés. Par contre, le suivi prénatal s'améliore : alors que les secondes consultations prénatales (CPN2) augmentent de 41 %, les consultations suivantes augmentent de 66 %.

Tableau 5 : Evolution des consultations prénatales et des accouchements dans la ville d'Abidjan (1994-1996)

	2ème semestre 1994	1er semestre 1995	2ème semestre 1995	1er semestre 1996	2ème semestre 1996	$\frac{2\text{ème sem.96}}{2\text{ème sem.94}}$
CPN 1	30.335	32.134	33.293	38.904	37.951	+ 25 %
CPN 2	17.992	21.604	19.929	27.241	25.443	+ 41 %
CPN 3 et plus	18.969	23.135	22.439	34.345	31.506	+ 66 %
total CPN	67.296	76.888	75.661	100.490	94.900	+ 41 %
accouchements enregistrés	29.560	35.249	32.020	39.399	39.302	+ 33 %

Cependant, la comparaison avec 5 autres pays d'Afrique de l'Ouest (enquête MOMA) montre que le taux de déperdition entre la 1ère CPN et la 2ème est particulièrement élevé à Abidjan. Par contre, la fréquentation des services est satisfaisante : 95 % des gestantes bénéficient d'au moins une consultation prénatale (tableau 6).

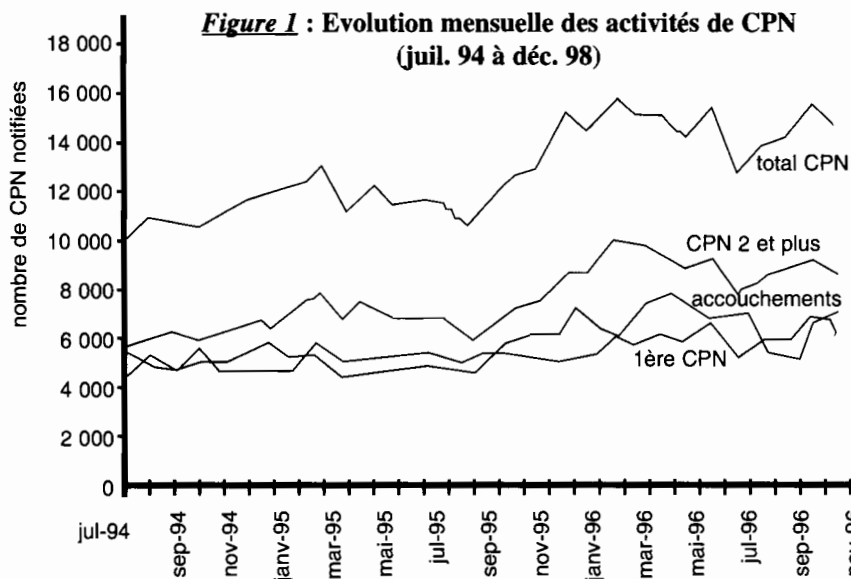


Tableau 6 : Consultations prénatales effectuées par les gestantes de 6 pays d'Afrique de l'Ouest au 8ème mois de grossesse (1995)

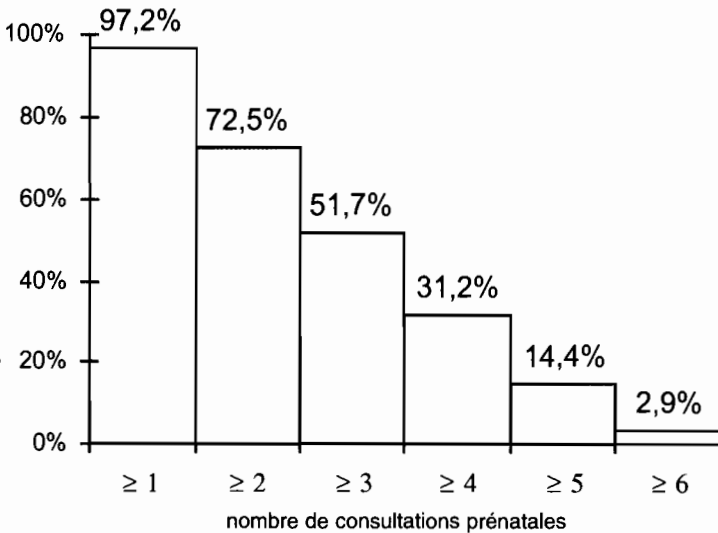
8ème mois de grossesse	Ouagadougou (Burkina-Faso)	Abidjan/Abobo (Côte d'Ivoire)	Bamako (Mali)	Nouakchott (Mauritanie)	Niamey (Niger)	St Louis/Kaolack (Sénégal)
pas de CPN	2 %	5 %	16 %	12 %	1 %	15 %
CPN 1	21 %	31 %	16 %	17 %	13 %	21 %
CPN 2	49 %	31 %	21 %	39 %	46 %	30 %
CPN 3 et plus	27 %	33 %	47 %	32 %	40 %	34 %
nombre moyen de CPN	2,07	2,08	2,58	1,93	2,37	1,97
taux d'abandon après la première CPN	21,4 %	32,6 %	19,0 %	19,3 %	13,1 %	24,7 %

A Abidjan, la plupart des consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes (tableau 7).

Tableau 7 : Proportion des consultations prénatales effectuées par les sages-femmes et par les médecins.

	Second semestre 94	Premier semestre 95	Second semestre 95	Premier semestre 96	Second semestre 96
sages-femmes	97,6 %	98,4 %	96,8 %	95,1 %	97,0 %
médecins	2,4 %	1,6 %	3,2 %	4,9 %	3,0 %

Dans la notification de routine, les femmes ayant bénéficié de plus de 2 CPN sont regroupées dans une même catégorie ; c'est donc grâce à une étude sur

Figure 2 : Couverture prénatale selon le nombre de consultations effectuées

registres menée fin 1994 que nous pouvons préciser la couverture selon le nombre exact de CPN (figure 2).

Pour les femmes qui accouchent en maternité, le taux d'abandon entre la première et la seconde visite prénatale est, comme ci-dessus, d'environ 25 % [11]. L'enquête sur registre permet aussi de calculer le nombre moyen de CPN par parturiente : il est égal à 2,7 CPN par femme : ce chiffre est comparable à celui qu'avait fourni une autre étude sur registres [11].

L'enquête directe auprès de la population montre que les accouchées à domicile fréquentent significativement moins les consultations prénatales : au 8ème mois de grossesse, 41,9 % des accouchées à domicile n'ont eu qu'une visite prénatale, contre 26,8 % des accouchées en maternité (tableau 8) [11].

Tableau 8 : Nombre de CPN effectuées au 8ème mois de grossesse selon le lieu d'accouchement.

	accouchement en maternité	accouchement à domicile
pas de CPN (%)	3,8	7,4
une CPN (%)	26,8	41,9
deux CPN (%)	31,9	30,0
trois CPN (%)	23,3	14,5
quatre CPN et plus (%)	14,2	6,2

La déperdition entre la première consultation prénatale et la seconde suggère une mauvaise perception par la gestante du service fourni ; la mauvaise qualité de l'accueil et le coût excessif des prestations (prescriptions orientées vers les officines privées, examens de laboratoire, échographies injustifiées) pourraient expliquer cette déperdition.

Cette déperdition est suivie en routine par un indicateur simple exprimé par la formule $[1 - (\text{nombre de CPN2} / \text{nombre de CPN1})]$. Ce pourcentage permet de diagnostiquer rapidement les problèmes de fonctionnement des services ; en 1994-1995, nous avons observé une forte déperdition dans deux services, l'un qui prescrivait systématiquement un bilan biologique prénatal coûteux, l'autre qui mettait comme condition à l'accès à la CPN2 la réalisation d'une échographie prescrite lors de la CPN1. En 1996, le taux de déperdition entre la première et la deuxième visite prénatale se réduit sensiblement (tableau 9, sur lequel, compte tenu des variations saisonnières des accouchements, les chiffres et indicateurs doivent être comparés pour les mêmes périodes annuelles).

Tableau 9 : Evolution de la déperdition entre CPN 1 et CPN2 à Abidjan 1994-1996.

	Second semestre 94	Premier semestre 95	Second semestre 95	Premier semestre 96	Second semestre 96
CPN 1	30.335	32.134	33.293	38.904	37.951
CPN 2	17.992	21.604	19.929	27.241	25.443
$[1 - (\text{CPN2}/\text{CPN1})]$	41 %	33 %	40 %	30 %	33 %

- Détection des grossesses à risque (GAR) et référence

Dans le système d'information, sont comptabilisées comme « grossesses à risque » les visites prénatales au décours desquelles un ou plusieurs facteurs de risque ont été détectés. Le tableau 10 donne la proportion des consultations au décours desquelles un risque a été détecté (6,2 % à 8 %). Nous considérerons que ce chiffre nous donne une idée de la fréquence des grossesses à risque.

Tableau 10 : Grossesses à risque détectées par les consultations prénatales.

	Second semestre 94	Premier semestre 95	Second semestre 95	Premier semestre 96	Second semestre 96
nombre moyen de CPN/gestante suivie	2,2	2,4	2,3	2,6	2,5
GAR notifiées	5261	5348	5575	6328	5709*
taux de GAR /NB moyen de CPN	8,0 %	6,3 %	7,6 %	6,2 %	5,9 %*

* notification incomplète.

- Vaccination antitétanique (VAT)

Tous les établissements qui assurent des consultations prénatales administrent l'anatoxine tétanique. Dans certaines formations, cette vaccination est de la compétence de l'unité de vaccination, dans d'autres elle est faite directement par le service prénatal. De 1994 à 1996, l'immunisation des gestantes par le VAT a fortement progressé (cf. le chapitre 5 "Les activités vaccinales de routine dans les établissements sanitaires publics et communautaires d'Abidjan" ci-dessus p.105).

Tableau 11 : Evolution 1994-96 de l'immunisation des gestantes par le VAT.

	1994	1995	1996	1996/1994
VAT 1	28.442	45.034	57.268	+ 101 %
VAT 2	19.808	31.718	38.974	+ 97 %
VAT rappels (VATr)	15.036	21.696	27.246	+ 81 %
accouchements	65.459	67.249	78.701	
[1-(VAT2/VAT1)]	30,4 %	29,6 %	31,9 %	
total VAT2 + VATr	34.844	53.414	66.220	
VAT2 + VATr / accouchements	53,2 %	79,6 %	84,1 %	

La déperdition entre la première dose de VAT et la 2ème est du même ordre que celle observée entre la 1ère et la 2ème consultation prénatale. A Abidjan, le cycle de vaccination antitétanique est souvent repris à zéro, quel que soit le nombre de doses antérieurement injectées, parce que le support d'enregistrement (carnet de santé de la mère et de l'enfant) est renouvelé à chaque grossesse, ce qui conduit à ignorer les doses administrées lors d'une grossesse antérieure. L'important gaspillage de ressources qui en résulte peut être estimé annuellement à plusieurs dizaines de milliers de doses !

Le rapport « (VAT2 + VAT rappel)/ accouchements » évolue favorablement depuis 1994 et indique qu'en 1996, au moins 84 % des femmes qui ont accouché en maternité ou à domicile sont correctement immunisées (tableau 11). Ce taux est identique à celui de l'enquête de couverture vaccinale d'Abidjan réalisée en 1996 (cf plus haut p. 113).

Parmi les gestantes qui sont enregistrées comme n'ayant reçu que le «VAT1» (et qui sont donc considérées comme ayant abandonné), on dénombre 70 à 75 % de multigestes. La plupart des multigestes ont très probablement déjà reçu des doses au cours de leurs grossesses antérieures, plus celle qui est ici enregistrée, qui est donc une dose de rang supérieur au VAT1 (VAT2 ou rappel) : elles doivent donc être considérées comme correctement immunisées. En 1996, 18.294 femmes vaccinées par le « VAT 1 » n'ont pas reçu le « VAT 2 », mais on peut supposer qu'au moins 50 % de ces doses sont en fait d'un rang postérieur au VAT 1. En définitive, en 1996, plus de 90 % des femmes qui ont accouché sont correctement immunisées par le VAT (si l'on tient compte des 3-4 % de gestantes qui ne bénéficient pas d'un suivi prénatal) [14].

- Bilan biologique prénatal

Le bilan biologique prénatal recommandé en Côte d'Ivoire reste financièrement inaccessible pour la plupart des gestantes. En vue de favoriser le suivi prénatal, des consignes ont été données pour adapter les prescriptions en fonction des moyens propres à chaque parturiente et pour ne pas répéter inutilement les examens déjà réalisés (notamment le groupage sanguin et l'électrophorèse de l'hémoglobine).

Sont prescrits par ordre de priorité l'albuminurie, le taux d'hémoglobine, le groupage sanguin, l'électrophorèse de l'hémoglobine, la sérologie syphilitique, la sérologie de la toxoplasmose et la sérologie de la rubéole. Seuls cinq établissements disposent d'un laboratoire en mesure d'effectuer les 5 premiers examens, pour un coût compris entre 4.500 et 8.500 FCFA. Le coût de l'ensemble du bilan effectué auprès d'un laboratoire privé est de l'ordre de 80.000 FCFA (en ordre de grandeur plus deux fois le salaire minimum !).

En réalité, le bilan biologique prénatal n'est pas réalisé dans la plupart des cas, hormis la recherche d'albumine urinaire réalisé à l'aide de bandelettes au cours des visites prénatales. Le taux de couverture des autres examens biologiques réalisés par le secteur public (hors CHU) est faible (tableau 12).

Tableau 12 : Proportion des gestantes bénéficiant d'examens biologiques dans les laboratoires des FSU publiques et communautaires

	% des gestantes
numération et formule sanguine	1 %
groupe sanguin / Rhésus	8 %
électrophorèse de l'hémoglobine	2 %
BW, VDRL ou TPHA (syphilis)	15 %
tests de grossesse	1 %

- Couverture par les antipaludiques et par les anti-anémiques

La couverture par la chloroquine et le fer folate n'est que partielle, bien que la prévalence du paludisme et celle de l'ankylostomiase soient importantes à Abidjan. Une évaluation menée récemment dans le cadre de la supervision des services montre que, si deux tiers des femmes bénéficient de prescriptions d'antipaludiques et d'anti-anémiques, la couverture est discontinuée pour la chloroquine et insuffisante pour le fer folate (traitement d'une semaine à un mois). Les pharmacies d'établissements ne sont pas autorisées à délivrer ces médicaments essentiels au-delà du premier jour de traitement. Les gestantes sont donc contraintes de s'approvisionner au prix fort auprès des officines privées. Malheureusement, le coût de ces spécialités dans les officines privées rend le traitement inaccessible à la majorité des gestantes. D'après l'enquête directe auprès de la population, dans la commune d'Abobo, un tiers seulement des gestantes bénéficient de cette couverture [2] ; les modalités d'enquête ne permettent pas de déterminer si cette couverture est suffisante ou non.

Les accouchements

Les maternités publiques et communautaires enregistrent plus de 86 % des accouchements (en maternité et à domicile) répertoriés dans les structures publiques et parapubliques d'Abidjan. En effet la majorité des femmes qui accouchent à domicile se présentent ensuite dans une maternité publique pour enregistrer l'enfant et obtenir des soins [1]. L'enquête MOMA indique qu'à Abobo, seulement 1,5 % des accouchements à domicile n'ont pas été enregistrés dans les maternités. En 1992, 1822 accouchements ont eu lieu dans les cliniques privées d'Abidjan, ce qui représente à peine 2 % du total [1].

Le nombre des accouchements enregistrés dans les maternités publiques est resté stable entre 1992 et 1993. Mais entre 1993 et 1994, une baisse de l'ordre de 13 % a été enregistrée. Cette baisse concerne dans des proportions semblables les accouchements en maternité et les accouchements à domicile (tableau 13).

Tableau 13 : Evolution des accouchements selon le lieu dans la ville d'Abidjan entre 1989 et 1996

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Domicile	81.263	79.145	78.443	15.308	15.280	13.546	13.521	14.483
Maternités publiques				61.161	62.217	51.102	51.196	54.376
Mat. communautaires	0	0	0	0	0	811	2.552	9.842
CHU	8.990	10.345	10.280	9.910	8.923	9.186	9.152	8.376
Maternités privées	1.796	1.787	1.725	1.822	?	?	?	?
Total	92.049	91.277	90.448	88.201	88.220*	76.445*	78.221*	88.877*

* En supposant que le nombre des accouchements dans les maternités privées reste stable aux alentours de 1.800 par an.

La proportion d'accouchements à domicile reste importante dans la ville d'Abidjan (tableau 14).

Tableau 14 : Accouchements en maternité et à domicile dans la ville d'Abidjan (1992-1996).

	1992	1993	1994	1995	1996
domicile	15.017	15.280	13.546	13.517	14.483
total des accouchements	88.201	88.220	76.445	78.221	88.877
% domicile	17,4 %	17,3 %	17,7 %	17,3 %	16,3 %

Une étude réalisée auprès de 3.390 parturientes [10] montre que les déterminants principaux de l'accouchement à domicile sont les difficultés d'accès aux moyens de transport, la multiparité et le faible niveau de scolarisation.

Par ailleurs, à Abidjan, la majorité des femmes ne se présentent dans les maternités qu'en fin de travail ou en phase d'expulsion. Nous avons noté la proportion de femmes accouchant moins d'une heure après leur admission (tableau 15).

Tableau 15 : Proportion d'accouchements moins d'une heure après l'admission dans les maternités de la ville d'Abidjan (1992-1996).

	1994	1995	1996
accouchement moins d'une heure après l'admission	62 %	55 %	41 %

A Abobo, 97 % des gestantes disent souhaiter accoucher en maternité mais seulement 74 % le font réellement [10]. La difficulté pour trouver rapidement un moyen de transport explique que les multipares, pour qui la durée du travail est plus courte, accouchent plus souvent à domicile ou dans un taxi.

Selon une enquête, les femmes qui accouchent à domicile disent pour la plupart avoir été surprises par la rapidité du travail (moins d'une heure) et n'avoir pas eu le temps de se présenter en maternité [15].

Tableau 16 : Proportion d'accouchements à domicile dans 6 pays d'Afrique de l'Ouest (MOMA, 1996)

	Ouagadougou (Burkina-Faso)	Abidjan/Abobo (Côte d'Ivoire)	Bamako (Mali)	Nouakchott (Mauritanie)	Niamey (Niger)	St Louis/ Kaolack (Sénégal)
accouchements à domicile	5,7 %	25,7 %	8,8 %	8,5 %	26,4 %	42,9 %

Source : [17] p. 36

Comme les villes de Saint-Louis et Kaolack, au Sénégal, couvrent en partie des zones rurales, Abidjan est donc, avec Niamey, la ville qui enregistre le plus fort taux d'accouchements à domicile.

En 1995 et 1996, l'ouverture de 7 maternités de proximité dans les communes d'Abobo et de Yopougon (formations sanitaires urbaines communautaires) a contribué à réduire le taux d'accouchement à domicile.

Tableau 17 : Accouchements en maternité et à domicile dans 4 communes d'Abidjan (1992-1996).

Commune		1992	1995	1996
Abobo	nombre de maternités	2	4	5
	population communale			647 000
	population/maternité			130 000
	accouchements en maternité	12 467	13 019	17 972
	accouchements à domicile	6 103	4 198	5 248
	% accouchements à domicile	32,9%	24,4%	22,6%
Attécoubé	nombre de maternités	3	3	3
	population communale			226 000
	population/maternité			75 000
	accouchements en maternité	3 914	5 749	6 060
	accouchements à domicile	604	1 097	992
	% accouchements à domicile	13,4%	16,0%	14,1%
Treichville	nombre de maternités	1	1	1
	population communale			100 000
	population/maternité			100 000
	accouchements en maternité	3 517	2 480	2 493
	accouchements à domicile	475	409	404
	% accouchements à domicile	11,9%	14,2%	13,9%
Yopougon	nombre de maternités	1	1	5(*)
	population communale			709 000
	population/maternité			140 000
	accouchements en maternité	11 039	8 507	11 054
	accouchements à domicile	2 438	2 435	2 463
	% accouchements à domicile	18,1%	22,3%	18,2%

Dans les communes d'Abobo et de Yopougon, la forte disparité de couverture qui existait en 1992 par rapport aux autres communes est aujourd'hui fortement réduite. Pour l'ensemble de ces deux communes, le nombre de maternités est passé, en l'espace de 3 ans (1994-1996), de 3 à 10 ; la réduction du taux d'accouchements à domicile, déjà très nette en 1996 pour la commune d'Abobo (tableau 17), et confirmée par les premières données disponibles en 1997 pour la commune de Yopougon, témoigne du développement de la clientèle de proximité de ces nouvelles maternités.

Depuis le 15 septembre 1995, les parturientes obtiennent dans les formations sanitaires publiques et communautaires un kit d'accouchement/épisiotomie au prix de 1.500 FCFA. Ce kit confectionné et distribué par la Pharmacie de la Santé Publique parvient à couvrir la quasi totalité des accouchements. Avant cette date, la famille des parturientes faisait l'acquisition des médicaments et consommables nécessaires auprès des officines privées sur prescription des sages-femmes des salles d'accouchement.

- Evacuations

En 1995 et 1996, environ 5.000 parturientes ont été évacuées annuellement vers les CHU (tableau 18).

Tableau 18 : Evacuations des parturientes par les maternités publiques et communautaires vers les CHU (1995-1996)

	1995	1996
avant l'accouchement	4.349	4.440
après l'accouchement	662	582
total des évacuations	5.011	5.022
Accouchements	67.269	78.701
taux d'évacuation	7,4 %	6,4 %

En 1996, 11 maternités publiques sur 20 sont dotées d'une ambulance. Même quand la maternité dispose d'une ambulance, les parturientes peuvent montrer une réticence à se laisser transférer par ce moyen, invoquant le coût du transfert (1.000 à 2.000 FCFA) et le besoin, pour se procurer l'argent nécessaire, de faire un détour par le domicile. En 1994, moins de la moitié des transferts se font en ambulance [16]. Même quand l'établissement dispose d'une ambulance, un tiers des parturientes ne sont pas évacuées par ce moyen. Or, seul le transfert en ambulance garantit l'admission en CHU, Une parturiente sur 6, évacuée en taxi ou en véhicule privé ne prend pas la direction d'un CHU, mais tente d'accoucher dans une autre maternité urbaine ou retourne accoucher à domicile : il s'agit d'éviter d'avoir à payer les frais d'un accouchement ou d'une césarienne au CHU (4 à 30 fois le coût théorique, inférieur à 5000 FCFA, dans une maternité publique).

- Urgences et gestes obstétricaux essentiels (césarienne, anesthésie, forceps/ventouse,...)

A l'exception de la maternité d'Abobo Sud, qui dispose d'un bloc opératoire depuis mars 1995, les maternités publiques et communautaires ne sont pas équipées pour prendre en charge les complications de la grossesse et de l'accouchement [7]. Les services de référence sont constitués des trois CHU (dont l'un a été fermé pour réhabilitation de septembre 1995 à février 1998) et de la maternité d'Abobo Sud : eux seuls sont aptes à prendre en charge les urgences obstétrico-chirurgicales. En 1996, environ 2300 césariennes ont été

réalisées au sein de la maternité d'Abobo Sud et des CHU de Treichville et Yopougon. Un kit césarienne est distribué par la PSP (depuis la circulaire ministérielle du 15 septembre 1995), au prix de 21.500 FCFA. Sa disponibilité est bonne mais son utilisation n'est pas générale. Ainsi, pour des raisons incompréhensibles, le CHU de Treichville continuait en 1996 à envoyer les familles s'approvisionner en ville dans les officines privées, ce qui paraît difficilement compatible avec le concept de l'urgence chirurgicale.

Le délai médian entre l'indication opératoire et la césarienne a été évalué en 1994 : il était alors de 4 heures et 10 minutes [16] (cf plus haut p.73 et P. 96). En 1996, le taux de césarienne enregistré dans le secteur public est de 2,7%. Moins de 5 % des césariennes réalisées sont programmées au CHU de référence. Le recours aux forceps ou à la ventouse est noté pour 3,5 % des accouchements en milieu spécialisé (chiffre relevé dans les services), mais n'a pas été observé une seule fois à Abidjan parmi les 3.390 parturientes suivies par l'étude MOMA (tableau 19).

Tableau 19 : Mode d'extraction du nouveau-né dans 6 pays d'Afrique de l'Ouest (1995)

	Ouagadougou (Burkina-Faso)	Abidjan/Abobo (Côte d'Ivoire)	Bamako (Mali)	Nouakchott (Mauritanie)	Niamey (Niger)	St Louis/ Kaolack (Sénégal)
voie basse spontanée	96,1 %	98,2 %	98,2 %	96,2 %	97,4 %	97,1 %
manoeuvres	1,0 %	0,4 %	0,2 %	2,3 %	0,2 %	0,8 %
forceps/ventouse	0,2 %	0 %	0,1 %	0,8 %	0,4 %	0,5 %
césarienne	2,64 %	1,48 %	1,53 %	0,70 %	2,04 %	1,65 %
césariennes programmées	26 %	16 %	2 %	64 %	17 %	15 %

-Consultations postnatales

Une faible proportion seulement des parturientes bénéficie d'une consultation postnatale (3,8 %) [8]. Ce faible recours aux services de santé après l'accouchement est l'une des explications de la faible prévalence de la contraception.

Conclusion

A Abidjan, l'offre de services de planification familiale reste en deçà de la demande. La fréquentation des services prénatals est bonne, mais le suivi prénatal se limite à une seule visite pour près d'un tiers des gestantes. Plus de 90 % des accouchements sont protégés par l'anatoxine tétanique. Le bilan biologique prénatal, irréaliste (il impose par exemple les sérologies de la

toxoplasmose et de la rubéole) et trop coûteux, est très rarement réalisé. La couverture par la chloroquine et le fer folate est insuffisante. Peu de grossesses à risque bénéficient d'un suivi spécialisé, difficilement accessible (mauvaises relations fonctionnelles entre les services et coût de prise en charge trop élevé).

Malgré l'ouverture de maternités de proximité dans les communes populaires d'Abobo et de Yopougon, la proportion d'accouchements à domicile reste élevée (16,3 %). La difficulté d'accès aux moyens de transport est le facteur principal d'accouchement à domicile, dans une ville où il est de tradition de n'accueillir les parturientes en salle d'accouchement qu'en fin de travail.

Seulement 2,7 % des parturientes sont délivrées par une césarienne. Le taux de mortalité maternelle demeure élevé pour une ville pourtant confortablement dotée en infrastructures et en personnels (mais les effectifs sont très mal répartis entre les formations et très mal utilisés); il ne diminuera que si l'on parvient à faciliter l'accès aux services spécialisés.

La comparaison de quelques indicateurs (fréquentation des CPN, proportion d'accouchements à domicile, taux de césarienne, estimation de la mortalité maternelle) tend à indiquer que, malgré une différence de niveau de vie bien connue, la prise en charge des gestantes et des parturientes, et les résultats obtenus dans ce domaine, ne sont pas meilleurs à Abidjan que dans 5 autres pays d'Afrique de l'Ouest.

Bibliographie

1. SMI-FRANCE, Recherche opérationnelle sur la mortalité maternelle dans l'agglomération urbaine d'Abidjan (Côte d'Ivoire), Rapport, mai 1993.
2. BERCHE T., ORTIZ P., EONO P., PORTAL J.L., BARBE T., KOFFI A.S., BOHOUSSOU K.M., TOURE C.K., WELFFENS-EKRA C., ZADI F., TANO-BIAN A., Enquête multicentrique MOMA sur la morbidité et la mortalité maternelles en Afrique de l'Ouest, Résultats de la Côte d'Ivoire, Coopération Française, juin 1997.
3. J. BOUYER, G. BREART, M. DELECOUR, S. DORMONT, L. HOUL-LEMARE, E. PAPIERNIK, M. PECHEVIS, Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement : Pour un programme d'action, Séminaire Centre International de l'Enfance, octobre 1988.
4. GARENNE M., MADISON M., TARANTOLA D., ZANOU B., AKA J., DOGORE R. : Conséquences démographiques du SIDA en Abidjan : 1986 - 1992, CEPED, Paris, 1995.
5. BOHOUSSOU K.M., DJANHAN Y., Etude épidémiologique de la mortalité maternelle à Abidjan, Inter-Fac Afrique n° 13, 1990.
6. BOHOUSSOU K.M., DJANHAN Y., BONI S., KONE N., WELFFENS-EKRA C., TOURE C.K., La mortalité maternelle à Abidjan en 1988, Médecine d'Afrique Noire : 1992, 39 (7).
7. BOHOUSSOU K.M., DJANHAN Y., BOKOSSA E., KONE N., WELFFENS-EKRA C., TOURE K., TONNEAU P., La mortalité maternelle à Abidjan (Côte d'Ivoire) de 1988 à 1993, Médecine d'Afrique Noire : 1995, 42 (11).
8. Ministère de la Santé Publique, DR-Sud, Evolution des activités dans les établissements sanitaires et les FSU à base communautaire d'Abidjan, 1992-1996, juin 1997 .
9. Institut National de la Statistique, Abidjan la cosmopolite : une étude démographique de la ville d'Abidjan, septembre 1994 .
10. ORTIZ P., PORTAL J.L., EONO P., ADOM S.K., AKOI AHIZI F., CISSE A.L., TANO-BIAN A., Abidjan : déterminants et conséquences des accouchements à domicile, Société Africaine de Gynécologie Obstétrique, Abidjan, décembre 1996.
11. PORTAL J.L., Accouchements dans les maternités périphériques d'Abidjan, Rapport Direction régionale du Sud/PSA/Coopération Française, juillet 1994.
12. TOURE L., KAMAGATE Z., GUILLAUME A., DESGREES DU LOU A., Santé de la Reproduction et planification familiale à Yopougon, Rapport d'Enquête ENSEA/ORSTOM, janvier 1997.
13. Institut National de la Statistique/Macro International Inc., Enquête démographique et de santé, 1994.

14. BALAYSSAC M.C, Les occasions manquées de vaccination antitétanique chez la femme enceinte et la femme en âge de procréer à Abidjan (Côte d'Ivoire), Mémoire CIE/Université René Descartes Paris V, novembre 1996.
15. BOSSE DOGO O., Les accouchements à domicile dans la Commune d'Abobo, Mémoire de fin d'études, ENSFPM, Abidjan, juin 1989.
16. AKOI AHIZI F., ANE K., PORTAL J.L., Les conditions d'évacuation des parturientes à Abidjan : Evacuations obstétricales des maternités publiques d'Abidjan vers les Centres hospitalo-universitaires, Direction Régionale du Sud/PSA/Coopération Française, décembre 1994.
17. Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest, résultats d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack, INSERM Unité 149, Ministère des Affaires Etrangères, Coopération et Francophonie, 1988.

CHAPITRE 7

Evolution récente de l'organisation de la lutte antituberculeuse dans la ville d'Abidjan (1994-1996)

par D. COULIBALY, J.L. PORTAL, M. PEYRE, A. TANO-BIAN,
I.M. COULIBALY

Jusqu'en 1993, le nombre des établissements chargés de dépister et traiter les malades tuberculeux n'a guère varié dans les capitales des pays d'Afrique centrale ou occidentale [1] : on privilégiait la spécificité des établissements par souci de mieux contrôler la qualité des soins dispensés. Les structures de santé généralistes étaient censées adresser systématiquement les patients aux services de référence.

A partir de 1994, la déconcentration des activités de lutte antituberculeuse au sein des formations sanitaires généralistes d'Abidjan a été instaurée avec un double objectif : désengorger les services spécialisés et rendre plus accessibles les sites de prise en charge.

1. La situation au moment de la décision

Jusqu'en 1994, dans la capitale économique ivoirienne, le diagnostic et le traitement de la tuberculose ont été assurés uniquement par 6 structures spécialisées : les centres antituberculeux (CAT) d'Adjamé (créé en 1962) et de Treichville (créé en 1966), assurant le diagnostic et le traitement, les services de pneumo-physiologie des CHU de Treichville et Cocody (créés en 1970) assurant le diagnostic et l'hospitalisation, et les centres de traitement de Koumassi (créé en 1976) et d'Abobo (créé en 1982). Le CAT d'Adjamé était le centre national de référence et de coordination de la lutte antituberculeuse en Côte d'Ivoire.

Dans le même temps, la population était passée de 350.000 (1960) à 2.500.000 habitants (1993) [2]. En 1993, la ville d'Abidjan ne disposait encore que d'un centre de microscopie pour 625.000 habitants, alors que l'O.M.S. recommande en zone urbaine un centre de diagnostic de la tuberculose pour 100.000 à 200.000 habitants.

Par ailleurs, Abidjan connaît une importante recrudescence de la tuberculose depuis dix ans environ. Le risque annuel d'infection tuberculeuse (RAIT), indicateur indirect de l'incidence de la tuberculose, y est passé de 2,15% (intervalle de confiance IC : 1,7 - 2,6) en 1987 [3][4] à 3,45% (IC : 2,96 - 4,76) en 1993 [5], traduisant l'aggravation de l'endémie tuberculeuse, liée en particulier au développement rapide de l'épidémie à VIH [6][7], qui en 1995 touche 14% des femmes enceintes [8] et 45% des tuberculeux. En outre, on le sait, l'épidémie VIH favorise l'émergence de souches multirésistantes : à Abidjan, en 1995-96, le taux de résistance primaire global est de 16,4% (13,7% de résistance à l'isoniazide et 6,2% de résistance à la rifampicine) avec un taux de multirésistance de 9,6% [9].

Le nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) dépistés a augmenté de 70% entre 1990 et 1996.

Tableau 1 : Nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive dépistés à Abidjan (1990-1996)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
TPM+	2 425	2 580	2 830	2 939	3 429	3 907	4 138

De 1981 à 1987, avant que l'épidémie à VIH n'ait à Abidjan l'importance qu'on lui connaît aujourd'hui, le nombre total de tuberculoses détectées avaient augmenté, au même rythme que la population, de 41% (2.088 cas en 1981 et 2.945 cas en 1987). En fait, le risque de tuberculose attribuable au VIH n'a commencé à croître qu'à partir de 1985 [10].

L'instauration du recouvrement des coûts en Côte d'Ivoire (1995) n'affecte pas le programme de lutte contre la tuberculose, financé par l'Etat et une ONG ivoirienne (Comité National Antituberculeux de Côte d'Ivoire). Les patients contribuent, quand cela est possible, aux frais de prise en charge du traitement par le paiement d'un forfait de 5.000 FCFA. Comme dans la plupart des pays d'Afrique au sud du Sahara, le recouvrement intégral des coûts n'est pas envisageable [11][12].

Le rapport d'activités du programme national [13] indique qu'en 1993, à Abidjan, les indicateurs de la lutte antituberculeuse restent peu satisfaisants : le rendement du dépistage est de 50%, le taux de guérison de 70% et le taux de perdus de vue de 22%, alors que les experts de l'Union Internationale contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires (ICTMR) et de

l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estiment que l'on devait guérir au moins 80 % des malades et n'avoir pas plus de 10 % de perdus de vue.

Ce bilan évidemment assez décevant a motivé la décision de déconcentrer les activités de lutte antituberculeuse pour en confier une partie aux principales formations sanitaires généralistes d'Abidjan (Formations Sanitaires Urbaines publiques et FSU communautaires) La décision de principe n'entraînait d'ailleurs pas que toutes les formations sanitaires urbaines soient immédiatement concernées. Les objectifs principaux de la déconcentration ont été présentés de la façon suivante :

- rapprocher géographiquement les malades des centres de diagnostic et de traitement ;
- assurer la supervision quotidienne de la prise des médicaments ;
- désengorger les CAT submergés aujourd'hui par un nombre pléthorique de patients ;
- libérer suffisamment les médecins spécialistes pour qu'ils assurent la formation et la supervision au niveau régional.

L'essentiel était d'augmenter le nombre de formations capables de prendre en charge les malades, et d'offrir de la sorte des soins de proximité, ce qui est primordial pour des pathologies de longue durée.

2. Les étapes de la déconcentration

L'intégration des activités de lutte antituberculeuse au sein des formations sanitaires généralistes d'Abidjan a été conduite en privilégiant la maîtrise du diagnostic microbiologique : c'est seulement aux établissements ayant acquis cette maîtrise qu'a été confiée la prise en charge thérapeutique des patients. La fiabilité des laboratoires est attestée par un contrôle de qualité des examens de Ziehl-Nielsen, instauré en septembre 1994 par un médecin biologiste de l'Institut Pasteur. Ce contrôle porte sur toutes les lames positives et sur 10% des lames négatives. Les supervisions effectuées au titre du contrôle de qualité ont montré que la fiabilité des diagnostics microbiologiques était de 99,5%.

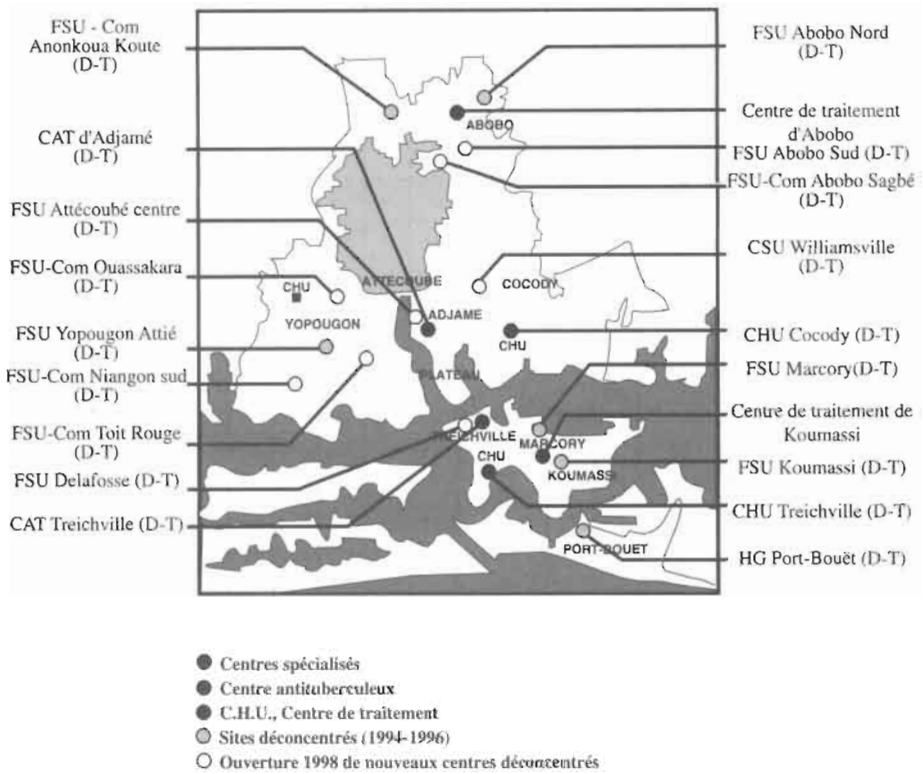
Six formations sanitaires disposant déjà d'un laboratoire fonctionnel ont été ciblées dans un premier temps, puis 7 nouveaux sites dépourvus de laboratoire ont été progressivement équipés. Dix-huit microscopistes ont été formés aux techniques de recueil des crachats, d'étalement, de coloration et de lecture, ce qui a pu être fait en un stage de 2 semaines. La moitié des microscopistes formés sont des techniciens de laboratoire, les autres sont des paramédicaux (infirmiers ou sages-femmes) qui se sont portés volontaires ou ont été désignés pour mener cette activité.

Parallèlement, les médecins et agents paramédicaux des établissements ont été formés aux méthodes de lutte contre la tuberculose et à la prise en charge des patients VIH/SIDA. En 1994, conformément aux exigences de qualité du programme, les activités diagnostiques sont restées de la compétence exclusive des médecins ; mais, à partir de 1995, les paramédicaux ont également été impliqués.

Cinq établissements, dont les laboratoires ont été jugés fiables, prennent en charge les patients TPM+ (hôpital général de Port-Bouët, FSU-Communautaire d'Anonkoua Kouté, formations sanitaires urbaines d'Abobo Nord, de Yopougon-Attié et de Marcory). Les outils de suivi ont été mis en place (registre de laboratoire, registre de la tuberculose, rapports trimestriels) et les personnels ont été formés à la gestion des médicaments ainsi qu'au suivi des patients. La supervision de ces établissements est régulièrement assurée.

En mars 1998, une nouvelle phase d'extension a porté le nombre de formations sanitaires non spécialisées à 15 établissements chargés d'assurer le diagnostic et le traitement. La FSU d'Abobo Doumé, dont le volume d'activités était insuffisant, a été remplacée par la FSU-Communautaire de Toit-Rouge. La stratégie DOTS (acronyme anglo-saxon signifiant « traitement de brève durée sous surveillance directe » d'un agent de santé pendant les 2 premiers mois de traitement) est mise en place courant 1998.

Carte des sites de diagnostic (D) et de traitement (T) de la tuberculose à Abidjan (1998).



3. Résultats

Le dispositif déconcentré a permis de détecter de janvier 1994 à juin 1997 1.030 patients atteints de tuberculose à microscopie positive (tableau 2) et de mettre sous traitement, en 1995 et 1996, 722 malades. Les établissements qui n'assurent pas le traitement adressent les patients aux deux CAT d'Abidjan. Fin décembre 1996, le taux d'abandon en cours de traitement était de 20,4 %. Depuis lors, les procédures de recherche active des malades perdus de vue ont été renforcées en vue de réduire encore le taux d'abandon en cours de traitement.

Tableau 2 : Dépistage des tuberculoses pulmonaires à microscopie positive dans 12 formations sanitaires urbaines d'Abidjan (janvier 1994 à juin 1997).

	1er sem. 94		2e sem. 94		1er sem. 96		2e sem. 96		1er sem. 96		2e sem. 96		1er sem. 97		Total	
	examens	TPM+	examens	TPM+	examens	TPM+	examens	TPM+	examens	TPM+	examens	TPM+	examens	TPM+	examens	TPM+
FSU Abobo Nord	27	7	23	7	72	13	75	14	64	10	142	23	161	24	864	98
FSU Anonkoua Kouté			33	4	371	60	534	78	516	104	630	95	612	99	2696	440
FSU Attécoubé	48	4	38	4	73	3	38	4	27	6	27	2	7	0	258	23
FSU Koumassi	28	1	2	2	82	14	110	5	51	8	43	8	128	15	444	53
FSU Marcory					62	6	68	5	108	11	63	6	270	31	571	59
HG Port-Boult	38	13	86	22	66	12	175	25	273	51	336	44	377	48	1351	215
FSU Yopougon	45	4	60	6	101	20	101	14	187	21	256	23	183	25	933	113
FSU Abobo Sud							0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSU Williamsville							0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FSU Abobo Doumé							1	0	19	5	46	5	29	2	95	12
CSU Cocody Nord							2	0	11	3	57	8	0	0	70	11
FSU Treichville							1	0	41	5	9	1	0	0	51	6
total	186	29	242	45	827	128	1105	145	1297	224	1609	215	1767	244	7033	1030

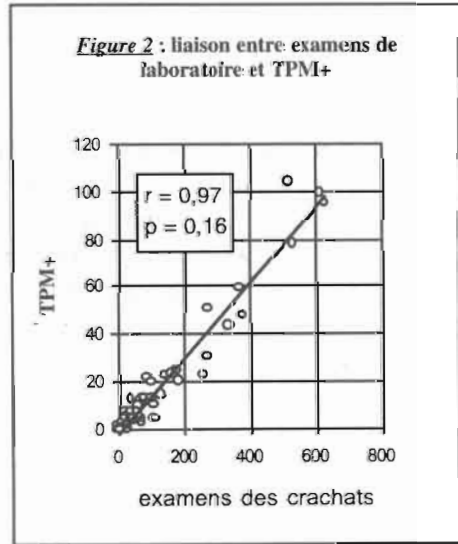
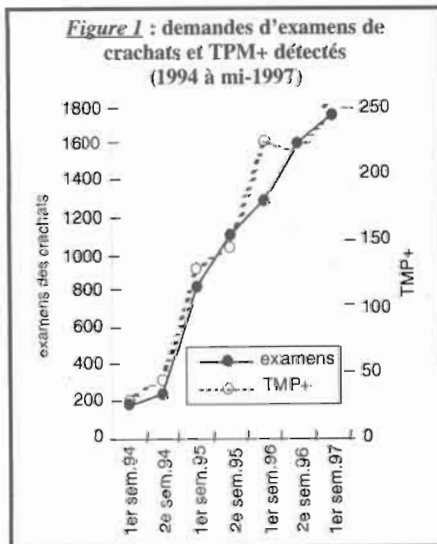


Tableau 3 : Part des services spécialisés et des établissements généralistes dans le dépistage des TPM+ à Abidjan (1996-1997).

	1994	1995	1996
TPM+ détectés par les CAT	3355	3634	3699
TPM+ détectés par les FSU	74	273	439

Les courbes des demandes d'examen et du nombre de tuberculeux dépistés montrent un développement régulier des activités déconcentrées ; la superposition des données sur un graphe à double ordonnée (figure 1) et la droite de régression (figure 2) montrent une liaison significative entre les deux variables. Par conséquent, aujourd'hui encore, il convient de multiplier les demandes d'examens dans tous les établissements pour améliorer le rendement du dépistage. La proportion d'examens positifs est de 16% au niveau des sites déconcentrés, contre 28 % au CAT d'Adjamé .

A Abidjan, au début des années 1990, 84% des tuberculeux s'adressaient directement à un CAT quand ils présentaient un symptôme pulmonaire [13] alors que 16 % étaient orientés par d'autres consultations (dispensaires, infirmeries privées, cabinets médicaux) vers les CAT. La majorité des patients n'a pas encore « identifié » les FSU comme susceptibles de prendre en charge leur maladie. Ainsi, il n'est pas surprenant d'observer qu'un nombre encore faible de tuberculeux se présentent directement dans les formations sanitaires généralistes. En 1996, au sein des consultations générales des FSU, le rapport TPM+ détectés/TPM+ attendus a été estimé à 67% [14]. Le taux d'«occasions manquées de diagnostic» est donc de l'ordre de 33%. Il est le fait des agents non encore impliqués dans le programme.

Ajoutons que la complétude du traitement est meilleure dans les sites déconcentrés, géographiquement plus accessibles. En 1996 20,4 % des patients mis sous traitement sont perdus de vue, et 15,3 % en 1997¹ , contre 22 % au CAT d'Adjamé.

4. Les résistances

La mise en oeuvre des activités de déconcentration de lutte antituberculeuse au sein des formations sanitaires généralistes d'Abidjan a révélé d'importantes résistances au sein même du système de santé. Certes, il était difficile d'intégrer la lutte antituberculeuse dans la routine d'établissements exclus de

¹ Données résultant d'une étude de cohortes et aimablement communiquées par le service des affaires sanitaires de la Direction régionale du Sud 1.

ces activités pendant plus de 30 ans ; les tuberculeux, comme les lépreux hier et les malades du SIDA aujourd'hui, sont des patients stigmatisés. Les résistances qui se sont manifestées méritent donc d'être décrites avec précisions.

Trois sites n'ont montré aucune motivation : le Service médical des fonctionnaires a rapidement abandonné cette activité, qu'il a jugée "peu motivante" ; les FSU d'Abobo Sud et de Williamsville, après la formation des personnels, ne se sont pas impliqués dans la lutte antituberculeuse, comme si l'important pour le personnel était de participer à un séminaire de formation, et non d'appliquer les connaissances nouvelles au bénéfice des malades. Trois autres établissements ont interrompu cette activité mais la reprendront en novembre 1997 : la FSU Delafosse, au sein de laquelle le matériel de laboratoire a été volé, les FSU de Cocody et d'Attécoubé Centre, dont les techniciens de laboratoire ont fait défection.

Plus généralement, dans les établissements, nombreux sont les agents de santé qui n'acceptent pas de bonne grâce cette charge nouvelle dans leurs activités quotidiennes, convaincus que la lutte contre la tuberculose doit rester une activité réservée aux centres antituberculeux. L'équipe chargée de mettre en place la déconcentration des activités doit donc s'armer de patience et de combativité. [15]

En outre, dans ce domaine comme dans bien d'autres (celui de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement par exemple, cf. le chapitre qui y est consacré, ci-dessus p. 81), la formation dispensée aux personnels de santé n'aboutit que très aléatoirement à des résultats probants. Dans le cas particulier, l'ensemble des agents n'a pas encore le réflexe d'évoquer le diagnostic de tuberculose.

L'expérience clinique de la tuberculose ne s'acquiert en pratique que progressivement (il y faut plusieurs semaines à plusieurs mois, selon les agents). L'interprétation donnée précédemment de la droite de régression (figure 2) montre qu'aujourd'hui encore, il faut multiplier les demandes d'examens dans tous les établissements si l'on veut améliorer le rendement diagnostique. Par des bulletins bimestriels de rétroinformation, nous nous efforçons d'inciter les agents de santé à évoquer plus souvent le diagnostic de la tuberculose. Il faut dire, à la décharge des personnels non médicaux, que la décision prise, au cours de la première phase de l'intégration, au nom de la qualité du programme, de réserver la prescription des examens de laboratoire aux seuls médecins n'avait qu'une justification extrêmement ténue du côté de la qualité (quel risque y a-t-il à prescrire un examen inutile ?), mais a eu une conséquence négative. En effet, elle a entraîné que les agents paramédicaux, qui

assurent à Abidjan les deux tiers des consultations générales (sans commentaire !), ne se sont pas sentis impliqués. Cette expérience montre qu'il faut inclure la lutte contre la tuberculose dans le paquet minimum d'activités (PMA) pour l'ensemble des catégories professionnelles.

Il est donc nécessaire de poursuivre l'information et la sensibilisation en direction des personnels techniques et administratifs de la santé, en valorisant l'intégration des activités de lutte antituberculeuse et en apportant aux personnels la conviction qu'ils ont un rôle essentiel à jouer dans le contrôle de cette endémie majeure.

Conclusion

De multiples raisons ont conduit à la décision de déconcentrer les activités diagnostiques et thérapeutiques de lutte contre la tuberculose, alors que ce programme avait été vertical durant plus de 30 ans. Les difficultés d'intégration de ces activités sont réelles, notamment du fait des résistances qu'y oppose le personnel. Cependant, à Abidjan, les premiers résultats sont encourageants et le rendement des établissements non spécialisés progresse régulièrement, incitant les responsables à poursuivre leur action.

Il faut encore retenir de cette expérience que la déconcentration des activités n'a pas permis d'alléger la charge de travail des CAT, de sorte que les cadres de ces centres ne peuvent consacrer autant de temps qu'ils le souhaiteraient à la supervision et à l'encadrement des personnels des sites déconcentrés. Notre intervention, si elle est utile, n'est pas suffisante : il convient d'allouer aujourd'hui des moyens humains et financiers largement plus conséquents à la lutte contre une maladie qui pourrait bien devenir, VIH aidant, un des fléaux du XXIème siècle [16].

Bibliographie

1. Séminaire International sur la tuberculose dans les grandes villes en Afrique. UICTMR/Coopération Française/O.M.S., Grand Bassam, Côte d'Ivoire, avril 1997.
2. Institut National de la Statistique. Abidjan la cosmopolite : une étude démographique de la ville d'Abidjan, septembre 1994.
3. DELOLME H.G., LAJOINIE G., COULIBALY A., COULIBALY I.M., BRETTON R., KOFFI K., DIARRA A., KOFFI J., TROLET C., SEMENOV M., GUESSENND G., Evaluation du risque annuel d'infection tuberculeux et de l'allergie post-vaccination BCG dans la zone nord de la ville d'Abidjan. INSP Abidjan, septembre 1986 ; INSP/DEE 66 : 16 p.
4. DELOLME H.G., LAJOINIE G., GERMANETTO P., KOFFI K., DIARRA A., KOFFI J., TROLET C., SEMENOV M., GUESSENND G., Evaluation du rendement du dépistage de la tuberculose pulmonaire dans la ville d'Abidjan. INSP juin 1987 ; INSP/DEE 64 : 25 p.
5. COULIBALY I.M., DOULHOUROU C., COULIBALY A., PEYRE M., TRAORE M., MSELLATI P., Risque annuel d'infection tuberculeuse à Abidjan, Côte d'Ivoire. Enquête en milieu scolaire en 1993. CAT Abidjan décembre 1993 : 34 p.
6. DE COCK K.M., ODEHOURI K., MOREAU J. et al. Rapid emergence of AIDS in Abidjan, Ivory Coast. *Lancet* 1989 ; ii : 408-411.
7. DE COCK K.M., GNAORE E., ADJORLOLO G. et al. Risk of tuberculosis in patients with HIV1 and HIV2 infections in Abidjan, Côte d'Ivoire. *B Med J* 1991 ; 302 (1) : 496-499.
8. SYLLAKOKO F., EOUHA-EHUI C., TRAORÉ-ANAKY M.F., ANGLARET X., PORTAL J.L., COULIBALY I.M., Séroprévalence de l'infection à VIH dans les consultations prénatales d'Abidjan, Côte d'Ivoire. IXe Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Kampala, Ouganda, septembre 1995, résumé n° TuC626.
9. COULIBALY D., DOSSO M., BONARD D., MSELLATI P., BAMBA A., PEYRE M., VINCENT V., BOULAHBAL F., TREBUCQA., COULIBALY I.M., Résistance primaire aux traitements antituberculeux en Côte d'Ivoire. Une enquête nationale. Rapport final, juillet 1997.
10. RICHARDS S.B., ST LOUIS M.E., NIEBURG P., COULIBALY I.M., COULIBALY D., ABOUYA L., GAYLE H.D., DE COCK K.M., Impact of the HIV epidemic on trends in tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire, *Tuberculosis and Lung Disease* (1995) 76, 11-16.
11. TREBUCQ A., Union-Afrique : des relations privilégiées, TB & VIH n°5, novembre-décembre-janvier 1995/1996.
12. MURRAY C.J.L., STYBLO, ROUILLON A., La tuberculose dans les pays en développement : importance, stratégie de lutte et coûts. *Bull UICTMR* 1990 ; 65 : 6-26.

-
13. Programme national de lutte contre la tuberculose : Rapport d'activité 1993, 43 p.
 14. DOULHOUROU C., PORTAL J.L. et alii : La déconcentration des activités de lutte anti-tuberculeuse peut-elle enrayer la progression de cette maladie dans les capitales africaines ? Rapport de programme, 1996, 8 p.
 15. MSELLATI P., BLIBOLO A., DOULHOUROU C., PEYRE M., TRAORÉ M., VIDAL L., COULIBALY I.M., Stratégies de lutte contre les abandons de traitement antituberculeux : étude épidémiologique et anthropologique d'une cohorte dans les CAT d'Abidjan, Côte d'Ivoire, en 1995. Rapport final, juin 1996.
 16. J.Y. NAU : Une nouvelle épidémie de tuberculose progresse à l'échelle planétaire, *Le Monde*, 24 octobre 1997.

CHAPITRE 8

L'accessibilité des soins à Bamako (Mali)

par Anne JUILLET

Le Mali, classé parmi les pays à faible revenu (PNB par habitant : 250 \$, en dollars US base 1994)[1], a instauré dès 1983 un principe de tarification des actes médicaux dans les établissements hospitaliers [2]. L'élargissement de cette mesure à l'ensemble des formations sanitaires publiques a été officiellement adopté en 1984. Puis, en 1985, dans le but d'augmenter l'offre de soins de santé et de faciliter l'accès aux formations sanitaires, l'exercice privé des professions médicales est autorisé [3].

Toutefois, à l'époque, les recettes obtenues par les formations sanitaires publiques grâce à la vente des prestations (actes et médicaments) étaient encore intégralement reversées au Trésor Public, au motif que ce dernier financerait le secteur de la santé par le budget. Il faut attendre 1992 pour qu'une loi soit promulguée donnant aux établissements hospitaliers une certaine autonomie de gestion [4] ; quant aux centres de santé de cercles et de communes gérés par des instances décentralisées au niveau des régions, ils bénéficiaient d'une plus grande autonomie depuis 1981 [5]. Ainsi, avant l'adoption de l'Initiative de Bamako, le Mali avait déjà expérimenté diverses mesures de participation communautaire à la gestion, puis de participation financière individuelle des bénéficiaires des soins de santé.

Tous les mécanismes de recouvrement des coûts basés sur le principe de vente des biens et des services de santé étaient donc déjà en place. Cependant l'accès aux médicaments essentiels en dénomination commune internationale (DCI) n'est devenu envisageable qu'à partir de 1990. A l'époque, encouragé par des études qui concluaient à l'apport positif de l'approvisionnement en médicaments essentiels en DCI, le Mali a tenté de réaliser une vraie réforme pharmaceutique. Ces études montraient que l'approvisionnement en médicaments essentiels en DCI aurait permis une économie annuelle de 1,2 milliards de francs CFA sur la facture pharmaceutique payée par le pays à l'étranger (soit une économie de 30 % sur les achats) [6]. La réforme a bien eu lieu dans les textes, elle n'a pas été suivie d'effets. Elle aurait pourtant pu largement bénéficier aux malades. Que manquait-il à ce pays pour se doter d'un véritable système de santé qui aurait favorisé pour le plus grand nombre l'accès à des soins de qualité à un prix abordable?

Après cette longue expérience du paiement des médicaments et des soins de santé par les bénéficiaires, et malgré un certain nombre d'échecs et beaucoup de promesses, les populations sont-elles toujours disposées à poursuivre les efforts qu'elles fournissent déjà ? Quels sont les déterminants des recours ? Quel est l'impact des tarifications sur les choix que font les malades ? La tarification est-elle source d'iniquité dans le recours aux soins ? Quels sont les montants de dépenses globales (consultation, traitement et transport) selon les choix que font les malades ou leurs familles ? Telles sont les questions auxquelles nous tenterons de répondre, en présentant ci-dessous une première analyse des données recueillies lors d'une enquête que nous avons menée auprès d'un échantillon représentatif de ménages de Bamako, capitale du Mali, entre le 1er juin et le 15 juillet 1996.

Méthodologie de sondage et questionnaire d'enquête

L'unité d'observation retenue est le ménage, défini comme le groupe d'individus apparentés ou non, vivant à l'intérieur d'une concession et pourvoyant solidairement à leurs besoins alimentaires et à leurs autres besoins vitaux ; les membres d'un ménage reconnaissent l'autorité d'un individu, appelé "chef de ménage" ; ils se regroupent autour du même "foyer", du même "feu", l'endroit où le repas est préparé. De par les liens de solidarités qui existent entre ses membres, mais aussi du fait des ressources dont il dispose et de l'interdépendance des consommations et des décisions de chacun de ses membres, le ménage constitue l'unité d'observation socio-économique la plus indiquée pour notre analyse.

Compte tenu de l'hétérogénéité des revenus de la population de Bamako, nous avons procédé à une stratification par quartiers (unités primaires) selon trois critères (niveau de viabilité¹, appropriation foncière² et ancienneté du quartier³) dont la combinaison reflétera -nous le supposons a priori, nous pourrons le vérifier- le niveau de vie des ménages et leurs revenus.

¹ La viabilité entraîne la mise à disposition d'un réseau électrique et d'un approvisionnement en eau dont l'utilisation induit des dépenses pour les ménages. Or, à Bamako, on observe la présence de ces équipements principalement dans des quartiers où les populations semblent avoir des revenus plus élevés (Coulibaly, 1992).

² Dans un contexte où la demande foncière n'est pas satisfaite et par conséquent où des effets de spéculation immobilière apparaissent, l'accession à la propriété de son logement est un indicateur de richesse. L'accumulation de capitaux, comme préalable à l'accession à la propriété, est évidemment plus aisée pour les ménages ayant un revenu élevé.

³ Plusieurs études montrent que les populations autochtones se trouvent dans les quartiers anciens, que les migrants arrivés dans un passé récent, et qui continuent à arriver à Bamako, se regroupent dans des quartiers dans lesquels les populations ont des caractéristiques semblables. Or, on suppose des niveaux de revenus différents selon l'ancienneté d'installation des populations.

Pour classer les quartiers selon leurs niveaux de vie, nous avons étudié et comparé les typologies de quartiers élaborées pour d'autres enquêtes réalisées à Bamako aux cours des dernières années ([7][8][9][10][11][12]). Compte tenu des avantages et inconvénients de chacune de ces typologies par rapport à notre objectif de parvenir à une classification des quartiers de Bamako selon leur niveau de vie, c'est la typologie adoptée par Diallo [12] qui s'est avérée la plus intéressante. Non seulement elle est l'une des plus récentes, mais aussi elle tient compte de critères qui s'imposent dans la perspective qui est la nôtre. A partir de cette typologie, nous avons classé les quartiers en trois catégories : les quartiers autochtones⁴, les quartiers viabilisés⁵ et les quartiers défavorisés⁶.

Le nombre de ménages à enquêter a été fixé à 1200, d'après le nombre minimum de malades que nous souhaitions obtenir pour l'analyse, et compte tenu du budget disponible pour l'enquête. Pour déterminer le pas de sondage qui devait permettre de tirer au hasard ces ménages, nous avons utilisé la typologie des quartiers, définie ci-dessus, et le Recensement général de la Population et de l'Habitat de 1987 [13]. Ce recensement estimait la population bamakoise à 658.275 habitants en 1987. Un taux de croissance moyen de 6,4 % avait été retenu lors de la première révision, en 1990, du Schéma Directeur d'Aménagement et d'Urbanisme (SDAU) de Bamako, ce qui portait le nombre d'habitants à 1.183.093 au 31 décembre 1994 [14].

L'agglomération de Bamako est divisée en 6 communes et 63 quartiers. Un certain nombre de ces quartiers sont des villages situés en périphérie, rattachés administrativement au district mais dont les infrastructures et l'organisation sociale appartiennent davantage au milieu rural qu'au milieu urbain. Ces villages dont la population est faible (en proportion de l'ensemble de la population totale du district), ou qui sont isolés en périphérie, ont été exclus. Ces exclusions nous ont évité d'avoir à introduire l'accessibilité géographique comme déterminant de la demande, et nous ont donc permis de nous concentrer sur l'influence des facteurs économiques (tarifs, et revenus) sur la demande de soins de santé ; accessoirement, elles ont aussi permis d'éviter des déplacements

⁴ Les quartiers autochtones constituent un groupe de populations homogènes par la position géographique centrale qu'ils occupent et par la relative stabilité économique de ces populations. Nous supposons que les populations de ces quartiers ont un niveau de revenu intermédiaire.

⁵ Ces quartiers peuvent être considérés comme homogènes du point de vue de leur niveau de viabilité. Ils attirent une population de hauts fonctionnaires, de travailleurs salariés et de gros commerçants dont les revenus sont élevés.

⁶ Ces quartiers constituent un ensemble homogène par son niveau de viabilité qui est faible, voire inexistant. D'autre part des mouvements migratoires importants y sont enregistrés. On y trouve généralement des ménages à faible revenu.

trop onéreux⁷. Au total la population des quartiers exclus représente 8,5 % de l'ensemble de la population du district. Dans ces conditions, la base de sondage compte 51 quartiers comprenant au total 1.082.619 habitants.

Pour réaliser notre sondage, nous avons pu disposer de la base⁸ du Service d'Adressage du District de Bamako qui a entrepris, en 1995, de numéroter les rues et les portes des quartiers "structurés" (c'est-à-dire ceux dont l'urbanisation a été contrôlée par l'administration, par opposition à ceux dans lesquels la population s'installe librement, par simple accord des anciennes autorités coutumières). Cependant, nous avons dû la compléter : aucun quartier de notre strate des quartiers défavorisés n'avait été numéroté. Ainsi, afin de pouvoir disposer de la base de sondage parfaitement actualisée, nous avons commandé, au Service d'Adressage du District, une numérotation temporaire des rues et des portes des trois quartiers tirés de notre strate "quartiers défavorisés".

D'autre part, parce qu'elles n'étaient pas encore viabilisées, certaines parties de certains quartiers structurés n'avaient pas été numérotées. Afin de donner aux concessions non numérotées de ces îlots la même probabilité qu'auraient les concessions numérotées d'être échantillonnées, les listes dont nous disposions ont été complétées grâce au concours des autorités coutumières (chefs de quartiers) qui pouvaient nous fournir des listes des chefs de familles de leurs quartiers, ainsi que des adresses approximatives qu'il suffisait de vérifier et compléter sur le terrain.

A partir de cette base, nous avons établi la liste de la population totale par strate afin d'échantillonner 12 quartiers avec des probabilités proportionnelles à leurs effectifs. Etant donné que 100 ménages ont été échantillonnés dans chaque quartier tiré au sort au premier degré de sondage, on peut conclure que la fraction de sondage finale est égale à la fraction de sondage du premier degré d'échantillonnage, soit 7 %, et on peut dire que l'échantillon est auto-pondéré.

Comme dans toute enquête, spécialement en milieu urbain, des refus étaient prévisibles. Malgré toutes les précautions prises, un certain nombre de

⁷ Les quartiers de Dogodouma, Koulouba, Lassa, Missagoubou, Point G., Samé, Sénou, Sogonafing-Minkungo, Sotuba, Talico, et de Yirimadjo ont ainsi été exclus de la base d'échantillonnage. Le quartier Sabalibougou a lui aussi été exclu de la base de sondage du fait des difficultés qu'il y aurait eu à obtenir les autorisations nécessaires au déroulement de l'enquête, et des problèmes administratifs et politiques qui existent dans ce quartier.

⁸ L'utilisation de cette base suppose qu'on admette l'hypothèse selon laquelle une adresse (n° de rue et un n° de porte) est équivalente à un ménage. La formulation de cette hypothèse était nécessaire du fait qu'on n'a pas pu disposer du nombre exact de ménages pour chaque adresse. Mais ensuite, pendant notre enquête, à chaque adresse échantillonnée, le choix du ménage à enquêter s'est fait selon une règle fixée au préalable de manière arbitraire.

ménages échantillonnés ont refusé de répondre au questionnaire. En cas de refus persistant, les enquêteurs devaient procéder au remplacement du ménage selon une procédure fixée au préalable. Le taux de refus pour l'ensemble des ménages est estimé à 7,08 %, ce qui est assez satisfaisant, mais ce taux varie selon la strate considérée. Du même ordre de grandeur dans les strates des quartiers autochtones et des quartiers défavorisés, où il est respectivement de 3,3 % et de 3,7 %, le taux de refus atteint 10,7 % dans les quartiers viabilisés.

En particulier, un des quartiers de la strate des "quartiers viabilisés" (le quartier Séma I) s'est signalé par le plus fort taux de refus (45 %). C'est dans ce quartier que se concentre un très grand nombre de ménages à revenus élevés : les hauts fonctionnaires maliens et internationaux, les diplomates, les grands commerçants et les expatriés y sont bien plus fréquemment installés que dans beaucoup d'autres quartiers. Il n'est pas impossible que l'aisance matérielle de ces ménages et le fait qu'ils ne se soient pas sentis concernés par les objectifs de l'enquête, les aient davantage conduits à refuser de répondre au questionnaire. Dans ce quartier, en raison de l'importance du nombre de refus, il n'a pas été suffisant d'appliquer la procédure de remplacement, du fait de la petite taille de l'univers et surtout de l'imitation des comportements. Alors qu'on avait prévu d'y enquêter 100 ménages, il n'a été possible, après application de la procédure de remplacement, d'en interroger que 55.

Cette insuffisance a pu introduire une distorsion dans la mesure des estimateurs, car nous savons que les non réponses "ne se produisent pas au hasard" ([15] p. 45). Mais, concrètement, il n'est pas possible de vérifier si, par rapport à l'ensemble des ménages de ce quartier, les ménages qui ont refusé de répondre au questionnaire sont des cas atypiques. Nous les avons donc considérés comme des cas classiques de non-réponses dont nous tiendrons compte dans l'analyse en appliquant une pondération *a posteriori*⁹.

Dans le but de tenir compte de la complexité des facteurs à considérer pour décrire les comportements spécifiques des familles et des malades dans le contexte socioculturel particulier de Bamako, nous avons élaboré le questionnaire d'enquête en adaptant les modèles utilisés dans deux travaux antérieurs ([16][17]). Le questionnaire utilisé est composé de quatre volets :

- Un premier volet portant sur "le statut socio-économique" devait permettre d'obtenir des données concernant notamment les possessions mobilières et

⁹ Pour rétablir la structure de l'échantillon prévue dans le plan de sondage, il a été accordé aux 55 ménages du quartier Séma I qui ont pu être interrogés un poids tel qu'ils comptent dans les calculs pour 100, effectif identique à celui des autres quartiers.

immobilières du chef, les habitudes de consommation, les dépenses du ménage¹⁰ ;

- Le second volet visait à recueillir des informations relatives aux caractéristiques démographiques, matrimoniales, scolaires et professionnelles de tous les membres du ménage ;

- Le troisième volet concernant les "revenus", cherchait à obtenir d'une part les montants et la fréquence de perception des revenus provenant des activités principale et complémentaire, pour tous les individus détenteurs d'un revenu, d'autre part les montants et les fréquences de perception de leurs autres ressources financières¹¹ ;

- Le quatrième volet s'attachant à la "description de la maladie" ne s'adressait qu'aux seuls individus qui avaient été malades au cours du mois précédant le passage de l'enquêteur¹². Ont été recueillies les informations relatives aux éventuelles gratuités et réductions, à l'énumération des symptômes, à la perception de la gravité de la maladie, et à la description des itinéraires thérapeutiques, et en particulier au premier recours (les raisons du choix, les éventuelles personnes qui auraient contribué à la prise de décision, les dépenses, les payeurs, et la satisfaction ou l'insatisfaction éprouvée à l'issue des soins reçus).

Caractéristiques générales des ménages

Après exclusion de deux ménages pour lesquels on ne disposait d'aucune caractéristique individuelle précise de leurs membres, l'analyse porte sur 1.198 ménages composés de 11.807 personnes. Le nombre de

¹⁰ Nous avons implicitement supposé que les dépenses du ménage sont faites par le chef de ménage. Au Mali, comme dans un grand nombre de sociétés, il revient à ce dernier de pourvoir à l'hébergement et à la nourriture de sa famille. Ainsi, les questions sur les montants des dépenses visaient les dépenses réalisées pour l'ensemble du ménage et non celles répondant à un besoin strictement individuel.

¹¹ Revenu provenant d'une troisième activité, mais aussi les primes, retraites, pensions, bourses, loyers reçus, aides reçues de la famille ou d'autres institutions de solidarité, en monnaie ou en nature, sommes versées par une tontine, sommes gagnées aux jeux.

¹² C'est parce qu'il n'est pas facile de mener une étude prospective sur un échantillon aussi grand d'individus potentiellement malades et sur une période courte que nous avons choisi de réaliser une enquête rétrospective, même si ce type d'analyse a comme inconvénient majeur de s'appuyer sur la mémoire des individus à qui il est demandé de se remémorer des événements passés de maladie. Généralement, plus la période de rappel à laquelle il est fait référence est grande et plus la probabilité d'oublier certains épisodes est grande. Très généralement, ces oublis portent sur des périodes dont la gravité n'est pas très importante, alors que les épisodes qui ont pu par exemple donner lieu à une hospitalisation sont facilement mémorisés par les malades et leurs familles du fait, non seulement de leur gravité, mais aussi des dépenses induites par ces recours. Compte tenu de tout ce qui précède, une période de rappel de un mois semblait être le meilleur compromis.

résidents¹³ est égal à 11.458 individus. Visiteurs¹⁴ exclus (3 % de l'échantillon), la taille moyenne des ménages est de 9,5 personnes.

La population de Bamako est jeune : la moitié des habitants a moins de 20 ans. Les hommes et les femmes y sont représentés dans des proportions quasiment égales (sexe ratio=1,009). Comme dans un grand nombre de pays en développement, si l'on ne considère que les individus de plus de 6 ans, la part des femmes ayant eu accès à l'instruction (61,4 %) est nettement inférieure à celle des hommes (85,2 %).

Du fait de la jeunesse de la population, plus des trois quarts des individus sont inactifs. Parmi les actifs, les indépendants sont les plus représentés et ils le sont davantage dans le groupe des ménages des quartiers défavorisés, alors que dans les deux autres types de quartiers ("viabilisés" et "autochtones"), les salariés sont plus nombreux.

Après vérification à partir de nos données, le type de quartier dans lequel résident les ménages est bien révélateur du niveau de vie. Cette stratification en quartiers "autochtones", "viabilisés" et "défavorisés" nous permet de vérifier ce que nous supposons *a priori*, à savoir qu'il existait des différences significatives entre les montants des revenus des ménages selon le quartier où ils habitent. Ainsi, à partir des déclarations des chefs de ménages interrogés, les revenus mensuels moyens par tête, compte tenu des contributions financières et en nature fournies par d'autres membres de leur ménage ou par des parents extérieurs au ménage, sont de 21.955 FCFA (écart type : $\sigma=113.583$) sur l'ensemble de nos observations, de 13.870 FCFA ($\sigma=16.290$) dans les quartiers autochtones que nous supposons occupés par une population à revenus intermédiaires, de 32.160 FCFA ($\sigma=159.100$) dans les quartiers viabilisés que nous pensions être des quartiers à revenus élevés, et de 9.580 FCFA ($\sigma=17.001$) dans les quartiers défavorisés que nous supposons être des quartiers à faibles revenus.

Une comparaison entre les revenus mensuels par tête et les dépenses mensuelles par tête indique que moins d'un quart des ménages ont des dépenses déclarées compatibles avec leur revenu déclaré. Les dépenses déclarées atteignent un montant égal en moyenne à 4,07 fois le revenu déclaré, pour l'ensemble des ménages pour lesquels nous disposons de l'information.

¹³ Toute personne qui a passé six mois ou plus sur son lieu actuel de résidence, ou qui a l'intention de s'y installer même si la durée du séjour déjà effectuée est inférieure à six mois.

¹⁴ Toute personne qui a passé moins de six mois sur son lieu actuel de résidence, ou qui n'a pas l'intention de s'y installer même si la durée du séjour déjà effectuée est supérieure à six mois.

Le premier poste de dépenses des ménages est l'alimentation et la préparation des plats (41,2 %). Les dépenses socioculturelles (estimées par les dépenses faites par les ménages à l'occasion de la fête de la Tabaski, qui correspond au mois durant lequel les ménages ont les dépenses les plus importantes dans ce domaine), viennent en second rang, représentant 26,5 % des dépenses totales des ménages. Il est possible que la façon dont nous mesurons ce poste soit à l'origine d'une surestimation des dépenses totales des ménages. Le troisième poste de dépenses est celui des frais de scolarisation. Il représente plus de 11 % des dépenses totales et nous supposons que son importance est essentiellement liée aux coûts de l'éducation à Bamako : même si les frais de scolarité ne sont pas très élevés, il n'est pas rare que les parents consacrent une partie non négligeable de leur budget à payer des cours privés ou de soutien à leurs enfants. Enfin, la santé constitue l'avant-dernier poste avec 2 % du total des dépenses, ce qui équivaut à un montant mensuel moyen par ménage de 5.195 FCFA ($\sigma=18.001$).

Considérons maintenant les recours aux soins qui sont à l'origine des dépenses de santé. Nous voudrions savoir si des comportements spécifiques, du point de vue des soins choisis par les malades, distinguent les types de quartiers : en particulier, est-ce que des différences significatives sont enregistrées dans les montants dépensés pour les épisodes de maladie, entre les différents types de recours, mais aussi selon le quartier de résidence des malades ?

Les malades, leurs recours, les dépenses de santé

Sur la base des déclarations des chefs de ménages, 10,4 % (1.230 sur 11.807) des individus ont été malades au cours du mois qui a précédé le passage des enquêteurs. Au cours de cette période, 1.271 épisodes de maladies ont été déclarés.

L'état de santé diffère significativement entre les quartiers. Les quartiers défavorisés, non seulement déclarent plus de malades (13,6 %), mais aussi davantage de malades chroniques (2,4 %). Ce sont les individus des quartiers autochtones qui sont le moins souvent malades (7,1 %), alors que dans les quartiers viabilisés, les malades représentent 9,1 % des individus. Respectivement, dans ces deux derniers types de quartiers, les malades chroniques représentent 1,6 % et 1,4 % des individus. Comme le soulignaient déjà Bitran [18] dans une étude comparative entre un échantillon de San Salvador et un échantillon de Saint Domingue, et aussi Ellis [19] dans une étude sur un échantillon de la population du Caire (Egypte), il se pourrait que plus les revenus sont élevés, plus les individus sont enclins à se déclarer malades.

Le nombre moyen de jours qu'ont duré les épisodes de maladies varie également significativement selon les quartiers : 20 jours ($\sigma=71,8$) dans les quartiers défavorisés, 15 jours ($\sigma=58,4$) dans les quartiers viabilisés et 11 jours ($\sigma=13,3$) dans les quartiers autochtones.

Comme nous n'avons pas d'information sur les caractéristiques de 33 malades, la suite de l'analyse porte sur 1.197 individus. En fonction des solutions qu'ils ont choisies, les malades ont été rangés en cinq classes ;

- ceux qui "n'ont rien fait" (n'ont absolument rien entrepris) pour se soigner ;
- ceux qui "ont pratiqué l'automédication" : ils n'ont pas fait appel aux compétences d'un professionnel de la santé, mais ils ont pris des médicaments modernes ou traditionnels ;
- ceux qui ont eu recours au secteur "moderne" de la santé : ils sont allés consulter "dans une structure sanitaire moderne" (dispensaires, maternités, centres de santé communautaire ou CSCOM, centres de santé confessionnels, hôpitaux, cliniques et cabinets privés, cabinets dits "informels") ou ont reçu des soins à leur domicile ;
- ceux qui ont vu un "guérisseur" (herboriste, devin, marabout, tradithérapeute) ;
- ceux qui ont reçu des "soins à l'étranger" : 3 cas de ce genre ont été enregistrés, ils concernent tous des individus logeant dans un quartier viabilisé, et il n'a pas été tenu compte de ces cas exceptionnels dans la suite de l'analyse.

Tableau 1 : Répartition des malades selon la solution choisie et selon leur quartier d'habitation

Type de quartier	Autochtones		Viabilisés		Défavorisés		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
N'a rien fait	8	3,5	33	5,9	22	5,4	63	5,3
Automédication	101	43,9	222	39,9	185	45,3	508	42,6
Soins modernes	116	50,4	282	50,8	187	45,9	585	48,9
Dispensaire	20	8,7	50	9,0	33	8,1	103	8,6
CSCOM	13	5,7	16	2,9	70	17,2	99	8,3
Confessionnel	1	0,4	2	0,4	17	4,2	20	1,7
Privé	14	6,1	77	13,8	14	3,4	105	8,8
Parapublic	20	8,7	51	9,2	10	2,5	81	6,8
Informel	9	3,9	11	2,0	8	2,0	28	2,3
Soins à domicile	9	3,9	26	4,7	12	2,9	47	3,9
Hôpital	30	13,0	49	8,8	23	5,6	102	8,5
Tradithérapeute	5	2,2	19	3,4	14	3,4	38	3,2
Ensemble	230	100,0	556	100,0	408	100,0	1194	100,0

Au moment d'un éventuel premier recours, un pourcentage non négligeable des malades, 5,3 %, n'a rien fait pour se soigner, 3,2 % ont eu recours à un tradithérapeute, 42,6 % des malades ont pratiqué l'automédication et 49,1 % ont eu recours à la compétence d'un professionnel de la médecine moderne. Près de 92 % de l'ensemble des malades ont choisi, soit de pratiquer l'automédication, soit de rechercher des soins de santé moderne. L'automédication est davantage pratiquée dans les quartiers défavorisés que dans les quartiers autochtones ou viabilisés (respectivement, 45,3 %, 43,9 % et 39,9 %).

De la même façon, il est plus fait recours à une structure de santé de base (dispensaire, CSCOM ou dispensaire confessionnel) dans les quartiers défavorisés que dans les autres quartiers. En effet, 29,5% des malades dans les quartiers défavorisés recherchent les soins dans ce type d'établissement, alors qu'ils ne sont que 14,8 % et 12,3 % respectivement parmi les malades des quartiers autochtones et viabilisés.

Ainsi, près de 75 % des recours des malades des quartiers défavorisés correspondent à de l'automédication ou à un recours à une formation de base des services sanitaires ; or ces deux recours ne correspondent pour les quartiers autochtones et viabilisés qu'à 57,7 % et à 52,5 % respectivement. Parmi les malades des quartiers autochtones, une proportion relativement forte (13,0 %) décident d'aller à l'hôpital pour se faire soigner : ceux qui font de même ne sont respectivement que 8,8 % et 5,6 % parmi les malades des quartiers viabilisés et parmi les malades des quartiers défavorisés. Enfin ce qui caractérise les recours dans les quartiers viabilisés, c'est la part relativement importante des recours au secteur privé, comparée à ce qu'elle est dans les autres quartiers : respectivement pour les malades des quartiers viabilisés, autochtones et défavorisés, le pourcentage des recours effectués dans le secteur privé est de 12,5 %, 6,0 % et 3,4 %.

Par ailleurs, la proportion des individus qui ont recherché des soins dans une structure publique de premier niveau est décroissante avec l'âge : plus les personnes sont âgées, moins elles s'orientent vers ce type de formation. A l'opposé, la proportion de recours à l'hôpital augmente avec l'âge et, dans des proportions plus petites, le même phénomène est visible pour les recours au domicile.

Les malades, dans leur grande majorité, perçoivent¹⁵ leur maladie comme étant moyennement grave. Beaucoup des individus qui n'ont rien fait pour se

¹⁵ La plupart des malades a été interrogée une fois leur maladie terminée. Pour ceux qui ont eu recours à la médecine moderne, ou traditionnelle, ou qui ont reçu les soins à domicile, ils ont été interrogés après que le diagnostic ait été fait. Il est donc possible que l'expérience de la maladie et/ou l'influence du discours du professionnel aient modifié la perception que le malade avait de sa maladie et donc sa déclaration.

soigner en première étape, considéraient leur mal comme "pas grave" ou "moyennement grave" (90,5 %). Mais 9,5 % de ceux qui n'ont rien fait pour se soigner considéraient leur maladie comme menaçante pour leur vie, et justifiaient leur choix de ne rien faire par le manque d'argent. Dans les autres types de recours, quels qu'ils aient été, 64 à 74 % des malades ont estimé leur maladie moyennement grave. Mais c'est dans le groupe des individus qui ont recherché des soins dans le secteur moderne qu'on trouve la plus forte proportion de ceux qui ont estimé leur vie en danger (29,9 %).

En moyenne, les malades qui n'ont rien fait pour se soigner et qui ont pratiqué l'automédication ont été malades respectivement 10 et 11 jours ; mais, quelle que soit la solution choisie, 50 % d'entre eux l'ont été moins de 4 jours. On peut conclure que la distribution de ces malades selon la durée de leur maladie est très étendue et donc que ces groupes contiennent sans doute des cas de maladie très hétérogènes. Respectivement pour les non recours et les cas d'automédication, les principaux symptômes invoqués sont des cas de bronchites, rhumes, angines (25,4 % et 28,7%), les maux de tête (15,9 % et 13,8 %). Dans environ 12,7 % des cas de non recours les maux de ventre sont cités, et, parmi ceux qui ont pratiqué l'automédication, 11,8 % ont évoqué une crise palustre.

Les malades qui ont eu recours au secteur moderne de la médecine ont été malades en moyenne 7 jours. Pour les malades examinés à leur domicile, leur choix est presque exclusivement lié au fait qu'ils connaissaient le professionnel qui les a soignés. Parmi ceux qui ont recherché les soins du secteur moderne, 24,4 % justifient leur choix par la proximité de l'établissement, 13,6 % par le fait qu'un de leurs parents travaille dans la formation, 12,9 % par la bonne opinion qu'ils ont de la qualité des soins fournis dans l'établissement choisi.

Parmi les 522 recours au secteur sanitaire moderne, 33 cas d'hospitalisation ont été recensés. Le taux d'hospitalisation, sur un an, est de 3,3 %. Ce taux est légèrement supérieur à celui de 2,3 % présenté dans l'analyse d'une enquête réalisée en 1986 [20]. En dehors de l'évolution et de la diversification de l'offre des structures sanitaires modernes, nous ne connaissons pas de changements profonds qui pourraient justifier un accroissement du taux d'hospitalisation en dix ans (1986-1996). Dans l'analyse menée par Brunet-Jailly, pour le cas de Bamako [20], n'étaient prises en considération que les hospitalisations dans deux hôpitaux nationaux (Point G, Gabriel Touré). En 1996, la physionomie de l'offre de soins à Bamako s'est accrue, mais elle s'est aussi énormément diversifiée. En particulier, 51,5 % des hospitalisations ont été réalisées à l'hôpital, 33,3 % dans un établissement privé, 12,1 % dans une formation para-publique et 3,1 % dans un centre de santé communautaire. Les

taux d'hospitalisation varient assez peu entre les types de quartier (de 2,2 % dans les quartiers défavorisés à 3,7 % pour les quartiers viabilisés et autochtones).

Parmi les 505 autres cas de recours à une structure sanitaire moderne, hors hospitalisation, la plupart (39,8 %) s'adresse à une structure publique ou communautaire de premier niveau (20,4 % au dispensaire, 19,4 % au CSCOM). En première étape de l'itinéraire, les hôpitaux reçoivent en consultations externes 16,8 % des recours au secteur moderne. Quant aux formations privées, para-publiques (essentiellement les infirmeries d'entreprises), confessionnelles et au secteur informel, ils reçoivent respectivement 18,6 % ; 15,3 % ; 4,0 % et 5,5 % des recours au secteur moderne, exception faite des hospitalisations.

Enfin, 38 malades ont eu recours aux services d'un tradithérapeute. En moyenne, la maladie a duré 41 jours, mais parmi ces recours, 20,6 % sont des rechutes de maladies chroniques. Une différence significative de 10 jours est enregistrée selon qu'il s'agit d'un malade chronique ou non. La maladie s'étale sur un nombre de jours plus important (48 jours) quand il s'agit d'un problème chronique. Les symptômes invoqués le plus fréquemment sont les maux de ventres (26,3 %), les bronchites, rhumes et angines (21,0 %), et les blessures et les fractures (15,8 %).

Les dépenses de santé

Si l'état de santé des individus diffère selon leur niveau de vie, il est légitime de s'interroger sur le rôle joué par les tarifications dans les choix faits par les malades. La tarification est-elle source d'iniquité dans le recours aux soins ? Quels sont les montants de dépenses globales (total de coût de la consultation, du traitement et du transport) selon les choix que font les malades ou leurs familles ?

Les dépenses de santé par malade pour le premier recours sont en moyenne égales à 5.460 FCFA ($\sigma=15.916$). Des différences significatives sont notées selon le quartier d'habitation des malades. Respectivement pour les quartiers viabilisés, autochtones et défavorisés, le montant des dépenses de santé par malade est de 7.150 FCFA ($\sigma=21.661$), 5.865 FCFA ($\sigma=10.728$) et 2.940 FCFA ($\sigma=5.561$).

On rappelle que c'est dans les quartiers défavorisés, dans lesquels les revenus moyens par tête sont les plus faibles, qu'ont été enregistrés, non seulement le plus grand nombre de malades en proportion de la population totale de la strate, mais aussi la plus grande proportion de malades chroniques. Cependant c'est aussi dans ces quartiers que la dépense de santé par malade (qu'elle soit faite par le ménage ou par le malade lui-même) est la plus faible.

(1) dépenses totales moyennes (consultation, médicaments, examens et analyses, séjours, et transport)

Tableau 2 : Dépenses de santé pour le premier recours selon la solution choisie et le type de quartier d'habitation du malade (en FCFA)

Type de quartier	Autochtones			Viabilisés			Défavorisés		
	(1)	σ	N	(1)	σ	N	(1)	σ	N
N'a rien fait	0	0	8	0	0	33	0	0	22
Automédication	1.250	3.597	101	740	1.659	222	480	1.410	185
Tradithérapeute	6.605	10.734	5	1.380	1.527	19	725	2.387	14
Soins modernes hors hospitalisation	8.510	10.925	106	8.475	13.569	264	5.265	6.344	182
<i>Dispensaire</i>	8.585	10.919	20	4.990	5.359	50	4.480	4.811	33
<i>CSCOM</i>	2.365	1.664	12	4.520	4.682	16	4.250	4.591	70
<i>Privé</i>	17.860	13.511	13	12.230	11.558	68	11.560	10.768	13
<i>Informel</i>	4.620	5.690	9	2.420	3.383	11	4.900	6.035	8
<i>Confessionnel</i>	0	0	1	1.400	1.980	2	3.655	9.554	17
<i>Parapublic non spé.</i>	7.510	10.209	14	6.655	13.879	36	5.345	3.334	7
<i>Parapublic spécialisé</i>	4.900	2.867	4	6.770	6.289	14	4.425	3.076	2
<i>Hôpital</i>	11.715	12.978	24	14.935	24.925	41	8.705	6.916	20
<i>Domicile</i>	2.485	3.477	9	4.170	5.796	26	3.425	2.459	12
Hospitalisation	24.035	23.457	11	72.870	79.664	18	15.380	17.591	5
Quelle que soit la solution recherchée	5.660	10.594	230	6.730	21.075	556	2.780	5.450	408
Quel que soit le recours	5.865	10.728	222	7.150	21.661	523	2.940	5.561	386

(1) dépenses totales moyennes (consultation, médicaments, examens et analyses, séjours, et transport)

(2) dépenses moyennes pour les médicaments

Les raisons évoquées par les malades pour expliquer leur choix sont dans 36,8 % des cas liées à l'efficacité perçue de la médecine traditionnelle, dans 42,1 % des cas liées à un aspect financier ; en outre, dans 10,5 % des cas, les malades indiquent qu'il leur a été recommandé d'aller consulter un tradithérapeute ; enfin dans 7,9 % des cas, c'est la connaissance du tradithérapeute qui a déterminé leur choix. Environ trois quarts de ces recours ont été réalisés dans le district de Bamako.

Tableau 2 (suite) : Dépenses de santé pour le premier recours selon la solution choisie et le type de quartier d'habitation du malade (en FCFA)

Type de quartier	Ensemble				
	(1)	σ	N	(2)	σ
N'a rien fait	0	0	63	-	-
Automédication	750	2.133	508	-	-
Tradithérapeute	1.830	4.387	38	-	-
Soins modernes hors hospitalisation	7.425	11.231	552	2.990	7.098
<i>Dispensaire</i>	5.525	6.753	103	4.870	6.237
<i>CSCOM</i>	4.060	4.372	98	3.500	4.219
<i>Privé</i>	12.915	11.780	94	8.430	7.412
<i>Informel</i>	3.980	5.000	28	3.240	4.039
<i>Confessionnel</i>	3.250	8.839	20	2.120	6.672
<i>Parapublic non spé.</i>	6.705	12.090	57	5.130	6.801
<i>Parapublic spécialisé</i>	6.160	5.457	20	5.040	4.949
<i>Hôpital</i>	12.560	18.955	85	9.300	18.810
<i>Domicile</i>	3.660	4.716	47	3.350	4.709
Hospitalisation	49.360	65.244	33	31.890	54.329
Quelle que soit la solution recherchée	5.175	15.538	1.194	-	-
Quel que soit le recours	5.460	15.916	1.131	-	-

(1) dépenses totales moyennes (consultation, médicaments, examens et analyses, séjours, et transport)

(2) dépenses moyennes pour les médicaments

Dans les quartiers viabilisés, où les revenus moyens estimés sont les plus élevés, mais aussi les plus dispersés, la dépense moyenne de santé par malade est, elle aussi, la plus élevée (7.150 FCFA). Cependant, c'est également dans ces quartiers que le coefficient de variation pour les dépenses de santé est le plus faible : respectivement 0,34 pour l'ensemble des malades, 0,33 pour ceux des quartiers viabilisés, 0,55 pour ceux des quartiers autochtones et 0,53 pour ceux des quartiers défavorisés, ce qui indique des montants plus dispersés dans les quartiers viabilisés que dans les quartiers autochtones et défavorisés.

Conclusion

Si l'on compare les dépenses par type de recours selon le quartier de résidence du malade, on trouve des différences significatives uniquement pour les recours à l'automédication et pour les recours au secteur moderne de la médecine. Les autres types de recours ne donnent pas lieu à des différences significatives entre les malades des différents quartiers. En particulier, nous relevons que ce sont essentiellement les dépenses de médicaments qui font la différence entre les recours dans le secteur moderne. Or, nous avons pu mettre en évidence des profils de recours relativement différents selon les types de quartiers, et ces différences semblent se répercuter sur les montants déboursés par les ménages. Ainsi, les habitants des quartiers défavorisés s'orientent relativement plus fréquemment vers les dispensaires et les centres de santé communautaires où les soins (consultations et médicaments) impliquent moins de dépenses, alors que les malades des quartiers autochtones et viabilisés s'orientent davantage respectivement vers les hôpitaux et vers les établissements privés, où les dépenses à faire pour les traitements sont plus importantes que dans les formations de premier échelon.

Dans un premier temps, il semblerait donc que la tarification des soins ait un rôle de discrimination selon les revenus des malades. Ces résultats pourraient être considérés comme positifs par les partisans du principe de paiement des soins par les usagers des services : en défendant ce principe, ils espèrent obtenir que les individus capables de payer les soins s'orientent vers le secteur privé ; ils attendent en outre que la réorientation de la demande de ces individus libère des ressources publiques pour des actions plus efficaces et/ou plus équitables, en faveur de ceux qui en ont le plus besoin. De fait, il semble que les services privés ont bien joué un rôle positif en décongestionnant le système sanitaire public. Cependant, il ne faut pas oublier que parmi les malades des quartiers défavorisés, une large proportion n'accède pas aux services modernes de santé et se contente de pratiquer l'automédication. En outre, étant donné que les différences dans le niveau de dépenses selon les formations fréquentées sont davantage liées aux frais de traitement qu'aux frais de consultation, plusieurs questions se posent. Les individus appartenant aux ménages les plus démunis de la population bamakoise semblent sensibles au montant des dépenses et s'orientent davantage vers les formations de premier niveau dans lesquelles les traitements donnent lieu aux dépenses en moyenne les moins élevées. Mais, si les traitements prescrits dans les hôpitaux étaient moins onéreux, ces malades s'orienteraient-ils toujours vers ces formations ? De plus, pour les malades des quartiers autochtones, les recours les plus fréquemment enregistrés (recours aux formations hospitalières) semblent s'expliquer essentiellement par la proximité de ces établissements par rapport au domicile des malades. Si les revenus de ces populations étaient moins élevés, ou si les tarifs des consultations étaient plus élevés, continueraient-ils à consulter dans ces établissements ?

On doit donc se demander si les tarifs de consultation ne pourraient pas fournir un meilleur signal aux malades, et s'ils ne pourraient pas servir à mieux orienter les patients dans le système sanitaire. Il faut alors s'interroger non seulement sur le véritable rôle du système de référence entre les différents échelons de la pyramide sanitaire, mais aussi sur un système de tarification plus performant orientant mieux la demande entre secteur public et secteur privé. Est-il normal que, parmi les premiers recours (hors hospitalisation), plus de 16 % des malades s'adressent encore directement à un hôpital où, s'ils paient la consultation à un tarif guère différent des tarifs pratiqués dans les services de base, ils déboursent des sommes considérables pour suivre le traitement qui leur aura été prescrit ?

Cette question n'est pas tant celle de la prescription en spécialités ou en génériques, mais plutôt celle de la rationalisation de la prescription par une utilisation plus judicieuse de l'offre de soins de santé. Car si les individus paient pour faire face à un problème de maladie, s'ils paient parfois même très cher, est-il normal que l'offre de santé organise ou tolère des gaspillages de ressources rares, alors même que l'on parle d'efficacité et d'efficience pour justifier l'introduction du paiement par les usagers des services de santé ?

Remerciements : Ce travail a été soutenu par l'Agence francophone pour l'Enseignement supérieur et la Recherche (AUPELF-UREF) dans le cadre d'une Action de recherche concertée (convention ARC n° X/7.10.04/ECO/95/ENMP) du Fonds francophone de la recherche.

Bibliographie

1. Banque Mondiale : Rapport sur le développement dans le monde 1996 : De l'économie planifiée à l'économie de marché, Washington, 1996, 275 p.
2. Décret 243 du 19 septembre 1983, Bamako.
3. Loi du 22 juin 1985 n°85-41/AN-RM portant sur l'exercice privé des professions médicales, Bamako.
4. Loi n°92-023 du 5 octobre 1992 érige les hôpitaux publics nationaux en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA), Bamako.
5. Arrêté n°13-80 MSP-AS-CAF du 23 avril 1981, Bamako.
6. BRUNET-JAILLY J. : La Pharmacie Populaire du Mali dans le contexte de l'Initiative de Bamako, INRSP-DSC, Bamako, 1990, 137 p.
7. Direction du Projet Urbain : Programmation décennale des investissements. Etude du développement urbain de Bamako, Banque mondiale/Groupe Huit/BCEOM/SNED, 1984, 472 p.
8. VAN WESTEN A. : Constraints on self-help housing in a sahelian urban context, in : O. VERKOREN, J.VAN WEESEP (eds): Spatial mobility and urban change, Utrecht, KNAG/University of Utrecht, Netherlands geographical studies n°37, août 1987, pp. 103-115.
9. BA A., KOUAME A., MBACKE C. : Environnement et santé des enfants: le cas de la ville de Bamako, Communication présentée à la Conférence sur la reproduction et la santé familiale en Afrique, organisée par l'Union pour l'Etude de la Population Africaine (UEPA), à Abidjan du 8 au 13 novembre 1993.
10. SACKO B. : Enquête insertion des migrants en milieu urbain. Echantillonnage, Bamako, CERPOD, 1992, 13 p.
11. GRINGAS L. : Essai de typologie des quartiers de Bamako (note de recherche), dans L'insertion urbaine à Bamako (Mali), août 1994, Bamako, Programme population et développement, pp.157-192.
12. DIALLO J. Z. : Enquête logement : Echantillonnage, Ministère des Travaux Publics de l'Urbanisme et de la Construction, Stratégie nationale du logement, Bamako, février 1992, 3 p.
13. Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique-Bureau Central des Recensements : Recensement Général de la Population et de l'Habitat 1987, volume 8, Bamako, janvier 1990, 348 p.
14. Service d'Adressage du District : Monographie du district de Bamako, document ronéotypé, Bamako, novembre 1994, 194 p.
15. RUMEAU-ROUQUETTE C., BREART G., PADIEU R. : Méthodes en épidémiologie, Flammarion éditions Médecine-Sciences, 1990, 398 p.
16. TOURE B. : Questionnaires - Enquête sur le recours aux soins et les dépenses de santé (Commune de Yopougon), Ecole Nationale Supérieure de

Statistique et d'Economie Appliquée d'Abidjan, avril 1992, Document ronéotypé, 17 p.

17. TIBOUTI A., FLORI Y.A. et JUILLET A. : Enquête-ménages sur les recours aux soins et les dépenses de santé, Guide méthodologique, UNICEF, L'Initiative de Bamako, Rapport technique n° 17, octobre 1993, 142 p.

18. BITRAN R.A., McINNES D.K. : The demand for health care in Latin America (Lessons from the Dominican Republic and El Salvador), Economic Development Institute of The World Bank, An EDI Seminar Paper, n° 46, 1993, 54 p.

19. EMMIS R. P., McINNES D. K., STEPHENSON E. H. : Inpatient and outpatient health care demand in CAIRO, Egypt, Health Economics, mai-juin, vol 3 n°3 (1994).

20. BRUNET-JAILLY J.: Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali, INRSP, Bamako, avril 1989, 176 p.

CHAPITRE 9

L'accès aux soins dans le quartier de Bè

par S. PRITZE, P. AFFOYA, B.T. BARANDAO

Bè est l'un des quartiers les plus vieux et des plus peuplés de Lomé. L'urbanisation rapide de la capitale togolaise, l'influence de la religion, la symbiose de différentes cultures, la scolarisation et l'installation de plusieurs activités économiques à la périphérie de la zone (aéroport, port, raffinerie, hôtels, etc.) ont contribué à faire reculer les barrières culturelles de la population autochtone. Aujourd'hui, la population se compose en grande partie d'habitants non originaires de Bè, qui représentent environ 72 % de la population de la zone. Plus de la moitié de la population de Bè (54 %) est peu instruite (analphabètes et niveau scolaire du premier degré). Les professions les plus exercées sont le commerce (32 %) et l'artisanat (23 %). Le taux des sans emploi est élevé (17 %) [1]. La plupart des ménages vivent d'un revenu occasionnel lié au commerce ou à l'artisanat (65 %) ; seuls 35 % d'entre eux ont des revenus réguliers. Les problèmes que rencontrent les activités économiques sont avant tout le manque de clientèle: la dévaluation du Franc CFA, intervenue en janvier 1994, a provoqué un taux d'inflation de l'ordre de 55 % en 1994 et de 40 % en 1995, ce qui a encore exacerbé la pauvreté des populations et en particulier celle des femmes chefs de ménage [2]. En bref, la zone compte parmi les plus pauvres de la ville de Lomé.

L'offre de soins

Face aux problèmes sanitaires qui se posent à la population de la zone, l'offre de soins que représentent les structures publiques laisse à désirer : formations sanitaires inadéquates, insuffisantes en nombre et mal distribuées, coûts inaccessibles à une grande partie de la population, qualité médiocre des services offerts par manque de moyens et manque de compétences, organisation et gestion déficientes, avec une mauvaise utilisation des maigres ressources. [3][4] Parallèlement à cela un secteur privé à finalité commerciale se développe rapidement, sans que les autorités parviennent à en assurer la qualité de façon efficace [3]. Ainsi, on compte à Bè 106 établissements de soins, surtout privés, 26 pharmacies, 2 magasins d'équipements sanitaires et 45 guérisseurs reconnus [5].

C'est dans ce contexte que s'insère l'Hôpital Secondaire de Bè, qui est l'une des vingt formations sanitaires publiques de Lomé. Construit en 1967, l'ancien

centre de santé de Bè a été agrandi d'une maternité de 60 lits en 1986/87. Une deuxième transformation du centre a eu lieu en 1992 avec le réaménagement de la Polyclinique et la construction d'un premier étage qui abrite l'administration. A partir de cette transformation, le centre de santé de Bè est devenu Hôpital Secondaire de Bè (HSBè).

L'HSBè est constitué de tous les services d'une polyclinique et d'une maternité. Il comprend une consultation de médecine générale pour adultes, y compris la petite chirurgie et une salle d'observation de 4 lits ; une consultation intégrée mère et enfants avec consultation pré- et postnatale des femmes, planification familiale, vaccination, surveillance de la croissance, éducation nutritionnelle et consultation des nouveau-nés et des nourrissons ; une maternité de 60 lits, avec une salle d'accouchements, un bloc opératoire pour des interventions gynécologiques et obstétricales et une unité de monitoring et de réanimation des nouveau-nés ; la stomatologie ; un laboratoire, un service social et un service de documentation et de statistique.[6]

Cet hôpital secondaire est la seule structure publique de référence dans le 3ème arrondissement de Lomé, arrondissement dont la superficie est d'environ 15 km². Mais il est principalement utilisé comme structure de premier contact par une population estimée à 176.143 habitants en 1996 (cette estimation repose sur la provenance enregistrée des utilisateurs, d'une part, et la population des quartiers d'origine d'autre part).

L'introduction de la tarification des soins

Depuis fin 1990, les formations sanitaires publiques togolaises sont autorisées à utiliser les recettes provenant de la tarification des soins. Ainsi, une tarification des prestations a été introduite début 1992 à l'HSBè, dans le but de permettre à l'hôpital d'autofinancer une partie de son fonctionnement. Cependant, la nécessité de faire participer la population au coût des soins doit tenir compte de la faiblesse des revenus chez une partie importante des ménages du quartier desservi.

Ceci impliquait donc nécessairement une réduction des coûts pour les malades, ce qui, en l'occurrence, passait en priorité par une rationalisation des traitements et une prescription de médicaments sous nom générique. Ainsi, l'ouverture en 1992 au sein de l'hôpital d'une pharmacie communautaire vendant des médicaments essentiels sous nom générique (MEG) a permis de réduire considérablement les dépenses de médicaments pour les utilisateurs de l'hôpital : les ordonnances en génériques coûtent en pratique 4 à 6 fois moins cher que les ordonnances en noms de marques.

Les recettes tarifaires se sont élevées en 1996 à 64,8 millions FCFA (sans les recettes de la pharmacie communautaire), dont 56,1 ont été dépensés pour assurer le fonctionnement de l'hôpital. Actuellement l'Etat prend en charge les salaires du personnel fonctionnaire (80 % du personnel total) et assure le paiement des factures d'eau, électricité et de téléphone : ce financement est estimée à environ 81 millions FCFA. Outre cela, le budget de l'Etat prévoit un crédit d'environ 3 millions de FCFA, destiné au financement d'autres frais de fonctionnement ; mais l'insuffisance du budget de fonctionnement (hors salaires) alloué par l'Etat ne permet pas d'assurer une bonne qualité des prestations. En outre, la dévaluation du Franc CFA et l'inflation qui en est résulté ont eu pour conséquence la nécessité de réviser à la hausse, en juin 1994, les prix des médicaments vendus par la pharmacie communautaire et les tarifs des prestations.

Cependant, l'aggravation de la situation socio-politique a eu de graves conséquences pour la fonction publique. Les salaires n'ont pas été payés régulièrement, ils n'ont pas été ajustés pour tenir compte de l'évolution du pouvoir d'achat à la suite de la dévaluation. Partant, le personnel soignant, dont le comportement influe beaucoup sur la qualité des soins, est peu motivé ; certains agents ont pris l'initiative d'augmenter leurs revenus par une vente parallèle des médicaments ou des consommables au détriment de l'hôpital, qui perd donc une partie de ses recettes.

Une enquête pour décrire les déterminants des recours aux soins

Depuis 1992 on constate un changement graduel dans la provenance des femmes venant à l'HSBè : les femmes de Bè utilisent moins cette structure pour y accoucher. Les raisons de cette évolution peuvent être multiples, mais le bas niveau de revenu de la population à Bè peut constituer une barrière importante à l'accès, surtout pour les femmes et leurs enfants qui sont la population cible. Plusieurs études montrent que, parmi les facteurs susceptibles d'expliquer la fréquentation des formations sanitaires, le critère financier est le plus fréquemment cité pour justifier la non utilisation des services de santé. Il expliquerait la moitié des cas de non utilisation [7]. L'enquête sur l'accès aux soins dans le quartier de Bè avait précisément pour objectif de recueillir des éléments d'informations sur les conditions de vie de ménages et les facteurs qui déterminent l'utilisation ou la non-utilisation de l'HSBè : revenus des ménages, leurs dépenses de santé et le type des formations sanitaires fréquentées en fonction des différences de revenu, etc.

La zone d'étude couvre le canton de Bè ou "Ile de Bè" ainsi que le canton d'Amoutivé et une partie du canton de Baguida, qui se trouve dans les limites de la commune de Lomé .

L'enquête s'est déroulée en deux phases : une phase quantitative, qui a permis d'interviewer un échantillon de ménages, en se servant d'un questionnaire, et qui a duré du 25 mai au 11 juin 1995, et une phase qualitative consacrée, entre le 12 et le 17 juin, à des entretiens approfondis avec le personnel médical de l'hôpital, avec les comités de développement, les comités de santé (hommes et femmes), certaines associations et des notables. Le questionnaire avait été traduit dans les deux langues vernaculaires (éwé et mina), lors de la formation des enquêteurs, et cela a facilité son administration.

Il avait été prévu d'interviewer le couple dans le ménage, mais comme l'époux était souvent absent, ce sont en pratique les épouses qui ont répondu au questionnaire. Elles n'ont pas éprouvé de difficultés à fournir les informations demandées ayant trait aux problèmes de santé. Si les dépenses relatives aux soins de santé sont plus ou moins connues par les femmes, celles-ci ignorent souvent les revenus du ménage. Une autre difficulté est la réserve qu'affichent en général les individus lorsqu'on en vient aux questions liées au revenu. Il a donc fallu plusieurs visites pour obtenir les éléments nécessaires.

Situation socio-économique de la population desservie

L'enquête a montré que, dans la zone d'étude, la taille des ménages est de 6,1 personnes et la médiane de 5,4 personnes. 46 % des ménages enquêtés ont une taille comprise entre 1 et 4 personnes et 45 % une taille de 5 à 9 personnes. Relativement peu de ménages (9 %) comptent entre 10 à 20 personnes et plus. Sur les 909 ménages enquêtés, 69,7 % étaient représentés par des femmes (634 femmes), 29,6 % par les hommes (266 hommes) et dans 1 % des cas le sexe n'a pas été notifié (9 personnes).

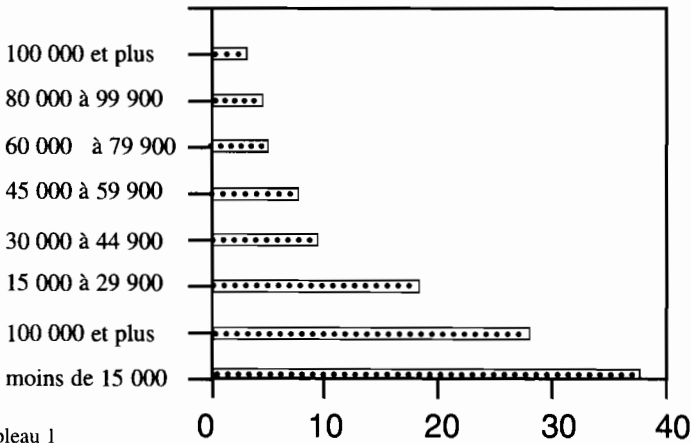
43 % des chefs de ménages enquêtés ont entre 25 et 34 ans, 26 % entre 35 et 44 ans. L'état matrimonial le plus fréquent est le mariage.

Les catégories socioprofessionnelles qui prédominent dans la zone sont les commerçants (46 %), les artisans (18 %) et les salariés (du secteur informel, privé et de la fonction publique : ensemble 18 %). Les agriculteurs ne représentent que 1,5 %. La plupart des ménages vivent de revenus irréguliers (65 %) tandis que 35 % ont des revenus réguliers. Une proportion importante de ménages vivent en dessous du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG), qui est de 13.757 FCFA par mois depuis 1990, l'un des plus faibles de toute la zone CFA, et très inférieur au seuil de pauvreté, qui a été estimé à 79.423 FCFA (avec un seuil d'extrême pauvreté à 47.661 FCFA) en 1994 : en fait, une fraction seulement des salariés du secteur formel reçoit un salaire mensuel égal au niveau officiel du SMIG, et la majorité des personnes

qui travaillent dans le secteur informel gagnent considérablement moins que le salaire minimum. [8]

Pour estimer le revenu des ménages enquêtés, on demandait aux chefs de ménage d'évaluer leurs revenus hebdomadaires, en fonction des différentes sources ; les enquêteurs transformaient ces estimations hebdomadaires en revenus mensuels, en tenant compte éventuellement des jours fériés. Environ 37 % des ménages déclarent un revenu mensuel inférieur à 15.000 FCFA, 2,8 % seulement dépassent la barre des 100.000 FCFA (cf. tableau 1).

Graphique 1 : Répartition des ménages de la zone de Bè en fonction de leur revenu mensuel moyen (en FCFA)



Source : Tableau 1

Tableau 1 : Revenus mensuels moyens et médian des ménages de la zone de Bè

Tranches de revenus (FCFA)	Nombre de ménages	%
Moins de 15.000	336	37,0
15.000 - 29.900	246	27,0
30.000 - 44.900	146	16,0
45.000 - 59.900	66	7,3
60.000 - 79.900	58	6,4
80.000 - 99.900	32	3,5
100.000 et plus	25	2,8
Total	909	100

Le revenu monétaire moyen mensuel d'un ménage de la zone est de 30.700 FCFA et le revenu mensuel médian est de 22.255 FCFA. D'une manière générale, près de 80% des ménages de la zone vivent d'un revenu inférieur à 45.000 FCFA.

Les sources des revenus sont diverses, mais la plupart proviennent des activités commerciales (51% des ménages), puis des salaires (17% des ménages) et d'autres revenus (13% des ménages).

Dépenses de santé

La contribution effective des ménages aux dépenses de santé a été estimée à partir des questions posées, puisqu'on demandait aux répondants de signaler toutes les dépenses de santé du ménage au cours des trois derniers mois.

Tableau 2 : Répartition des ménages enquêtés suivant la taille des ménages et le montant des dépenses effectuées au cours des 3 derniers mois en matière de santé (%)

DEPENSES (FCFA)	TAILLE DU MENAGE				TOTAL
	1-4 pers. %	5-9 pers. %	10-14 pers. %	15 pers. et + %	
Moins de 5.000	52,1	37,0	37,5	29,7	42,9
5.000-9.999	17,0	19,7	18,8	3,7	17,9
10.000-19.999	16,6	19,5	18,8	14,8	18,0
20.000-29.999	5,5	9,6	6,2	7,4	7,6
30.000-49.999	5,9	8,3	8,3	18,5	7,7
50.000-69.999	1,8	2,3	6,2	7,4	2,6
70.000-99.999	0,7	1,3	-	3,7	1,1
100.000 et plus	0,4	2,3	4,2	14,8	2,2
TOTAL	100	100	100	100	100

Diverses études ont montré que les dépenses de santé représentent généralement entre 2,5 et 5 % des revenus monétaires déclarés [7] : d'après notre enquête, cette proportion est inférieure à 7,5 % pour 43 % des usagers, mais elle atteint 15 à 30 % pour 36 % des ménages, ce qui apparaît donc très élevé. De ces dépenses, 58 % vont aux traitements dans les formations sanitaires, 22 % à l'automédication, et 19 % au traitement par un guérisseur ou à la pharmacopée traditionnelle.

Accessibilité financière des soins

A la question de savoir quelles difficultés rencontrent les personnes enquêtées en cas de maladie, l'une des plus fréquemment évoquées est le manque de moyens financiers pour se soigner.

Tableau 3 : Causes des difficultés d'accéder à l'HSBè d'après les utilisateurs

Causes de non utilisation	Nombre de ménages	Pourcentage (%)
Manque d'argent en général	675/909	74,3
Coût des médicaments	306/909	33,7
Tarif des consultations excessif	490/909	53,9
Coût élevé des analyses	575/909	57,5

Même si l'utilisateur peut prendre en charge les frais de consultation, les coûts associés des analyses et des médicaments peuvent dépasser ses capacités financières. Ceci peut avoir des implications à l'égard de l'itinéraire thérapeutique choisi par le malade [10]. Notre enquête n'a pas essayé d'étudier les caractéristiques de l'itinéraire ni les raisons qui ont motivé le choix d'un type de recours donné. Elle s'est limitée à la question de savoir quelles dispositions sont prises par les familles, en général, en cas de maladie de l'enquêté lui-même ou d'un membre de sa famille. Il en ressort que 40 % des ménages se présentent à la consultation dès les premiers symptômes, et 31,7 % ont recours à l'automédication, c'est-à-dire essayent de se soigner sans recourir à un professionnel habilité ; mais une proportion importante de ménages (45,1 %) ne s'adresse à une formation sanitaire qu'au cas où l'automédication n'a pas réussi.

Le recours à la médecine traditionnelle joue un rôle peu important (4,5 %), ce qui surprend dans la mesure où il s'agit d'une population toujours enracinée dans ses traditions et où l'offre des soins traditionnels dans la zone d'étude est plutôt importante. D'un autre côté ce résultat montre que le pourcentage de non utilisateurs de la médecine moderne est assez faible.

Le coût des médicaments constitue un problème relativement moins important aux yeux des usagers, mais il faut bien comprendre pourquoi. Evidemment, l'accès aux médicaments sous nom générique est relativement facile, mais c'est parce que les pharmacies communautaires vendent les médicaments à

une large clientèle qui souvent n'est pas passée par la consultation des centres. Cette pratique n'est pas en accord avec la politique nationale, mais elle est tolérée à la fois par manque de moyens de contrôle (en particulier les mécanismes de supervision sont notoirement défaillants), et par manque d'alternative susceptible d'assurer aux malades des soins de qualité à un coût accessible pour eux, et aux formations sanitaires des niveaux de recettes suffisants. La vente des médicaments dans les pharmacies communautaires est conçue beaucoup plus comme une source de recettes pour le centre de santé que comme un élément d'un ensemble devant assurer la meilleure qualité de soins aux malades.

Tableau 4 : Proportion des ménages suivant les dispositions prises en cas de maladie

Dispositions prises en cas de maladie	Nombre	%
On attend que ça passe	37/909	4,1
Consultation dans une formation sanitaire dès les premiers symptômes	364/909	40,0
Achat de médicaments modernes à la pharmacie sans consultation	63/909	6,9
Achat de médicaments modernes au marché sans consultation	142/909	15,6
Achat de médicaments traditionnels	84/909	9,2
Consultation dans une formation sanitaire quand l'automédication n'a pas réussi	410/909	45,1
Consultation et traitement par un guérisseur	41/909	4,5
Autres	46/909	5,1

Cette situation s'est aggravée avec l'ouverture de nombreuses postes de vente illicite (dont certains se baptisent "Initiative de Lomé"), qui vendent des médicaments sous nom générique sans aucun contrôle de leur qualité, date de péremption, posologie et quantité nécessaire pour un traitement correct etc. S'y ajoutent les médicaments vendus au marché, dont une partie importante sont des spécialités, souvent d'origine douteuse. La préférence des malades pour les médicaments vendus au marché peut s'expliquer par la large gamme des médicaments offerts d'un côté, et par le fait qu'ils sont vendus par comprimé/ampoule, ce qui permet d'adapter le traitement aux moyens financiers de la clientèle.

Des études réalisées dans d'autres pays ont montré que le recours à la médecine moderne joue un rôle très important en milieu urbain [9][10]. Le secteur public absorbe une partie importante de cette demande : dans le quartier

de Bè, il reçoit à lui seul 59,4 % des malades des ménages enquêtés, alors que 40,6 % préfèrent consulter dans le secteur privé.

L'HSBè est la formation sanitaire la plus fréquentée dans le quartier, ce qui peut s'expliquer par sa large gamme de prestations, par le fait que les utilisateurs sont satisfaits de la qualité des prestations offertes (88 % des ménages jugent les prestations comme "très bien" ou "bien") et par sa situation géographique (80 % des utilisateurs vivent dans un rayon de 0 à 5 kilomètres de l'hôpital). Seulement 49 % des ménages utilisent les structures de premier contact du secteur public, dont cinq sont dans la zone.

D'une manière générale, on constate une nette tendance de s'adresser directement à un niveau plus élevé : 51 % des utilisateurs consultent directement à l'HSBè ou au Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Tableau 5 : Répartition des ménages selon les revenus et les formations sanitaires où ils ont l'habitude de faire soigner leurs membres

Tranche de revenu mens. du ménage (FCFA)	FORMATION SANITAIRE						Total	
	HSBè	CHU Tokoin	CHU Campus	Bon Secours	Dispensaires polycliniques	Cliniques privées		Autres formations privées
moins de 15.000	130	17	1	2	38	40	100	331
15.000 à 29.999	104	17	4	2	17	32	59	235
30.000 à 44.999	70	8	1	2	7	14	42	144
50.000 à 59.999	27	3	1	0	9	7	15	62
60.000 à 79.999	22	6	1	0	6	16	8	59
80.000 à 99.999	17	2	0	1	0	9	9	38
100.000 et plus	13	4	0	0	0	9	4	30
Non déclaré	3	1	-	-	1	2	3	10
Total	386	48	8	10	78	129	240	909

Le tiers des utilisateurs de l'HSBè ont un revenu mensuel, par ménage, de moins de 15.000 FCFA (34 %) et un quart (27 %) un revenu de moins de 30.000 FCFA. On trouve une répartition similaire dans notre enquête (37% ont moins de 15.000 FCFA et 27% moins de 30.000 FCFA), et donc les utilisateurs de l'HSBè ne sont pas plus riches que la population dont ils proviennent: autrement dit, globalement, la tarification des prestations ne semble pas avoir un effet discriminatoire selon le revenu.

Le même genre d'analyse ne peut pas être mené pour chacune des prestations : c'est seulement pour les femmes qui viennent accoucher qu'on enregistre la provenance, et donc on ignore d'où viennent les malades qui fréquentent les autres services de l'HSBè. De même, on n'a pas pu analyser la distribution des revenus en fonction du type de prestation utilisée.

Cependant, parmi les ménages enquêtés, 8,6 % seulement utilisent les dispensaires publics, alors que 42,5 % utilisent l'HSBè. Or, la proportion de ceux qui ont un revenu inférieur à 15.000 FCFA par mois est de 49 % parmi ceux qui fréquentent les dispensaires publics : elle est donc plus forte que dans l'ensemble de notre échantillon. Les dispensaires publics attirent donc de façon sélective les plus pauvres, sans doute parce que leurs tarifs sont en général plus faibles que ceux qui sont en vigueur à l'HSBè. Toutefois, ces tarifs faibles n'entraînent pas une forte fréquentation.

Il semble donc que, dans l'ensemble, les utilisateurs soient prêts à payer un peu plus pour des soins de qualité, qu'ils trouvent à l'hôpital. D'ailleurs, 85 % des utilisateurs apprécient les prestations dans le domaine des soins maternels et infantiles : 22 % les jugent "très bien" et 63 % "bien". [11]

Le secteur privé est concurrentiel par rapport au secteur public : il attire 38 % des ménages ayant un revenu inférieur à 15.000 FCFA et 25% des ménages dont le revenu est en dessous de 30.000 FCFA. La différence entre ces deux pourcentages peut surprendre : elle s'explique probablement par le fait que le secteur privé compte beaucoup de pratique informelle (essentiellement celle du personnel paramédical du secteur public qui, n'ayant pas le droit de s'installer officiellement, consulte à la maison), et cette dernière attire ses clients par des prix aussi faibles que ceux du secteur public.

L'attraction qu'exerce le secteur privé tient aussi au fait que la fourniture des premiers soins est généralement incluse dans le tarif de la consultation; enfin, les utilisateurs sont souvent plus satisfaits de la qualité des prestations (et surtout de l'accueil) dans le secteur privé que dans le secteur public.

Conclusion

La présente étude n'a pas tenté d'explorer la capacité contributive des ménages, mais les données analysées indiquent une capacité contributive plutôt faible, si l'on considère le niveau moyen de revenu de ménages (30.700 FCFA), la distribution de ces revenus dans la population (environ 80% des ménages enquêtés avec un revenu inférieur à 45.000 FCFA) et le type de service à financer (tarif de l'hôpital plus élevé que celui des centres périphériques). D'autres études devraient définir des alternatives de financement de soins comme le prépaiement ou l'assurance maladie. Dans ce contexte la faisabilité de l'introduction d'une mutuelle de santé gérée par l'hôpital ou par la population devrait être explorée.

Bibliographie

1. WILSON DE SOUZA L., MENSAH K., SOSSAH K.: Etude de base dans la zone de Bè, Lomé, juin 1996.
2. HOUNGES F., MENSAH O : Enquête nationale sur la situation des enfants au Togo en 1995, UNICEF, Lomé, septembre 1996.
3. VAN LERBERGHE W., VON DORMAEL M. : Examen du projet "La santé dans chaque quartier", Soins de santé urbains à Lomé-Togo, Rapport de mission, 1992.
4. TOURE L. : Analyse du système de santé de Lomé et proposition d'action pour la mise en place de districts urbains, Lomé, juillet 1997.
5. AGBOZOH R.K., GABA A.: Etude des structures sanitaires publiques, privées et traditionnelles dans les cantons de Bè, Amoutivé et Baguida, août 1992.
6. SCHMIDT-EHRY G. : Limitations to improvement in quality care. A case study from the Maternity of Bè, Lomé, juin 1994.
7. GALLAND B. et coll. : Les services de santé et la population, relations économiques, financières et institutionnelles, CIDR/GTZ, Autriche et Eschborn, 1994.
8. Banque Mondiale : Togo, sortir de la crise, sortir de la pauvreté, novembre 1996.
9. GOMES E. : Enquête sur la demande des soins des ménages de la ville de Cotonou, Cotonou-Bénin, décembre 1994.
10. Enquête sur les conditions de vie, le recours aux soins et les dépenses de santé des ménages dans la commune de Yopougon, Rapport général, mai 1993.
11. Qualité des soins de santé et accessibilité à l'hôpital secondaire de Bè : Perceptions des usagers, Projet SSUB/GTZ, janvier 1996.

CHAPITRE 10

La consommation de médicaments et les circuits thérapeutiques à Dakar

par Fatimata SY

L'existence d'un secteur informel de vente de produits pharmaceutiques est bien visible au Sénégal, où des produits d'origine non contrôlée sont disponibles en abondance sur les marchés. De même, la pharmacopée traditionnelle est largement utilisée dans les parcours thérapeutiques.

D'un autre côté, le Sénégal a adhéré à la plupart des politiques sanitaires successivement adoptées sur le plan international : Charte africaine de développement sanitaire, Soins de Santé Primaires, et Initiative de Bamako, plans nationaux de développement sanitaire, etc. Depuis 1990, le ministère de la santé a opté pour un renforcement de sa politique de décentralisation par l'élaboration de plans régionaux de développement sanitaire et de plans de développement des districts. Le district est désormais la zone opérationnelle, couvrant une population de 30.000 à 50.000 habitants, et polarisant 15 à 25 postes de santé articulés autour d'une structure de référence, qui peut être soit un centre de santé soit un hôpital régional.

Malgré ces dispositions, le système public de santé connaît d'importantes difficultés. En effet la plupart des formations sanitaires publiques sont sous-équipées et manquent de médicaments et de crédits. Le recours à la participation financière de la population au coût des soins dans les services de santé dès 1975, réaffirmé et accéléré à partir de 1991, devait permettre de compenser les défaillances du financement public. L'Initiative de Bamako est désormais largement implantée en milieu rural : elle vise à rationaliser la distribution, la qualité et la disponibilité des médicaments essentiels. Sa réussite aiderait beaucoup à modifier le comportement des consommateurs en matière d'utilisation rationnelle des médicaments ; elle ne se met en place que lentement dans la région de Dakar.

Les insuffisances du secteur public ont facilité le développement de l'initiative privée. Le nombre de cabinets médicaux et officines privées s'est considérablement accru : on compte 228 cabinets privés à Dakar au dernier relevé, et 189 officines au 31 mars 1998. Ainsi, le secteur pharmaceutique dominant est le secteur privé commercial. Le marché pharmaceutique sénégalais est approvisionné par l'importation et la production locale. Cependant, cette dernière ne représente qu'une fraction du marché total, estimée à 10 % en 1993. Elle est

inégalement répartie entre trois fabricants : SIPOA, Parke Davis et Valdafrique. Le secteur pharmaceutique public est représenté essentiellement par la Pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) qui, créée en 1979, est chargée de l'importation, du stockage et de la distribution aux formations sanitaires publiques, dont elle est le principal fournisseur. A son établissement central sont rattachées directement 5 pharmacies régionales d'approvisionnement. C'est en 1993 seulement qu'elle a lancé son premier appel d'offres international, grâce à un financement de la Banque Mondiale (auparavant, elle s'approvisionnait de gré à gré !).

Dans le secteur privé, trois grossistes importateurs (Laborex, Sodipharm et Cophase) assurent l'approvisionnement au niveau des officines privées dont le nombre est passé, pour l'ensemble du pays, de 159 en 1988 à 240 en 1994 et 396 en 1996. Les grossistes jouent un rôle régulateur, en assurant la continuité de l'approvisionnement, au moins quand leurs ruptures de stocks ne sont pas simultanées. Grâce à leurs capacités de gestion et à leur système informatisé, ils facilitent la gestion à leurs clients officinaux, et leur apportent une aide efficace, en collaboration avec le Conseil de l'Ordre et le Syndicat, notamment lors des négociations avec les autorités sénégalaises. Ainsi, le secteur pharmaceutique privé est bien organisé.

Toutefois l'achat de médicaments pèse lourdement sur le budget des familles sénégalaises. En effet, une étude réalisée par la Banque Mondiale en 1993 [1] montre que 48 % des dépenses de santé vont à l'achat des médicaments. En outre, la dévaluation du franc CFA, survenue en janvier 1994, a entraîné une hausse importante du prix des médicaments à la vente au public dans les officines privées, et donc à une moindre accessibilité des produits essentiels pour des populations largement éprouvées par une conjoncture économique difficile.

Notre étude s'inscrit dans ce contexte, et vise à éclairer les discussions sur les stratégies de santé publique. Notre objectif a précisément été d'appréhender, par le biais d'une étude quantitative et qualitative, les perceptions et comportements des ménages habitant la région de Dakar, en matière de consommation de médicaments et de circuits thérapeutiques.

Pour y arriver, nous avons tenté d'évaluer l'importance et les motifs d'utilisation de chaque circuit de l'offre de médicaments et de soins (formel, informel, traditionnel) dans la consommation de produits pharmaceutiques à Dakar ; d'estimer l'impact de la dévaluation sur le comportement en matière d'achat de produits pharmaceutiques et de circuit thérapeutique ; de connaître les opinions des ménages à propos de la vente de plantes médicinales dans les officines privées.

Méthode

L'étude a été menée en mai-juin 1995. La partie quantitative a porté sur 30 sites représentatifs de la région administrative de Dakar (départements de Dakar, Pikine, Guediawaye, Rufisque) ; l'effectif requis pour l'échantillon (sondage en grappe) était de 360 ménages. La partie qualitative porte sur un échantillon représentatif de la population de la même zone.

Pour l'étude quantitative, trente grappes ont été tirées au sort dans chacun des trente quartiers ou localités péri-urbaines, et 12 ménages au minimum (360/30) ont été tirés au sort dans chaque grappe ; au sein des ménages tirés, ont été interrogés le chef de famille et son conjoint (ou l'un des conjoints si le ménage est polygame), le chef de famille seul en cas de célibat, séparation ou veuvage. Les données ont été recueillies en utilisant un questionnaire pré-imprimé, directement rempli par des enquêteurs interrogeant à domicile les personnes appartenant aux ménages tirés au sort.

Le questionnaire compte 21 questions, classées en trois groupes : caractéristiques individuelles, circuits de consommation des médicaments, changements éventuels dans les comportements de consommation.

Pour évaluer l'importance et les motifs d'utilisation de chaque circuit d'offre de médicaments et de soins (formel, informel, traditionnel), nous avons, par le second groupe de questions, mis les répondants dans des situations réelles relatives à l'attitude et aux déterminants du choix du circuit d'approvisionnement lors du dernier épisode de maladie, et à l'achat des médicaments prescrits sur la dernière ordonnance, enfin à l'automédication.

Les réponses à ces différentes questions permettent bien de décrire les circuits effectivement pratiqués par les interrogés, mais ils correspondent à des événements passés. De même pour le circuit thérapeutique effectivement utilisé lors du dernier épisode pathologique d'un membre du ménage, avec les déterminants de ces choix. Mais cette méthode, outre qu'elle reposait sur la mémoire, présentait un inconvénient majeur pour l'analyse : les pathologies décrites seraient de nature très différentes, de gravité réelle ou ressentie fort variables, et leurs descriptions ou appellations non standardisées.

Afin de pallier cet inconvénient, nous avons simultanément proposé aux interviewés six situations pathologiques hypothétiques : trois concernant un enfant de moins de 5 ans (fièvre/toux ; diarrhée/vomissements ; convulsions), et trois autres (douleurs abdominales; fièvre/céphalées; amaigrissement/malaise général) concernant la personne interrogée elle-même. Ces cas se référaient à

des pathologies de gravité potentielle différente (de l'urgence absolue à des épisodes généralement bénins), et de fréquence relativement importante en situation sénégalaise. Les réponses attendues étaient certes virtuelles, mais cette méthode nous permettait la standardisation des situations comparées : c'est sur ces réponses qu'a porté l'analyse multivariée.

Enfin, pour tester les changements éventuels de comportement dans la consommation de biens de santé depuis le début de l'année 1994 (période de la dévaluation du franc CFA, mais cet événement n'était pas explicitement cité par les enquêteurs), nous avons demandé à chaque répondant si lui-même ou quelqu'un de son ménage se soigne de la même façon depuis plus d'un an ; et s'il était au courant de l'existence de médicaments déconditionnés, moins coûteux, mis en place dans les officines pharmaceutiques, et de la vente de médicaments essentiels dans les formations sanitaires publiques.

La partie qualitative avait pour objectif d'explicitier et de mieux comprendre les logiques des comportements apparaissant à l'issue de l'étude quantitative. Elle a consisté en entretiens individuels en profondeur au sein de 6 familles habitant Pikine et Grand-Médine (banlieue de Dakar) et en discussions avec quatre groupe (focus groups), deux d'hommes et deux de femmes, venant de quartiers de Dakar et de sa banlieue, sélectionnés par choix raisonné au sein des personnes déjà interviewées durant la partie quantitative de l'étude.

Caractéristiques de l'échantillon

L'étude quantitative a porté sur 665 personnes, réparties en 413 ménages.

En ce qui concerne les ménages :

- statut matrimonial : 5,8 % de célibataires, 3,6 % de divorcé(e)s, 10,2 % de veuf(ve)s, 50,4 % de couples monogames, 29,9 % de couples polygames
- nombre de personnes à charge dans le ménage : moyenne de 9,3 (1-35) ; 29,8 % de 1 à 5 personnes ; 30,8 % de 6 à 9 personnes ; 39,4 % d'au moins 10 personnes.
- bénéficiaire du remboursement des médicaments : effectif pour 16,5 % des ménages. Le niveau de remboursement déclaré est inférieur à 50 % dans 12,9 % des cas ; égal à 50 % dans 33,3 % des cas ; compris entre 50 et 70 % dans 24,1 % des cas ; de 70 à 100 % dans 29,6 % des cas. Les organismes payeurs cités sont : les Instituts de Prévoyance Maladie (66,7 %), les mutuelles (15 %), l'armée (10 %), autres (8,3 %).
- propriété de certains biens de consommation : la radio est possédée par 87,3 % des ménages, la télévision par 49,7 % et le téléphone par 14,9 % d'entre eux.
- niveau de revenu mensuel : 26,2 % des ménages déclarent moins de 50.000 FCFA ;

42,2 % de 50.000 à 99.999 FCFA ; 16 % de 100.000 à 149.999 FCFA ; 7 % de 150.000 à 200.000 FCFA ; 8,5 % plus de 200.000 FCFA (à noter que, avant janvier 1994, 100 FCFA= 2 FF; depuis cette date, 100 FCFA= 1 FF)

En ce qui concerne les individus :

- durée de séjour à Dakar : 16,7 % de 0 à 9 ans ; 16,7 % de 10 à 19 ans ; 23,9 % de 20 à 29 ans ; 22 % de 30 à 39 ans ; 23,9 % = 40 ans. Au total, près de 87 % des personnes de l'échantillon vivent depuis au moins dix années dans la région de Dakar, et 70 % depuis au moins 20 ans.
- genre : 45,9 % d'hommes et 54,1 % de femmes.
- âge : 18 % de 15-29 ans ; 30,5 % de 30-39 ans ; 25,6 % de 40-49 ans ; 25,4 % =50 ans.
- niveau de scolarisation : 49,3 % non scolarisés ; 24,3 % niveau de scolarisation primaire ; 18,6 % niveau secondaire ; 7,7 % niveau enseignement supérieur.
- exercice d'un métier : 56,6 % déclarent exercer actuellement un métier, que ce soit dans le système formel ou le système informel.
- existence de revenus personnels chez les femmes : 54,2 % des femmes déclarent avoir des revenus personnels.

Ces données ne se comparent pas facilement à celles dont on peut disposer pour l'ensemble de la population de Dakar. Cependant, quelques résultats de l'enquête démographique et de santé [4] pour les zones urbaines peuvent être cités : taille moyenne des ménages égale à 7,8 personnes (plus faible que dans notre échantillon), population comptant 43,4 % de moins de 15 ans, 28,5 % de 15-29 ans, 11,3 % de 30-39 ans, 6,3 % de 40-49 ans et 10 % de plus de cinquante ans (c'est-à-dire une population plus jeune dans l'ensemble que ne l'est notre échantillon), taux de possession égal à 78,7 % pour la radio et 34,2 % pour la télévision (donc niveau de vie probablement plus faible que celui de notre échantillon). On ne peut pas savoir si ces différences reflètent des écarts objectifs entre la population de Dakar et celle des zones urbaines dans leur ensemble, ou si elles tiennent aux méthodes d'enquête.

Les itinéraires thérapeutiques

Le tableau 1 présente (sans analyse comparative, en raison des différences méthodologiques entre les enquêtes) les données relatives à quatre approches :

- a. circuit thérapeutique suivi lors du dernier épisode de maladie survenu dans le ménage en 1995 (notre enquête) ;
- b. recours envisagé face aux six situations pathologiques proposées en 1995 (notre enquête) : ici, nous totalisons les réponses par circuit pour les six éventualités considérées, et divisons par six, ce qui revient à donner le même

- poids à chacune des six hypothèses envisagées ;
 c. recours thérapeutiques de 502 ménages, en 1988 à Dakar, pour des pathologies de tous niveaux de gravité ressentie [2] ;
 d. recours thérapeutiques pour les seules affections jugées sans gravité d'après l'enquête de 1988 [2].

Tableau 1 : Recours thérapeutiques selon les études de 1988 et de 1995

	1995 Circuits effectifs de soins lors de la dernière maladie				1995 Circuits de soins pour les six pathologies éventuelles			
	Recours 1		Recours 1+2		Recours 1		Recours 1+2	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Dispensaire ou centre de santé	244	42,7 %	252	40,4 %	131	33,0 %	144	31,9 %
Hôpital, clinique, médecin privé	190	33,3 %	200	32,1 %	120	30,5 %	143	31,6 %
Auto-traitement à domicile	91	15,9 %	102	16,4 %	109	27,6 % (M : 60 T : 50)	117 (M : 62, T : 12,6 %)	26,1 % (M : 62, T : 55)
Aucun traitement	18	3,1 %	20	3,2 %	7	1,8 %	10	2,2 %
Tradipraticien	13	2,3 %	23	3,7 %	13	3,3 %	18	4 %
Pharmacie privée	5	0,9 %	6	1,0 %	10	2,5 %	12	2,6 %
Autres	10	1,8 %	20	3,2 %	5	1,3 %	8	1,7 %
Total	571	100	623	100	396	100	452	100

	1988 Recours effectifs pour les maladies tous niveaux de gravité confondus		1988 Recours effectifs pour les maladies perçues comme sans gravité	
	N	%	N	%
Dispensaire ou centre de santé	191	38,0 %	115	23 %
Hôpital, clinique, médecin privé	236 H : 126 CP : 110	47 % (H : 25%, CP : 22 %)	45 (H : 0 CP : 45%)	28,9 % (H : 0%, CP : 9%)
Auto-traitement à domicile	5	1 %	161	31 %
Tradipraticien	35	7 %	15	3 %
Pharmacie privée	15	3 %	115	23 %
Autres	20	4 %	55	11 %
Total	502	100	502	100

H= Hôpital; CP=Clinique privée ; M=Moderne ; T=Traditionnel

Ainsi, en 1995, 76 % des malades ont effectivement été traités en premier recours dans une structure médicale moderne, où pratique un médecin ou un infirmier. Le tradipraticien n'a représenté que 2,3 % des premiers recours. Si l'on considère les deux premières étapes successives éventuelles, les professionnels de santé du secteur médical moderne représentent 72,5 % des recours, contre 3,7 % pour le tradipraticien. A noter l'importance de l'auto-traitement à domicile, même si les pathologies décrites, qui ont induit ce dernier circuit thérapeutique, ne justifiaient pas systématiquement, *a priori*, une consultation spécialisée.

Les démarches virtuelles confirment parfaitement ces tendances : le premier recours fait appel au secteur moderne dans près de 80 % des cas, contre près de 16 % au secteur traditionnel. En cumulant les deux premiers recours successifs éventuels, ces proportions restent du même ordre. De même, en premier recours, 66,6 % des répondants se réfèrent à un thérapeute moderne ou traditionnel (3,3 % pour ce dernier) et 25,9 % pratiquent l'auto-médication (moderne ou traditionnelle). Sur deux recours, les taux respectifs sont de 67,7 % et 26,2 %.

En 1988, pour des maladies de tous niveaux de gravité ressentie, le secteur moderne constituait 88 % des recours (85 % dans des structures médicales et 3 % dans les officines pharmaceutiques) ; le tradipraticien représentait 7 % des recours [2].

Déterminants des itinéraires thérapeutiques

La décision quant au choix du circuit thérapeutique emprunté lors du dernier épisode dans le ménage semblerait majoritairement incomber à l'homme (58 % sur l'ensemble des ménages, et 65,7 % au sein des couples mariés). Le paiement des frais engendrés par le circuit thérapeutique est assuré par les hommes dans 66,7 % des cas sur l'ensemble des ménages, et dans 73,5 % des cas au sein des couples mariés. Ceci pourrait contribuer à expliquer qu'ils soient le plus fréquemment ceux qui décident du circuit thérapeutique à suivre. L'étude qualitative incite toutefois à nuancer certaines réponses : l'accord final donné par l'homme consisterait souvent à une simple approbation des propositions faites par la femme. De plus, l'homme étant souvent absent du ménage, la femme est fréquemment amenée à prendre seule certaines décisions, agréées *a posteriori* par le conjoint. Le "pouvoir" décisionnel serait largement lié à la capacité à payer les frais engendrés ; ainsi, si le mari est sans revenu, l'épouse prendra seule les décisions, d'autant plus qu'il lui reviendra d'assumer seule (par de petits travaux, un emprunt, ...) l'ensemble des dépenses.

Les deux déterminants majeurs déclarés pour expliquer le choix du circuit thérapeutique effectivement emprunté sont la gravité (avérée ou perçue) de la maladie et l'argent disponible. Compte tenu du recours prédominant aux services de santé moderne, l'argent disponible intervient probablement dans le choix du secteur (privé/public) et de la structure (hôpital/dispensaire), sans sembler remettre profondément en question cette option. Les déterminants d'ordre non financier (gravité notamment) sont plus fréquemment mis en avant par les scolarisés, les personnes bénéficiant du remboursement des frais pharmaceutiques, et leur évocation croît parallèlement au revenu !

Face aux six situations pathologiques hypothétiques, le moindre recours à la médecine moderne semble surtout le fait des personnes de plus de quarante ans, des non scolarisés, et, de manière plus nuancée, des femmes. Si on considère les groupes de personnes âgées de plus de 40 ans et de personnes non scolarisées, on y remarque que, de façon générale, les femmes ont moins recours que les hommes à la médecine moderne, sauf en cas d'amaigrissement durable, qui constitue un signal d'alarme pour elles plus que pour les hommes.

Le revenu disponible paraît jouer un rôle significatif, puisqu'il modifie totalement les tendances de recours des femmes dans certains cas. Ainsi, par exemple, face à un enfant de moins de 5 ans qui présente des convulsions, le secteur traditionnel est privilégié par les personnes de plus de 40 ans et, globalement, par les femmes, mais le revenu joue un rôle important chez ces dernières. En effet, celles qui ont des revenus supérieurs à 100.000 FCFA élisent le secteur moderne aussi fréquemment que les hommes. De même, alors que l'automédication est privilégiée par les personnes de plus de 40 ans et, globalement, par les femmes, celles qui ont des revenus supérieurs à 100.000 FCFA se réfèrent à un thérapeute aussi fréquemment que les hommes.

De même, l'absence de remboursement des frais pharmaceutiques est un facteur explicatif de moindre recours au secteur moderne dans deux situations. Ainsi, face à un enfant de moins de 5 ans présentant des convulsions, le secteur moderne est jugé prioritaire par toutes les personnes bénéficiant d'un remboursement des produits pharmaceutiques ; il en va de même face à une douleur abdominale.

L'auto-médication moderne ou traditionnelle occupe une place non négligeable (28 % des premiers recours en moyenne sur les six situations hypothétiques, et près de 17 % lors de la dernière maladie survenue effectivement dans le ménage). La priorité donnée à l'automédication en premier recours,

face aux six situations proposées, semble plutôt le fait des femmes (éventuel témoignage de leur expérience des premiers soins dans la famille). Ainsi, par exemple, face à un enfant de moins de 5 ans présentant une diarrhée et des vomissements, les femmes se réfèrent trois fois moins souvent que les hommes à un recours extérieur ; mais, là encore, le rôle du revenu réapparaît : les femmes qui ont un revenu supérieur à 100.000 FCFA s'y réfèrent trois fois plus que les femmes qui ont des revenus inférieurs.

Les choix des ménages de plus de 10 personnes sont contradictoires et pourraient montrer combien la décision est fonction de la gravité perçue de la maladie. Les scolarisés, les personnes à revenus supérieurs à 100.000 F CFA et celles de plus de 40 ans donnent la priorité à l'automédication pour certaines pathologies (par exemple face à un enfant de moins de 5 ans, fébrile et qui tousse).

Ces résultats semblent concorder avec ceux de l'étude menée en 1988 [2]. En effet, les auteurs avaient déjà trouvé les trois mêmes facteurs déterminants : le revenu, le bénéfice d'un remboursement des frais médicaux et/ou pharmaceutiques et le niveau d'instruction. La part du dispensaire décroissait en fonction du revenu (60 % chez les personnes à revenu mensuel inférieur à 50.000 F CFA, 7 % chez celles à revenu supérieur à 300.000 F) au bénéfice du cabinet privé (55 % des personnes à revenu élevé contre 5 % de celles à faible revenu). Le niveau d'instruction intervenait également, même si le secteur public restait prioritaire tant chez les personnes ayant fait des études supérieures (51 % des recours dont 31 % à l'hôpital) que chez les non scolarisées (71 % dont 15 % à l'hôpital) ; par contre, le cabinet privé et la médecine traditionnelle représentaient respectivement 48 % et 0 % des recours de ceux qui avaient fait des études supérieures, à comparer à 9 % et 14 % chez les non scolarisés. Il était enfin lié au bénéfice d'une assurance avec remboursement, au moins partiel, des médicaments (dans l'échantillon, 23 % des ménages étaient dans ce cas) : en cas de maladie grave, ceux qui bénéficiaient d'une couverture totale allaient d'abord au cabinet privé (43 %), puis à l'hôpital (28 %) ou au dispensaire (21,5 %) ; ceux qui ne bénéficiaient d'aucun remboursement choisissaient dans l'ordre le dispensaire (46 %), l'hôpital (23 %), le cabinet privé (16 %), le guérisseur (10 %).

Par ailleurs, les motivations des choix des circuits des personnes interrogées étaient : "endroit approprié pour ce dont vous souffrez" (41 %), qualité des soins (16 %), relations personnelles et recommandations (13 %), "moins cher" (11 %), proximité (9 %), habitude (5 %). Les auteurs notaient que la motivation "moins cher" était le motif le plus fréquent du choix du guérisseur ; "endroit approprié" l'était pour le choix de l'hôpital et du dispensaire ; "qualité"

pour le choix du cabinet privé ; "proximité" pour l'achat ou les conseils en pharmacie ainsi que, secondairement, pour le choix du guérisseur et du dispensaire.

Consommation de produits traditionnels

Près de 50 % des ménages déclarent avoir déjà acheté des plantes médicinales au marché (la question couvrait toute la vie du répondant). La fréquentation de ce circuit croît avec l'âge des individus ; à l'inverse, elle est plus rare chez les personnes à revenus mensuels supérieurs à 100.000 F CFA. Les principaux avantages décrits sont l'efficacité des produits et leur moindre coût ; les inconvénients cités concernent surtout le doute quant à leur dosage. Les cinq principaux symptômes ou maladies pour lesquels ces produits sont acquis sont les douleurs abdominales, l'asthénie, les dermatoses, les parasitoses intestinales, la toux.

L'étude qualitative a identifié certains déterminants de cette pratique : elle est souvent un pis-aller faute de moyens financiers suffisants pour fréquenter le secteur médical moderne ; mais elle est aussi dans certains cas un recours vraiment choisi en raison de la confiance accordée à ce type de thérapeutique, et de sa complémentarité supposée avec la médecine moderne, notamment pour le traitement des maladies incurables ou chroniques, telles que le diabète, l'hypertension artérielle et les dermatoses. Cependant plusieurs répondants ont évoqué leurs réticences à recourir à ces médicaments, non pas qu'ils remettent en cause la médecine traditionnelle elle-même, mais surtout en raison de doutes qu'ils éprouvent en ce qui concerne la manière dont elle est actuellement pratiquée par certains. Ils préconisent une amélioration des pratiques, la définition de dosages précis et de recettes correctes.

En 1988 [2], 55 % de l'échantillon disait utiliser des remèdes traditionnels sous une forme ou une autre, 45 % disant n'y avoir jamais recours. Le recours se maintenait même chez les personnes bénéficiant d'une assurance maladie, traduisant probablement la survivance de l'identité culturelle. Cependant, l'utilisation des remèdes traditionnels était liée au niveau d'instruction, avec un usage plus important chez les moins scolarisés (72 % des non-scolarisés contre 67 % des personnes de niveau du primaire, 43 % de celles du secondaire, 25 % de celles du supérieur). Enfin, une liaison inverse existait avec le revenu : 74 % des ménages ayant des revenus mensuels inférieurs à 50.000 F CFA y recouraient contre 27 % de ceux ayant des revenus supérieurs à 300.000 F CFA.

Les principaux symptômes pour lesquels les gens avaient recours aux produits traditionnels étaient les céphalées, les parasitoses, les asthénies, les maladies

diarrhéiques. Les auteurs notaient la grande diversité des thérapeutiques et des symptômes (pour 276 déclarations, 78 remèdes différents et au moins autant de symptômes répertoriés). De plus, les symptômes pour lesquels les ménages utilisaient des médicaments traditionnelles étaient globalement les mêmes que ceux pour lesquels ils avaient recours à l'auto-médication moderne, à l'exception toutefois des parasitoses intestinales, qui ne faisaient alors que rarement l'objet d'une automédication moderne, et occupaient la deuxième place en automédication traditionnelle. Enfin, les affections pour lesquelles les remèdes traditionnels étaient déclarés aussi -ou plus- efficaces que les médicaments modernes étaient : la "jaunisse", les maladies mentales, les "courbatures", les "maux de ventre", les "rhumes", les parasitoses, le diabète, l'hypertension artérielle, les dermatoses, l'asthme, les maladies respiratoires, et plusieurs maladies chroniques.

Achat de médicaments modernes sur le marché

En 1995, près de 40 % des ménages déclarent avoir déjà acheté des médicaments modernes sur le marché (là encore, la question couvrait toute la vie du répondant). Cette démarche est plus fréquente chez les chefs de famille ayant plus de 6 personnes à charge (sans que le revenu intervienne ici), et moins fréquente chez les personnes à revenus mensuels supérieurs à 100.000 F CFA (malheureusement, il n'est pas possible de comparer directement avec les résultats de 1988) et chez celles qui bénéficient du remboursement des médicaments. Les avantages cités sont le moindre coût, l'efficacité des produits, la proximité, le gain de temps, l'adéquation pour le traitement de "petites maladies". L'inconvénient presque toujours énoncé est le risque d'acheter des produits périmés ou dégradés.

La Nivaquine et l'Aspirine représentent plus de 80 % des médicaments achetés. On note que 9 % des produits acquis sont des antibiotiques, notamment la Terramycine, utilisée en particulier dans le traitement des diarrhées. Les principaux symptômes ou pathologies ayant justifié ce recours sont les céphalées, les parasitoses intestinales, les syndromes fébriles.

L'analyse qualitative montre que les risques liés à cette pratique sont perçus, mais que la faiblesse des revenus ne laisse guère le choix ; et que certains prétendent être en mesure de minimiser le risque. Pour eux, le risque serait variable selon la provenance des produits : les contrefaçons, venant notamment du Nigeria, sont perçues comme particulièrement dangereuses ; au contraire, les médicaments provenant de "coulages" divers du circuit officiel, ou de revente par des particuliers de produits acquis grâce à leur assurance-maladie, sont présentés comme fiables. Directement lié à la provenance, le

risque perçu est variable selon la nature du vendeur : majeur chez les marchands ambulants, moyen sur le marché, faible chez "Keur Serigne Bi" (ce dernier point de vente, situé au centre-ville, accueille des clients venant même de banlieues éloignées). Le risque serait aussi minoré si l'on prend soin de se référer à l'expérience des proches sur tel ou tel type de produit. Enfin, si les répondants ont parfaitement conscience de l'illégalité de ce marché, ils le considèrent comme irremplaçable tant que le système public ne proposera pas une alternative accessible au plus grand nombre ; le pouvoir des marabouts est également évoqué.

En 1988 [2], 22 % seulement des ménages déclaraient avoir acheté des médicaments dans la rue ou sur le marché. Cette pratique était liée au niveau d'instruction : elle concernait 42 % des non scolarisés, 30 % des personnes ayant un degré d'instruction primaire, 8 % de celles ayant un niveau secondaire et 1 % des personnes du supérieur. Elle était également liée au bénéfice d'une assurance maladie : 29 % des personnes sans remboursement, 14 % de celles bénéficiant d'une couverture partielle, et 6 % de celles ayant une couverture totale (les auteurs notaient que, pour les gens bénéficiant d'une couverture partielle des coûts des médicaments, l'achat sur le marché peut se révéler plus économique que le "ticket modérateur" à charge de l'assuré). Elle était enfin liée au revenu : 40 % des ménages aux revenus mensuels inférieurs à 100.000 F CFA y ont recours contre 6 % de ceux gagnant plus de 200.000 F CFA.

Selon les auteurs, ce type de recours s'expliquait tant par un souci d'économie (épargner le prix d'une consultation) que par celui du confort (économiser le temps et la fatigue d'une consultation "où l'on attend et se bouscule").

Achat de médicaments sans ordonnance en officine

En 1995, près de 54 % des ménages ont déjà acquis des médicaments sans ordonnance en pharmacie (on rappelle que la question couvrait toute la vie du répondant). Cette pratique est plus fréquente chez les scolarisés, croît avec le revenu et concerne moins souvent les femmes. Les avantages décrits sont la garantie ou la sécurité ou la compétence, le gain de temps, l'adéquation pour le traitement de "petites maladies", la facilité d'accès. Les inconvénients sont le risque de traitement inapproprié ou l'absence de diagnostic sûr, et la cherté des produits. L'Aspirine, la Nivaquine, les produits pour soins cutanés, le Paracetamol et les antiasthéniques constituent 80 % des achats. A noter 1,9 % d'achat d'antibiotiques.

En 1993-1994 [3] une étude spécifique à l'insu du personnel des officines (enquêteurs se livrant à un jeu de rôles et prétendant avoir à soigner l'une ou

l'autre des trois pathologies suivantes : fièvre d'un adulte avec arthromyalgies ; toux fébrile de l'adulte ; diarrhée chez un enfant de moins de 5 ans) a été menée sur 20 officines tirées au sort (dont 10 dans la région de Dakar). Elle montrait que plusieurs médicaments appartenant à un tableau étaient conseillés sans prescription, notamment des produits censés traiter la diarrhée (anti-infectieux). Plus préoccupante était la quasi-absence de conseils de recours à une consultation médicale, au moins en deuxième intention. Enfin, la réhydratation par voie orale n'était quasiment jamais proposée lors des sollicitations pour un enfant diarrhéique. La moyenne respective des prix des produits recommandés pour les 3 pathologies était respectivement, pour les officines de Dakar, de 931, 1671 et 1115 F CFA.

En 1988 [2] l'étude auprès des ménages et officines de la région de Dakar avait déjà montré que des produits qui ne sont pas en vente libre (produits du tableau A) étaient délivrés sans ordonnance aux malades pratiquant l'automédication (anti-inflammatoires, Rohypnol, Temesta) en dépit de la législation en vigueur. On retrouve ici, parmi les médicaments cités pour être auto-consommés, les antibiotiques, qui évidemment ne devraient aussi être délivrés que sur prescription. On remarque surtout que les médicaments les plus fréquemment auto-consommés sont aussi les médicaments les plus fréquemment prescrits : antipyrétiques et analgésiques (essentiellement acide acétylsalicylique sous diverses formes), puis antipaludéens (chloroquine), et ensuite le groupe des stimulants, vitamines, psychotoniques, enfin les anti-parasitaires intestinaux.

Le complexe symptomatique asthénie-état fébrile arrivait en tête des motifs de demande de médicaments en officine pour automédication; venaient ensuite les céphalées, le "paludisme", les plaies et éruptions dermatologiques, les diarrhées, les gastralgies, les conjonctivites. 70 % de ceux qui recourraient à l'automédication venaient avec une demande préconçue en faveur d'un produit déterminé, tandis que 30 % prenaient conseil auprès du pharmacien. On notait que les produits de l'appareil respiratoire relevaient strictement de l'automédication après conseil du pharmacien, tandis que les antipaludéens relevaient à 87 % de l'automédication spontanée.

Quant au nombre de produits achetés en automédication, 66 % des achats spontanés ne concernaient qu'un seul produit, ainsi que 100 % des achats sur conseil des pharmaciens. En matière de prix, 83 % des demandes ne dépassaient pas un prix unitaire de 1000 F. Globalement, le coût moyen des achats en automédication (500 à 1000 F pour 44 % des achats) était inférieur à celui d'une prescription d'ordonnance (1500 à 2000 F pour 28 % des achats). Enfin, la source principale de l'automédication était une prescription antérieure (48 %);

venaient ensuite les conseils d'amis ou parents (15 %) ou de professionnels de la santé (8 %). La rumeur publique (1 %) et la publicité (0 %) jouaient un faible rôle.

Consultation d'un tradipraticien

52 % des répondants ont consulté un tradipraticien au moins une fois dans leur vie. Cette pratique croît avec le nombre de personnes à charge (indépendamment du revenu) mais décroît quand s'élève le niveau de scolarisation. Les avantages décrits sont l'efficacité, le moindre coût et la complémentarité avec la médecine moderne. Les inconvénients énoncés sont les dosages douteux, le risque de rencontrer des charlatans (ce risque serait minimisé en consultant un thérapeute recommandé par un proche), et les erreurs de diagnostic. Par ailleurs, les 10 premiers symptômes ou maladies pour lesquels les personnes interrogées pensent que les médicaments à base de plantes sont intéressants sont les dermatoses, les douleurs abdominales, les maladies pneumologiques ou de la sphère ORL, les ictères, les diarrhées, l'asthénie, l'hyper-tension artérielle, le diabète, les syndromes fébriles, les parasitoses intestinales.

Acquisition et consommation des médicaments prescrits

73 % des ménages déclarent qu'ils ont intégralement acquis les médicaments prescrits sur la dernière ordonnance, plus encore lorsque le revenu mensuel est supérieur à 100.000 F CFA, mais surtout chez les bénéficiaires du remboursement des produits pharmaceutiques. Si l'argent disponible est insuffisant, les principaux recours sont l'aide ou l'emprunt, l'achat partiel ou différé. Acheter l'ordonnance est vécu comme un impératif, et de multiples démarches -parfois longues- seront entreprises pour réunir la somme nécessaire. En cas d'achat partiel, les critères de choix sont les conseils du pharmacien ou du prescripteur, et l'achat des médicaments "plus efficaces" (cette expression masque une grande pluralité de sens : conseils des professionnels cités, expériences antérieures de certains produits, ...).

L'étude de 1988 révélait également que 73 % de l'échantillon déclarait avoir pu acheter les trois dernières ordonnances en une seule fois ; seule une très grande faiblesse du revenu constituait un obstacle à l'acquittement des frais. Si le montant de l'ordonnance était jugé trop élevé, 42 % recherchaient l'argent par tous les moyens, 28 % attendaient d'avoir l'argent, 2 % renonçaient à l'achat.

Par ailleurs, 78 % des enquêtés avaient acheté l'intégralité des médicaments prescrits pour toute la durée du traitement, 15 % n'avaient acheté qu'une partie

des médicaments prescrits, et 5 % avaient acheté tous les médicaments mais pour une partie de la durée du traitement. Pour un achat partiel, 12 % effectuaient leur choix en fonction du coût des produits (33 % chez les personnes à revenus mensuels inférieurs à 50.000 F CFA), 37 % faisaient leur sélection en fonction de l'efficacité -réelle ou supposée- des produits, 11 % achetaient les médicaments qu'ils jugeaient les plus utiles, et 26 % faisaient confiance au conseil de leur pharmacien.

En cas d'insolvabilité, les recours possibles étaient, par ordre décroissant : les parents, avec un recours plus de deux fois supérieur chez les catégories à faibles revenus que chez les catégories privilégiées ; l'employeur, surtout pour les faibles revenus ; les achats à crédit (IPM¹ ou crédit du pharmacien), étaient surtout le fait des personnes ayant des revenus compris entre 100.000 et 200.000 F CFA.

Enfin, 45 % des personnes interrogées déclaraient avoir interrompu le traitement en cours, et cette proportion était indépendante du niveau de revenu ; par contre, l'observance croissait avec le niveau d'instruction. 60 % des personnes qui interrompaient prématurément le traitement le faisaient car elles estimaient aller mieux. A l'issue du traitement, 93 % des personnes gardaient le reste des médicaments à leur domicile, pour leur usage personnel ou pour les donner à des proches qui pourraient en avoir besoin.

Impact, en 1995, de la dévaluation du FCFA sur les modalités de soins

Un an après la dévaluation du franc CFA, 43,5 % des ménages déclarent avoir changé leur manière de se soigner. La fidélité au circuit antérieur croît avec le revenu, et elle est particulièrement importante chez les personnes bénéficiant du remboursement des produits pharmaceutiques. Les principaux changements déclarés sont l'impossibilité d'acheter tous les médicaments prescrits, le moindre recours aux structures modernes et la plus grande fréquentation de la médecine traditionnelle. Les raisons de ces changements sont, pour 83 % des ménages, d'ordre financier. Pour ceux qui n'ont pas modifié leur circuit, les raisons données sont les moyens financiers ou la couverture médicale qui le permet, "la santé avant tout", la satisfaction produite par le circuit antérieur.

L'étude qualitative a permis de préciser certains points. La solidarité sociale, à laquelle il était fait appel pour une aide ponctuelle ou un emprunt est actuellement en diminution très significative (impact des difficultés financières). Les difficultés -notamment d'accès aux soins- existaient déjà bien avant la

¹ Institut de Prévoyance Maladie, à laquelle toutes les entreprises d'une certaine taille sont obligées d'adhérer et de cotiser pour leurs salariés.

dévaluation, mais cette dernière a encore aggravé la situation ; elle a non seulement renchéri le prix des médicaments, mais aussi celui des autres biens essentiels pour les ménages (la nourriture, notamment), conduisant à de difficiles arbitrages en cas de maladie. Les changements sont plus souvent imposés par les contraintes économiques que véritablement désirés ; ainsi certains déclarent être conduits à se tourner vers la médecine traditionnelle alors qu'ils n'ont en elle qu'une confiance relative. Les femmes se déclarent les premières victimes de la dévaluation, parce qu'elles doivent fréquemment assumer une bonne part des dépenses quotidiennes en dépit des contraintes nouvelles.

Connaissance et pratique des alternatives facilitant l'accès aux médicaments

L'existence des médicaments génériques déconditionnés, moins coûteux, mis en place dans les officines en 1994, est peu connue du public (19,5 % des ménages) et peu utilisée (9,9 %). La connaissance de ces produits est plus fréquente chez les personnes bénéficiant du remboursement des médicaments (sans doute à cause de leur plus grande fréquentation des officines), chez les scolarisés et les personnes vivant depuis plus de 10 ans dans la région de Dakar. L'achat effectif de ces produits est plus fréquent chez les personnes résidant à Dakar depuis plus de 10 ans, et particulièrement rare (indépendamment du revenu) dans les familles où il y a plus de 10 personnes à charge.

A l'inverse, l'"Initiative de Bamako", qui a été renforcée en 1993-1994 à Dakar, est bien connue du public (80,8 % des ménages), qui a déjà eu, de plus, majoritairement accès (64,6 %) aux médicaments commercialisés dans ce cadre. Sa connaissance est plus fréquente chez les personnes résidant depuis plus de 10 ans dans la région de Dakar, et croît avec les revenus. L'achat de ces produits est plus fréquent chez les personnes résidant depuis plus de 10 ans dans la région de Dakar. A l'inverse, les personnes bénéficiant du remboursement des médicaments y recourent particulièrement peu (au bénéfice probable des pharmacies).

Selon les données qualitatives, les pharmaciens sont perçus par plusieurs intervenants comme dépourvus d'objectivité, donnant des conseils essentiellement "techniques" et rarement "économiques" ; les médicaments moins chers seraient ainsi rarement proposés. Le dénigrement, par un pharmacien, des médicaments génériques déconditionnés a été également évoqué.

Bien que les gens soient informés des processus mis en place dans les dispensaires, le recours n'y est pas encore systématique pour deux raisons essentielles :

d'une part des habitudes ont été prises dans d'autres formations sanitaires (dispensaires privés catholiques notamment) et, d'autre part, les dispensaires publics doivent retrouver la crédibilité que les pénuries répétées de médicaments et l'accueil parfois désobligeant ont sérieusement entachée. Cette deuxième raison a également été signalée lors de l'enquête démographique et de santé au Sénégal : les personnes interrogées dans ce cadre ont signalé, parmi les principaux problèmes qu'elles rencontrent pour se soigner auprès des services de santé publiques, l'inexistence des soins de santé ou des médicaments (dans 17 % des cas), et le mauvais accueil (dans 11 % des cas) [4].

Conclusion

On ne peut qu'être frappé, à la lecture de ces résultats, de la stabilité des tendances : prédominance du secteur moderne dans les circuits thérapeutiques, fort attachement des consommateurs à honorer et à respecter au mieux l'ordonnance prescrite dès que les moyens financiers le leur permettent, attachement aux médicaments modernes, claire conscience des risques auxquels expose le recours au marché parallèle, néanmoins très fréquenté en raison de ses prix. Ces tendances montrent tout le soutien que trouverait dans la population une véritable politique d'approvisionnement en médicaments essentiels, génériques chaque fois que possible, prescrits et fournis à tous les malades au coût le plus bas. C'était bien là l'un des principes de l'Initiative de Bamako, à côté de la rationalisation des prescriptions, du recouvrement des coûts, et de la participation de la population aux décisions concernant sa santé. L'accessibilité, garantie et durable, des médicaments essentiels devrait déjà, à elle seule, réduire l'attrait du marché informel du médicament. Il y a beaucoup à faire pour parvenir à cette accessibilité, et c'est plus difficile, parce que de très grands intérêts privés sont en cause ! Il faut aussi, évidemment, lutter contre le détournement, par les professionnels de santé, des médicaments de l'Initiative de Bamako vers le marché informel ! Dans les deux cas, le pouvoir politique devrait faire prévaloir les intérêts de la santé publique sur les intérêts privés : en est-il vraiment capable ?

Bibliographie

1. Banque Mondiale : Sénégal, Examen des dépenses publiques, janvier 1993, 136 p.
2. ENDA : La consommation de médicaments à Dakar, contribution à une politique des médicaments essentiels, Dakar, mars 1988 (non diffusé).
3. Ministère de la Coopération : Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique, Paris, 1996.
4. Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan, Direction de la Prévision et des Statistiques, Division des statistiques démographiques : Enquête démographique et de santé au Sénégal (EDS II) 1992/3, Dakar, Sénégal.

CHAPITRE 11

Les "pharmaciens ambulants" de Niamey : les logiques d'une alternative thérapeutique populaire

par Laurent CHILLIO

La vente informelle de produits pharmaceutiques est actuellement un phénomène commun à de nombreux pays d'Afrique [1][2][3][4]. Au Niger, il est difficile de la considérer simplement comme une activité marginale ; elle n'est pas non plus clandestine. Tant en milieu rural qu'en milieu urbain, elle ne se distingue pas, dans la pratique, de l'ensemble des autres petits commerces du secteur informel : colportage, emplacements fixes sur les marchés et fréquentation des principaux lieux commerçants. Les conséquences d'un tel phénomène sont préoccupantes en matière de santé publique tant au niveau de la qualité des produits que de la compétence des vendeurs-prescripteurs [5][6].

L'analyse que nous proposons de ce phénomène vise à déterminer les logiques qui ont mené à sa popularité actuelle. Les données proviennent d'enquêtes qualitatives que nous avons menées lors de deux séjours de 8 et 7 mois entre 1994 et 1996, puis d'un autre en janvier-février 1998, principalement en milieu populaire songhay-zarma, dans des quartiers périphériques de Niamey (principalement Lazaret et Yantala). Par ailleurs des entretiens ont été menés auprès d'une dizaine de revendeurs, ainsi qu'auprès de responsables et de personnels au sein de quelques pharmacies et formations sanitaires, et certains des propos recueillis sont utilisés dans notre commentaire (voir en annexe la liste des symboles désignant nos interlocuteurs).

La faible couverture sanitaire et pharmaceutique en milieu rural fait de celui-ci un terrain privilégié pour les revendeurs. Mais au-delà des problèmes d'équipement et de disponibilité en médicaments, l'existence de ce marché parallèle révèle une inadaptation des politiques sanitaires au contexte local en matière d'accès. Cela est parfaitement évident en milieu urbain et notamment à Niamey : bien que la capitale bénéficie d'une concentration importante des infrastructures sanitaires et d'un réseau pharmaceutique solide, le commerce informel y est pourtant florissant.

Nous décrirons d'abord le système pharmaceutique national et des modalités d'accès au médicament à Niamey, et ensuite les caractéristiques du marché parallèle, pour parvenir à déterminer, à travers l'analyse de ses principaux rouages, différentes logiques sociales qui y sont à l'oeuvre.

Le système pharmaceutique national et l'accessibilité du médicament

Au Niger, le système pharmaceutique est resté aux mains de l'Etat jusqu'à la fin des années 80 : un Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques (ONPPC) créé en 1962, bénéficiant d'une gestion autonome et du monopole d'importation, était chargé de "mettre le médicament à la portée géographique et économique de toute la population nigérienne" [7], d'une part en créant un réseau de pharmacies "populaires" (publiques) sur l'ensemble du territoire (il n'existait alors qu'une seule officine à Niamey) et d'autre part en approvisionnant l'ensemble des autres circuits privés ou publics assurant la diffusion des produits (pharmacies, hôpitaux, formations sanitaires, armée, ministères, entreprises...). En 1972, cet office se lance dans la production avec la fabrication de solutés massifs, puis de comprimés, de sels de réhydratation orale, de préparations officinales [8]. Il se dote parallèlement d'un Laboratoire de Santé Publique et d'Expertise (LANSPEX), qui sera bientôt désigné par l'OMS, en 1986, comme laboratoire de référence pour les pays d'Afrique de l'Ouest.

Cependant l'ONPPC connaît depuis près de dix ans d'importants problèmes de fonctionnement. L'Etat, son principal client, n'a pu assurer le paiement régulier de ses commandes. A son tour, l'Office, incapable de respecter les délais de paiement¹, a perdu la confiance de ses fournisseurs [8]. Il bénéficie depuis d'une augmentation importante de l'aide extérieure. A l'heure actuelle, une restructuration de l'ONPPC est engagée. Elle vise à constituer ses principaux secteurs d'activités (LANSPEX, production, grossiste-détaillant) en 3 entités autonomes.

C'est principalement à partir de 1988 que se développa le secteur privé, avec la multiplication d'officines pharmaceutiques privées². La fin du monopole d'importation ayant été officiellement décrétée en août 1997, deux grossistes privés sont actuellement sur le point de s'installer : Central-Pharm et Copharni.

La crise de l'ONPPC a eu de graves conséquences sur l'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires [8]. Depuis maintenant plusieurs

¹ Au lendemain de la dévaluation, les dettes de l'ONPPC auprès de ses fournisseurs s'élevaient à près de 1,8 milliards de francs CFA.

² Cette multiplication des pharmacies privées a été officiellement encouragée depuis 1987 par le Programme d'Appui à l'Initiative Privée et à la Création d'Emplois (PAIPCE) géré par le Ministère du Plan et financé par le FMI et la Banque Mondiale. Destiné initialement aux jeunes diplômés, il est rapidement devenu une occasion pour les fonctionnaires de se lancer dans le secteur privé (en y investissant leurs indemnités de départ).

années, elles connaissent des périodes fréquentes de pénurie. Ceci a notamment conduit à l'abandon de la politique sanitaire nationale de gratuité des soins : désormais, dans les formations sanitaires publiques, on délivre de façon quasi-systématique des ordonnances, dont le coût moyen en 1992 s'élevait à 3529 francs CFA (soit environ 1/6ème du salaire minimum), un des plus élevés en Afrique de l'Ouest [9]. Par ailleurs, des expériences de recouvrement des coûts (Initiative de Bamako) se généralisent peu à peu dans l'ensemble du pays, essentiellement dans les zones rurales. Dans les grandes agglomérations, et particulièrement à Niamey, la situation est jugée moins urgente jusqu'à présent : les facilités d'approvisionnement et l'équipement sanitaire important, dont bénéficie la capitale par rapport au reste du pays, multiplient les possibilités d'accéder aux médicaments. En février 98, le recouvrement des coûts commençait à être appliqué dans la commune 3 de Niamey, la moins équipée sur le plan sanitaire.

Niamey (550 000 habitants, soit environ 6% de la population nationale) bénéficie, comme toute grande agglomération africaine sur le plan sanitaire, d'une forte concentration du personnel de santé (en 1992, 1 médecin pour 8541 habitants contre 1 pour 35085 au niveau national ; 1 infirmier pour 809 habitants contre 1 pour 4005 à l'échelle du pays) [10] et de nombreuses infrastructures privées (cliniques, cabinets médicaux, salles de soins...) et publiques : en 1992, la capitale possédait deux des trois hôpitaux nationaux, les principaux centres de références (Maternité Centrale, Centre National de Santé Familiale, Centre National antituberculeux, Centre Anti-Lèpre), 16 dispensaires de quartier, 9 Centres de Soins Maternels et Infantiles, 7 maternités [11].

La concentration des officines dans la Communauté Urbaine de Niamey (CUN) est d'autant plus marquée qu'elles sont encore très peu nombreuses dans le pays (70 pharmacies en février 1998)³. C'est au cours des dix dernières années que cette situation s'est créée, avec le développement des officines privées : alors que l'Etat avait créé un réseau pharmaceutique public relativement homogène sur l'ensemble du territoire (48 officines dont 8 à Niamey en février 1998), 20 des 22 officines privées créées depuis 1988 se sont installées dans la capitale. Celle-ci regroupe ainsi 28 des 70 pharmacies du pays et en compte seulement 5 dans ses quartiers périphériques.

Face à l'incapacité croissante de l'Etat à assurer seul l'approvisionnement du pays en médicaments, les officines privées ont pris le relais et permis d'obtenir une plus grande disponibilité en médicaments. Cependant, cela ne concerne que Niamey et ne profite finalement qu'à une certaine frange de la population

³ A titre de comparaison, en 1994 le Sénégal en comptait 240, le Mali 179 et le Bénin 86 [12].

compte tenu des prix pratiqués dans ces pharmacies: en 1994, en moyenne 36% plus élevés que dans les pharmacies populaires [12]. Le problème de l'accessibilité (économique et géographique) reste alors entier avec un accroissement des inégalités entre milieu urbain et rural mais également au sein même de la capitale entre les couches sociales plus ou moins aisées. La situation sanitaire d'ensemble séduisante de Niamey, avec une forte concentration des infrastructures et du personnel, masque un problème réel d'accès au traitement biomédical en milieu populaire.

C'est cette réalité, ce dysfonctionnement du système pharmaceutique et sanitaire, qui s'expriment notamment par l'actuelle popularité de la vente informelle de médicaments. Le secteur informel constitue en effet une alternative thérapeutique qui, par ses modalités d'accès, permet de se soustraire aux "contraintes" qu'impose l'appareil biomédical en place.

La vente informelle des médicaments

On ne peut pas fournir des données très précises quant à l'évolution et à l'ampleur actuelle du marché parallèle. Dans un village du département de Tillabery, nous avons dénombré en 1998 une vingtaine de revendeurs fixes, au moins, et plusieurs colporteurs, tous régulièrement présents sur le marché hebdomadaire ; cet effectif était identique à celui qui avait été relevé en 1995. A Niamey, un tel dénombrement des revendeurs n'a pu être envisagé compte tenu de leur importance.

Cependant, déjà en 1987, "l'importance de l'achat incontrôlé de médicaments au marché" était signalé dans une enquête sanitaire nationale : elle représentait environ 15% des recours (sur un échantillon de 1822 personnes) [13]. A l'époque, semble-t-il, "seuls le Sédaspir et l'Aspro étaient illégalement vendus dans les marchés et chez le 'tablier' du coin" [6]. Mais la multiplication récente des produits proposés constitue un indice d'une évolution rapide : alors qu'en 1993, 37 produits différents étaient recensés sur les marchés de la capitale [6], en 1996 nous avons pu en dénombrer plus de 60.

Le "Grand Marché", une des principales places commerciales de la capitale, se présente comme un haut lieu du commerce informel de médicaments qui comptait, lors de notre dernière visite, pas moins de sept "grossistes" regroupés en plein centre du marché. Proposant des quantités importantes de produits divers, ils sont le principal point de ravitaillement des revendeurs de Niamey, mais également des nombreux particuliers qui viennent là se procurer leurs produits.

Trois grands modes d'approvisionnement du marché parallèle du médicament peuvent être définis :

- un approvisionnement "sauvage" ou ponctuel, qui provient de l'écoulement, par les anciens malades vers les revendeurs, des produits restant non utilisés au terme de leur traitement ; si ce mode d'acquisition est assez fréquent, il représente toutefois une petite quantité des médicaments disponibles sur le marché parallèle ;

- un détournement "semi-organisé" depuis le système de santé publique : ce sont des produits provenant des formations sanitaires, des pharmacies ou de l'ONPPC, dérobés par le personnel ou bien à son insu ; ces détournements peuvent être plus ou moins importants (allant d'une partie des stocks de l'ONPPC⁴ à quelques boîtes dans les dispensaires et pharmacies) et plus ou moins réguliers (si les vols à l'ONPPC restent rares, les petits détournements par le personnel de santé sont fréquents) ;

- une diffusion massive, à partir du Nigeria (une frontière de plus de 1000 km sépare les deux pays), de produits provenant principalement de laboratoires pharmaceutiques nigériens, européens, asiatiques... L'invasion de ces médicaments, élargissant considérablement la gamme de ceux déjà distribués, est telle depuis plusieurs années que les produits ont peu à peu été désignés en milieu local comme les "médicaments du Nigeria" : "Avant l'arrivée des médicaments du Nigeria, c'était ceux de la pharmacie qu'on allait acheter, on les avait à des prix abordables et il n'y avait pas besoin d'ordonnance" (témoignage de Si ; voir en annexe la liste des informateurs, qui seront désignés dans le texte par un pseudonyme de deux lettres).

Le Nigeria est actuellement un des principaux fournisseurs du secteur pharmaceutique informel ouest-africain, avec le Ghana et la Gambie [3][14]. La plus grande liberté du marché du médicament dans les anciennes colonies britanniques peut être à l'origine d'un marché clandestin plus important [15].

Cependant, de longue date, le Niger et le Nigeria entretiennent d'importantes relations économiques (officielles et surtout informelles). Le rôle qu'y jouent certains riches commerçants haoussa, les *alhazai*, a été décrit par Grégoire : acteurs économiques puissants, ils "sont désormais reconnus tant par l'Etat que par les organismes internationaux, si bien qu'il n'est plus possible de

⁴ En 1993, un vol à l'ONPPC (51 millions de francs CFA de médicaments). En 1995, d'autres vols importants y ont eu lieu ainsi qu'au centre antituberculeux et à l'hôpital (informations recueillies auprès de la police judiciaire).

définir une politique sans tenir compte de leur influence" [16]. Le fait que ce marché parallèle ait prospéré jusqu'ici en toute impunité rend au moins plausible le rôle de tels commerçants dans l'acheminement des médicaments depuis le Nigeria jusqu'au Niger⁵. Pour la plupart des agents de santé et des pharmaciens interrogés, l'implication de tels opérateurs économiques ne fait aucun doute : "nous sommes arrivés à une situation où le monopole de ces médicaments même est détenu par certains grands commerçants, également politiciens, qui sont dans un système qui les couvre : on ne peut pas les toucher" (Ph).

Les différents modes d'approvisionnement décrits fournissent au marché parallèle une gamme diversifiée de remèdes : produits génériques et spécialités pharmaceutiques distribués en officines ou dans les formations sanitaires et produits acheminés depuis le Nigeria (trafic international, contrefaçons, fabrications locales) dont il est finalement impossible d'attester la qualité⁶. Ces produits, proposés dans leurs conditionnements d'origine, en plaquettes ou à l'unité relèvent de familles thérapeutiques diverses :

- les antalgiques sont de loin les plus nombreux : outre des produits tels que Efferalgan®, Sedaspir®, Aspro®, Aspirine UPSA® ou Paracetamol Robert®⁷, beaucoup de médicaments en provenance du Nigeria, proposés dans des petits conditionnements comprenant généralement des plaquettes de 4 comprimés (Procold®, Coldcap-Corhinza®, APC+®, Medik®, Mixagrip®, Fluxedin®...);
- les antibiotiques (gélules de Tétracycline, Ampicillin®, TAO®, Totapen®, Bactrim®) sont également très courants ;
- on note également la présence d'anti-inflammatoires (Nifluril®), d'anti-parasitaires (Nivaquine®, Flagyl®), de corticoïdes (Dexamercortin®, Topgel®)⁸.

⁵ Au Sénégal, Fassin signale que la vente illicite de médicaments est principalement gérée par la confrérie mouride qui, de même, tenant un rôle primordial dans l'économie et la politique du pays, n'est pas véritablement inquiétée [3].

⁶ Des contrôles effectués en 1993 ont montré que parmi les 7 produits les plus rencontrés sur le marché parallèle, 2 étaient non conformes (caractères organoleptiques douteux et sous-dosage) [6]. Cependant une étude réalisée au Nigeria signale : "it is estimated that 60-70% of all drugs in Nigeria are either counterfeit or contain only a fraction of the declared strength. Consequently, drugs manufactured in Nigeria are banned in Ghana, Sierra Leone, Côte d'Ivoire and other West African countries" [17]. En fin de compte, un contrôle rigoureux devrait être systématique et continu ; il est aujourd'hui irréalisable.

⁷ Les marques de produits citées dans le texte sont celles que nous avons le plus fréquemment rencontrées sur les étals et les présentoirs des revendeurs.

⁸ Il est difficile d'estimer la présence des produits psychotropes, leur variété et leur importance. En fait, il paraît cependant peu probable qu'ils relèvent des réseaux de vente informelle des médicaments. Conscients de la fragilité de son activité et de la répression sévère (et effective) à laquelle il devrait faire face en diffusant des psychotropes, un des "grossistes" auprès duquel nous avons pu nous entretenir au Grand marché insista sur l'intérêt qu'ils avaient à protéger leur marché de l'introduction de tels produits.

La popularité actuelle de certains produits se traduit notamment par la généralisation de leurs appellations locales. Ce sont, pris au hasard, parmi les plus connues : *madam nda muse* (du français "madame et monsieur")⁹ pour le Procold®, un antalgique ; *tupay*, également connu dans les pays voisins [4] pour les gélules (rouge et jaune) de tétracycline provenant du Nigeria, vendues déconditionnées dans des petits sachets ; le nom *tupay*, s'étend aujourd'hui à la plupart des produits en gélules ; "deux couleurs" pour le Bodrex®, antalgique, pastille bicolore également appelée "5 minutes" en référence aux effets qu'on lui assigne.

La distribution de ces médicaments emprunte les mêmes réseaux que ceux qui diffusent les produits de consommation courante : il est ainsi possible d'y accéder auprès de nombreux petits vendeurs ou "tabliers", que ce soit sur les marchés ou leurs alentours, dans les rues commerçantes, les lieux publics ou devant les établissements administratifs. A Niamey la vente par colportage est de loin la plus développée¹⁰. Pratiquant fréquemment cette vente de manière exclusive, les colporteurs, *talle-talle-izey* (*talle* : vendre en colportant, *izey* : enfants) font véritablement office de représentants de ce commerce informel. Munis de leur présentoir sur lequel sont disposés les produits, ils sillonnent l'ensemble des quartiers de la capitale. La plupart des revendeurs-colporteurs ne sont pas originaires de Niamey : issus de zones rurales, jeunes pour la plupart, peu ou pas scolarisés, beaucoup pratiquent ce commerce comme une activité saisonnière.

Cependant, cette distribution relève d'une multitude de petits réseaux fondés sur une appartenance villageoise ou familiale¹¹. L'entrée dans la vente informelle se fait généralement par l'intermédiaire d'un parent ou d'un ami du village qui a «réussi» dans ce domaine et dont on veut suivre la trace. L'apprentissage des noms des produits, de leurs indications, de leurs prix...se fait donc "sur le tas", en accompagnant "l'aîné" dans ses tournées. De fait, le revendeur est plus qu'un simple commerçant, il tient également le rôle de «prescripteur» et de conseiller. Il lui arrive fréquemment de proposer un diagnostic ou de conseiller l'achat de tel ou tel produit en fonction de l'affection pour laquelle on le sollicite. Par ses renseignements, il attire vers lui une clientèle plus grande, et illégitime en même temps ses connaissances et compétences.

⁹ L'emballage est illustré, de part et d'autre, d'un homme et d'une femme se tenant la tête entre les mains.

¹⁰ La situation en zone rurale est différente, la vente s'effectuant principalement au rythme des marchés.

¹¹ Il n'est pas exclu que le développement rapide de ce phénomène ces dernières années au Niger, avec l'afflux important de revendeurs, ait conduit à une démultiplication d'un unique réseau initial.

Modalités d'adaptation de la vente informelle au contexte local

Telle qu'elle se présente à Niamey actuellement, cette vente incontrôlée des médicaments a donc pris place aux côtés des autres petits commerces du secteur informel qui, bien que non légalisés, restent tolérés. La généralisation de ce phénomène apparaît comme le résultat de l'accessibilité de plus en plus réduite des produits distribués par les circuits officiellement reconnus.

En acheminant le médicament hors des infrastructures biomédicales, elle le dégage du même coup des différentes conditions et formalités qui permettent d'y accéder. Si ces conditions s'avèrent nécessaires en raison des dangers que représente l'emploi de nombreux produits, ou pour assurer une prise en charge sérieuse des malades, en milieu populaire, elles s'imposent en réalité souvent comme des contraintes difficiles à assumer. Ces contraintes, principalement économiques ou simplement pratiques, sont également d'ordre culturel.

Sur le plan économique, le coût des traitements est un obstacle évident. Le système sanitaire a substitué aux médicaments qu'il fournissait autrefois gratuitement, dans ses centres de soins publics, des ordonnances parfois coûteuses, à exécuter auprès des officines privées installées en ville. En 1992, le prix moyen d'une ordonnance représentait déjà environ 1/6ème du salaire minimum [9] ; en 1994, juste après la dévaluation, il se situait entre 2800 et 3200 francs CFA [12]. Il est souvent difficile de réunir une pareille somme à partir des budgets familiaux. Dans de telles conditions, l'attitude commune est de "déposer" l'ordonnance en attendant de trouver la somme nécessaire, ou bien de trier, à la pharmacie, les produits de l'ordonnance les plus accessibles (et pas forcément les plus indiqués), en fonction des moyens dont on dispose.

Cette situation a conduit peu à peu, si ce n'est à une baisse de la fréquentation des dispensaires, du moins à leur discrédit. "Aujourd'hui aller au dispensaire est une peine perdue, parce qu'il n'y a plus rien, seulement des ordonnances, et les médicaments reviennent chers" (A). "Mais aujourd'hui que va-t-on faire au dispensaire ? Même si on y va on ne trouve rien, seulement la maison en banco... Lorsqu'il y avait des médicaments, quand les gens s'y rendaient, ils guérissaient ; ce n'est pas comme maintenant où il ne reste que les murs, maintenant il n'y a plus rien, quoiqu'il arrive, la personne reste à mourir chez elle !" (H).

Au-delà de l'obstacle économique important que représente l'ordonnance, de tels propos rendent compte également d'une conception locale du dispensaire. L'image qu'a aujourd'hui le dispensaire apparaît comme l'effet combiné d'une

longue politique de soins de santé gratuits et de conditions de consultation peu accueillantes : longue attente, négligence du personnel, consultations expéditives [13]. Progressivement, il est devenu un lieu de distribution gratuite de médicaments, beaucoup plus qu'un centre de consultation à proprement parler¹². Comme le médicament a progressivement disparu, le recours au dispensaire est alors fréquemment perçu aujourd'hui comme inutile.

Face à cette "anomalie" du système de santé, le recours à l'informel constitue pour beaucoup une solution alternative. En s'insérant progressivement dans le réseau des petits commerces, la vente informelle s'accommode des habitudes de consommation locales et évacue les formalités qui ponctuent la procédure officielle actuelle d'accès au médicament. Le réseau étendu de colporteurs couvrant l'ensemble de la capitale, mais aussi la présence de revendeurs sur les marchés et leurs alentours, dans les rues commerçantes, les lieux publics ou devant les bâtiments administratifs, facilitent considérablement l'accès. Ils permettent d'éviter les allées et venues entre dispensaires et pharmacies. Mais les modalités de vente sont plus encore déterminantes dans l'accessibilité. Proposés à l'unité ou en plaquettes, les produits peuvent être obtenus à des sommes facilement déboursables (ex. tétracycline ou *tupay* : 25 FCFA la gélule ; Flagyl®, : 25 FCFA le comprimé ; Efferalgan® : 75 FCFA le comprimé). La vente à l'unité et la suppression de certains frais de conditionnement permettent d'abaisser les prix. En outre, en cas d'achats plus importants, il est toujours possible de négocier avec le revendeur.

On perçoit donc comment ces avantages tant économiques que pratiques dans le recours à la vente informelle ressortent de son adaptation aux comportements sociaux relatifs à l'échange en milieu local.

Il ne faut pas croire que, pour autant, la vente informelle ne serait pas rentable. Si les prix pratiqués à l'unité sont attractifs, ils sont en fait très élevés par rapport aux prix des boîtes de génériques affichés dans les pharmacies populaires. Ainsi une boîte de 20 comprimés de tétracycline en générique coûte 280 FCFA ; une boîte de 40 comprimés de métronidazole s'élève à 440 FCFA. Par conséquent, la vente informelle de médicaments procure d'importants bénéfices, ce qui explique à la fois l'intérêt qu'y portent de grands commerçants protégés et une foule de jeunes revendeurs.

¹² Fainzang rend compte de cette conception locale du dispensaire au Burkina-Faso (milieu Bisa) en notant la corrélation entre la fréquentation du dispensaire et la présence ou non de médicaments, les périodes d'affluences coïncidant avec l'arrivée de nouvelles commandes [18]

D'autres raisons socio-culturelles interviennent favorablement dans le choix de recourir au marché parallèle, en particulier les conditions de l'interaction soignants/soignés. L'analyse menée par Jaffré et Prual révèle les types de difficultés qui peuvent se manifester à l'occasion de cette interaction [19]. Travaillant auprès des sages-femmes, ils décrivent la "position inconfortable" qu'elles occupent, partagées entre le respect de codes sociaux et l'application de leurs compétences professionnelles, générant souvent une profonde insatisfaction chez les parturientes. Si le contexte de l'accouchement est particulièrement riche en occasions d'incompréhension, on en trouve beaucoup également au cours des consultations dans l'ensemble des formations sanitaires. Les conceptions de la santé et de la maladie en milieu local ne correspondent pas forcément à celles de la biomédecine : des "entités nosologiques populaires" modèlent les compréhensions et attitudes des malades [20][21]. Le peu d'attention accordé à ces conceptions au sein des centres de soins génère notamment des problèmes de communication et d'intercompréhension importants qui n'encouragent pas le patient à s'y présenter.

Ceci explique en partie la tendance générale à se rendre en premier lieu chez les représentants de la médecine locale : au-delà de la plus grande efficacité que l'on assigne, pour de nombreux troubles, au traitement «traditionnel», l'interaction soignant/soigné se déroule de manière plus souple, moins conflictuelle, car elle repose sur des conceptions de la maladie que l'un et l'autre partagent. Or, les conditions de l'interaction lors du recours à la vente informelle ne sont, à ce niveau, pas différentes. En effet, les revendeurs articulent sans difficulté les thérapeutiques qu'ils proposent aux représentations populaires de la maladie. Gommant ainsi les écarts existant entre les conceptions traditionnelles et biomédicales de la maladie et des traitements, ils évacuent par conséquent problèmes d'intercompréhension et tensions fréquemment posés dans l'interaction infirmier/malade au sein du dispensaire.

Cette connivence presque immédiate sur fond de complicité culturelle est illustrée par l'expérience¹³ qui consista, au cours de nos enquêtes, à consulter au hasard une trentaine de revendeurs pour des cas de *weyno* et de *yeyni* (maladies aux contours imprécis affectant le ventre et se manifestant par des troubles variés : douleurs abdominales, diarrhée, hémorroïdes, gonflements, douleurs articulaires...) [21]. Pratiquement chaque fois, un médicament fut délivré sans que les revendeurs aient besoin de demander plus d'explications sur la maladie. Bien sûr, la quête de bénéfices suscite certainement un tel empressement. Mais les entretiens avec les revendeurs sur les indications pour lesquelles ils délivrent

¹³ Grâce à la complicité d'un enquêteur nigérien qui se prêtait au rôle du client, permettant une situation d'interaction plus crédible aux yeux des revendeurs.

les produits qu'ils détiennent, révèlent par ailleurs, que si elles réfèrent souvent à des symptômes tels que maux de tête, *bon* ("tête") *doori* ("douleur"), ou maux de ventre, *gunda* ("ventre") *kuubi* ("tordre"), ou bien diarrhée, *gunda* ("ventre") *kar* ("frapper"), ou encore *farga* ("fatigue"), elles renvoient également, directement, à des noms de maladie du tableau nosologique local tels que *weyno* ou *yeyni* n'ayant pas toujours d'équivalent dans le champ nosographique biomédical¹⁴.

Ces remarques se croisent avec les raisons évoquées par les consommateurs utilisant ces médicaments : "J'achète ces produits, je les achète pour le *weyno*, pour les maux de ventre, aussi pour les maux de tête" (Aj) ; "On les prend pour la fièvre (*konni*), les maux de tête (*bon sari*), les coliques (*gunda kuubi*), la dysenterie (litt. "marcher-marcher" : *dira-dira*), la diarrhée (*gunda kar*), le rhume (*hungum*), les vers du ventre (*nooni*)" (H) ; "Je les prends pour la fatigue; je sais que c'est le *weyno* qui provoque ça des fois, mais je les prends pour la fatigue, pour le rhume aussi" (B) ; "Daga®, je le bois lorsque le *yeyni* rend tout mon corps douloureux" (M).

Ainsi, dans l'interaction entre revendeurs et clients, les écarts entre normes culturelles locales et normes biomédicales sont considérablement et soigneusement masqués. Là, représentations populaires de la maladie et schémas thérapeutiques biomédicaux se combinent et donnent lieu à des interactions beaucoup plus souples entre le malade et son "traitant".

D'autre part, s'adresser à un revendeur (personnellement ou par un intermédiaire) permet de préserver un certain anonymat. On évite d'avoir à exposer publiquement son problème, particulièrement en cas de maladie "honteuse". On se soustrait aux regards des autres patients ainsi qu'à la confrontation, parfois difficile, à l'agent de santé.

A travers la gamme des produits qu'elle propose, antalgiques et antibiotiques principalement, la vente informelle semble satisfaire par ailleurs une demande spécifique. En effet, le rythme de la vie en ville, les activités particulières qui y sont menées prédisposent à certains problèmes de santé : fatigue, maux de têtes, douleurs en général... mais également surmenage, stress. Les discours que tiennent les professions spécifiquement urbaines (ex. chauffeurs de taxi, employés de bureaux) sont explicites : "Aujourd'hui, les dispensaires n'ont

¹⁴ Par exemple, presque chaque fois les gélules de tétracycline ou d'ampicilline nous ont été présentées comme des "médicaments du *weyno*" (*weyno safarey*) ; celles d'indométacine comme des "médicaments du *yeyni*" (*yeyni safarey*).

plus rien, c'est chez les 'tabliers' que nous allons acheter. Lorsqu'on voit ceux qui portent les *kini*¹⁵, on va à leur rencontre, on leur demande ceux qui donnent la force, ils les prennent et nous les donnent" (Hs). Ainsi, la grande diversité sur le marché parallèle d'antalgiques perçus comme ces produits qui "donnent la force" : *lahiya vites*, "la santé en vitesse", "5 minutes"... n'est pas fortuite. De même, les grandes quantités d'antibiotiques tels que *tupay* doivent leur popularité aux vertus nombreuses qu'on leur assigne : *tupay* est utilisé pour des problèmes très divers (maux de ventre, diarrhée, blessures, maladies vénériennes, *weyno*...). "Les *tupay*, on les prend seulement pour la fièvre et pour les problèmes de constipation" (S) ; "*Tupay*, ça soigne le *weyno*, les blessures (*bii*), les maladies vénériennes (litt. "maladies de femmes" : *weyborey doorey*), les maux de tête, et même les maux d'yeux (*moo doori*). Les *tupay* soignent très bien tout ça" (Hs). "*Tupay*, il n'y a rien qu'ils ne puissent guérir, ils guérissent tout" (Si).

La vente informelle de médicaments à Niamey tire principalement son succès populaire de son adaptation au contexte local. En s'insérant dans le jeu des relations qui animent le petit commerce, elle favorise un accès plus économique mais également plus pratique : elle évacue les contraintes liées au système biomédical, contraintes qui s'illustrent notamment à travers la rédaction de l'ordonnance (démarches qu'elle impose, prix coûteux des produits). Mais elle offre aussi, et peut-être surtout, une passerelle entre l'offre biomédicale et le système de représentations populaires de la maladie qui semble également jouer en sa faveur. Elle contribue ainsi à une véritable émancipation¹⁶ vis-à-vis des procédures d'accès à l'appareil biomédical et entretient la pension, déjà forte en milieu local, à s'automédiquer.

Les liens entre licite et illicite

Si le marché parallèle des médicaments apparaît comme une réponse aux difficultés d'adaptation du système de soins, nous voudrions, pour conclure, montrer par quelques exemples comment ce dernier se présente, paradoxalement, comme une des conditions de son maintien et de son développement.

Un premier exemple illustre cette relation à travers la reconfiguration sur le plan local des orientations d'une politique sanitaire. Il renvoie à la première expérience de participation communautaire en matière de santé au Niger,

¹⁵ Tous les produits qui se présentent sous la forme de comprimés sont désignés par *kini* (du français "quinine" en milieu local).

¹⁶ Cf. le «"liberating" power» dont parlent Whyte & Geest S. : «... pharmaceuticals objectify the healing art of physicians and make it into something that can be used by anyone. Pharmaceuticals break the hegemony of professionals and enable people to help themselves»[22]

c'est-à-dire la création d'équipes de santé villageoises (ESV), dès 1964, afin d'assurer une couverture sanitaire minimum dans les villages éloignés des formations sanitaires : formation de matrones pour la prise en charge des accouchements, formation de secouristes disposant de trousse pharmaceutiques (aspirine, chloroquine, charbon, mercurochrome...) pour la dispensation des premiers soins. Ces agents, désignés par les populations villageoises, exerçaient leurs activités bénévolement, et le renouvellement des médicaments était assuré grâce aux recettes obtenues de leur vente. Si l'originalité de cette expérience a suscité un certain enthousiasme, assez naïf à vrai dire, à ses débuts [23], en fait elle s'est vite avérée "défaillante" avec le désistement progressif de nombreux secouristes. Le manque d'encadrement ainsi que le statut de bénévoles de ces agents de santé villageois, dont l'activité implique en outre une réduction du temps réservé aux travaux agricoles, constituent les principales raisons des abandons.

Ainsi, paradoxalement, c'est cette politique qui a contribué, et dans une mesure importante semble-t-il, au développement du marché parallèle des médicaments : en effet, de nombreux ex-secouristes ont vu les avantages qu'ils pourraient retirer de cette activité s'ils l'exerçaient à leur propre compte. Possédant une "carte de secouriste" qui leur donnait le droit de dispenser des soins et de vendre des médicaments, ils pouvaient donc mener cette activité en "indépendants" de manière quasi-légitime (ils n'avaient théoriquement le droit de délivrer que les médicaments de la trousse pharmaceutique ; en pratique, la gamme fut rapidement élargie) et bénéficier en outre d'avantages lors de l'achat des produits (remise de 20% dans les pharmacies populaires). "J'ai fait trois mois de formation, après on m'a donné une carte. Tu sais, si tu as une carte de secouriste, si tu pars à la pharmacie, on te fait une remise"(R).

De fait, les secouristes sont aujourd'hui souvent considérés comme les principaux instigateurs de la vente informelle de médicaments. "Les premiers à avoir introduit les médicaments qu'on appelle maintenant du Nigeria, ce sont d'abord les secouristes et finalement comme c'est un commerce qui a commencé à fleurir pour eux, d'autres aussi ont pris l'exemple" (F). "Certains ont reçu la formation de secouriste... en partant de leur nom de secouriste, ils en ont alors profité pour vendre n'importe quoi ; j'en ai vu qui, lorsque tu leur dis, te sortent leur carte de secouriste" (Bki).

Le cas de la politique des ESV, à travers sa reconfiguration en contexte local, fournit un exemple particulièrement représentatif des liens qui s'élaborent entre marché parallèle et champ sanitaire. Mais de tels rapports sont perceptibles à bien d'autres niveaux. Ainsi, par exemple parmi les revendeurs, on trouve également d'anciens personnels subalternes des formations sanitaires,

notamment d'anciens manoeuvres qui mettent à leur profit les connaissances acquises durant leur service. "Je suis resté dans un dispensaire, là-bas je nettoyait les plaies, je donnai des petits soins, je faisais les pansements jusqu'au jour où j'ai vu qu'il n'y avait pas d'avenir là-dedans, j'ai alors abandonné pour faire du colportage" (RC1).

La situation à laquelle les agents de santé de l'État (accumulation des arriérés de salaires ces dernières années) doivent faire face aujourd'hui les incite à se tourner vers ce type de pratiques qui restent cependant le plus souvent occasionnelles. Si, au village, il s'agit souvent de corruption pure et simple, par le monnayage de traitements ordinairement gratuits (les personnels de santé bénéficient du monopole des soins et des remèdes biomédicaux dans un rayon de plusieurs km), à Niamey, la multiplicité des possibilités de recours rend plus difficile l'application de telles "amendes". Mais les bénéficiaires peuvent être tirés d'autres formes de détournements : l'administration de soins à titre privé, en dehors du service, la fourniture en médicaments et/ou de fausses ordonnances aux revendeurs. Ainsi, l'un de ces derniers explique : "Si j'ai trouvé l'ordonnance, je passe à la pharmacie...il y a les docteurs qui font les injections au marché, c'est là-bas que je trouve l'ordonnance, chez les anciens docteurs-là" (RC2). De même, les agents des pharmacies populaires peuvent obtenir certains profits personnels, par la revente de boîtes dérobées, à l'occasion, dans les rayons de l'officine.

Dans le secteur pharmaceutique privé, des enjeux différents (réalisation du chiffre d'affaire, concurrence) orientent vers des pratiques qui, elles aussi évidemment illicites, sont justifiées de façon plus subtile : on va jusqu'à évoquer l'intérêt de la santé publique ! Ainsi, lors d'un entretien, le personnel d'une officine privée, tout en condamnant les "pharmaciens ambulants" affirme : "la plupart des produits sont du Nigeria, mais ils prennent quelques produits chez nous (...) On essaie de raisonner certains, mais d'autres ne nous écoutent même pas. Toujours est-il qu'on leur a vraiment conseillé de venir prendre chez nous plutôt que d'aller prendre au Nigeria, parce que ces produits ne sont vraiment pas fiables (...) On leur donne des indications sur la plupart des produits, les contre-indications, c'est à eux de donner ça à leur clients et de savoir comment les utiliser" (CPh). Selon cette logique, le personnel légitime certaines pratiques de délivrance illégales au sein des officines, mais il légitime par la même occasion l'activité des revendeurs eux-mêmes qui, dans la mesure où ils diffusent des produits de qualité, tombent "moins" dans l'illégalité.

On se rend compte alors combien la situation privilégiée de la capitale (concentration du personnel et des infrastructures) devient favorable à l'activité des revendeurs. Sans pour autant déceler une "articulation des modes de

production" entre formel et informel [13], des connections diverses s'établissent entre ces deux formes de "prise en charge" de la santé, ou plutôt de prise en mains du marché de la santé. Ainsi, la vente informelle des médicaments ne doit pas être appréhendée comme un phénomène constitué en marge du champ sanitaire officiel : les interrelations entre les deux, qu'il s'agisse de causes, de complicités, de bénéfices partagés, sont fermement établies, l'officiel et l'informel ont partie liée !

Conclusion

S'il est difficile d'estimer précisément l'ampleur de ces activités à Niamey, les enquêtes menées tant auprès de la population, qu'auprès des personnels de santé, des agents des pharmacies ou des revendeurs de médicaments attestent de leur fréquence, au point que la baisse de la rentabilité de leur activité, due à l'importance de l'offre à Niamey, est un thème aujourd'hui récurrent dans le discours des revendeurs !

Les risques que représente un tel phénomène pour la santé publique ne peuvent être sous-estimés, d'autant plus qu'il constitue aujourd'hui une opportunité thérapeutique dont les modalités d'accès favorisent la popularité. En effet, en s'inscrivant dans les pratiques d'échanges populaires (en s'adaptant du même coup aux conditions économiques et socio-culturelles), la vente informelle se présente comme une véritable solution aux problèmes d'accessibilité que posent les procédures et formalités du système sanitaire. Niamey constitue un cadre d'observation privilégié où, malgré la présence d'un appareil biomédical imposant, le marché parallèle a connu ces dernières années un développement inquiétant. C'est également là que les diverses relations d'interdépendance entre le secteur "officiel" de la santé et la vente informelle de médicaments sont les plus évidentes : la concentration du personnel de santé et la densité des infrastructures constituent autant de sources potentielles de son approvisionnement.

Ainsi, si Niamey bénéficie d'un certain privilège en matière de santé actuellement, il est, pour beaucoup, dans les possibilités qu'offre la ville d'accéder plus facilement aux remèdes (et aux soins) biomédicaux à travers les marchés et réseaux parallèles. Mais est-ce vraiment alors un privilège ?

Informateurs cités :

(A) : Aïssata, ménagère à Lazaret.

(Aj) : Ajara, ménagère à Lazaret.

(B) : Boubakar, manoeuvre.

(Bki) : infirmier du dispensaire de Boukoki.

(CPh) : entretien collectif avec le personnel d'une pharmacie privée de Niamey.

(F) : fonctionnaire à la Direction Départementale de la Santé.

(H) : Hawa, ménagère à Yantala.

(Hs) : Hassan, habitant de Lazaret.

(M) : Mariama, ménagère à Yantala.

(Ph) : pharmacien privé de Niamey.

(R) : revendeur au Grand Marché.

(RC1) : revendeur colporteur de Niamey.

(RC2) : revendeur-colporteur de Niamey.

(S) : Soumeyla, commerçant.

(Si) : Siddo, chauffeur de taxi.

Bibliographie

1. CHILLIO L., 1996 : La vente informelle de produits pharmaceutiques au Niger : une réponse au problème d'accès aux médicaments au Niger, Programme de recherche : concepts et conceptions populaires relatifs à la santé, à la souffrance et à la maladie (Sahel Ouest-Africain), ORSTOM-EHESS-CNRS, Bulletin n° 4 : 93-108.
2. GEEST S. Van Der, 1982 : The illegal distribution of western medicines in developing countries : pharmacists, drug pedlars, injection doctors and others. A bibliographic exploration, *Medical Anthropology*, 4 : 197-219.
3. FASSIN D., 1985 : Du clandestin à l'officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal. *Cahiers d'Études Africaines*, 25 (98) : 161-177.
4. PRADERVAND P. 1985 : « Tupaye » : a medical wonder. *Health Action International News*, 21 : 1-2.
5. FASSIN D., 1986 : La vente illicite des médicaments au Sénégal : Conséquences pour la santé des populations, *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 79 (4) : 557-570.
6. AMADOU NIANDOU A., 1994 : Marché parallèle des médicaments au Niger : exemple de la communauté urbaine de Niamey, Thèse de Pharmacie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.
7. Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques, 1994 : Réflexion et analyse sur l'avenir de l'ONPPC, version 04, multigraphié.
8. CREDES, 1992 : Étude sur l'extension du système de distribution des médicaments, Projet Santé Banque Mondiale, Ministère de la Santé Publique du Niger. Rapport n° 2.
9. HAMADOU A., 1992 : Étude sur la prescription médicamenteuse à Niamey, Thèse de Doctorat, Université des Sciences de la Santé de Niamey, Niger.
10. Ministère de la Santé Publique/Organisation Mondiale de la Santé, 1994 : Carte Sanitaire du Niger (Profil des départements et des districts sanitaires), République du Niger.
11. Ministère de la Santé Publique, 1994 : Plan National de Développement Sanitaire du Niger, 1994-2000, République du Niger, multigraphié.
12. Ministère de la Coopération/Organisation Mondiale de la Santé, 1996 : Le secteur pharmaceutique privé commercial en Afrique, Coll. Rapports d'Études.
13. Projet Tulane, 1987 : Enquête nationale sur l'utilisation des services de santé, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales du Niger, Cellule de Planification, multigraphié.
14. GEEST S. Van Der, 1988 : The articulation of formal and informal medicine distribution in South Cameroon, The context of medicines in developing countries, van der Geest S. & Whyte S.R. (eds), Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, The Netherlands, pp. 131-148.
15. FASSIN D., 1992 : Pouvoir et maladie en Afrique, Paris, PUF.

16. GREGOIRE E., 1990 : Le fait économique haoussa, *Politique Africaine*, n° 38 : 61-67.
17. ALUBO S.O., 1994 : Death for sale : a study of drug poisoning and deaths in Nigeria, *Social Science and Medicine*, 38 (1) : 97-103.
18. FAINZANG S., 1985 : La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina, *Sciences Sociales et santé*, 3 (3-4) : 105-128.
19. JAFFRE Y., PRUAL A., 1994 : Midwives in Niger : an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints, *Social Science and Medicine*, 38 (8) : 1069-1073.
20. ORSTOM-EHESS-CNRS, 1995-96 : Quelques entités nosologiques populaires, Programme de recherche "Concepts et conceptions populaires relatifs à la santé, la souffrance et à la maladie (Afrique de l'Ouest), *Bulletins* n° 1 à n° 5.
21. OLIVIER DE SARDAN J.P., 1994 : La logique de la nomination. Les représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger, *Sciences Sociales et Santé*, 12 (3) : 15-45.
22. GEEST S. Van Der, WHYTE S.R., 1989 : The charm of medicines : metaphors and metonyms, *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (4) : 345-367.
23. BELLONCLE G., FOURNIER G., 1975 : Santé et développement en milieu rural africain, *Réflexion sur l'expérience nigérienne*, Paris, Les Éditions Ouvrières.

**SI L'ON CHERCHAIT A MISER SUR LES INNOVATIONS QUI SE
PRODUISENT SOUS NOS YEUX.....**

Il faut se défaire de l'idée que l'Etat s'occupe de la santé publique et de toute la santé publique. Certes, l'Etat a conservé le monopole de l'acquisition de l'aide extérieure, donc naturellement il la répartit et en tire pour lui-même le bénéfice maximum. Mais, en matière de santé, la politique de l'Etat est faite par des professionnels qui sont sous le contrôle de leurs confrères (les grands patrons des hôpitaux d'enseignement d'un côté, les représentants des confrères installés en clientèle de l'autre), et par des hommes politiques dont beaucoup ont fait leur fortune dans le commerce des biens et services médicaux et qui, tous, ne s'intéressent à la santé que si elle leur permet de montrer à leur clientèle électorale que le parti et le gouvernement s'occupent vraiment bien de leurs braves populations. Il est donc grand temps de comprendre que la politique du ministère de la santé publique consiste essentiellement à préserver les intérêts des professionnels de la santé, alors qu'une politique de santé publique, à proprement parler, viserait à satisfaire les intérêts des malades, ce qui est toute autre chose. Certains bailleurs, découragés par la gabegie qui caractérise la gestion de l'aide qu'ils apportent à ce secteur, commencent à le comprendre, mais ils ne vont pas jusqu'à abandonner l'Etat à son triste sort, parce que l'Etat reste un très précieux gendarme !

Mais, dans le secteur de la santé lui-même, beaucoup d'innovations préfigurent ce que pourrait être une prise en charge responsable et démocratique des problèmes de santé, ce que le modèle bureaucratique des services publics de santé a précisément en horreur. Nous nous tournons donc ici vers la société civile, qui petit à petit va se constituer en Afrique, et dont on voit déjà à la fois les promesses et les faiblesses. D'autres travaux ont déjà décrits certains aspects de ce mouvement d'innovations dans le secteur de la santé – notamment le réapparition de la médecine de campagne, la création de centres de santé gérés par des associations de quartier, à but non lucratif¹ –, et donc nous nous concentrerons ici sur d'autres aspects de ce même mouvement, tous dans cette partie concernant l'expérience ivoirienne récente.

D'abord, pour que l'on n'entretienne pas trop d'illusions sur les mérites de la libéralisation forcenée, nous verrons ce qu'on peut attendre de la médecine d'entreprise.

Puis, comme le ministère ivoirien de la santé s'est lancé dans une expérience vraiment originale de création de formations sanitaires urbaines communautaires, cette expérience sera examinée sous deux angles importants :

¹ J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Karthala, 1997, 435 p.

1) la gestion privée à but non lucratif de ces formations qui restent sous la tutelle de l'administration est-elle viable ?

2) que signifie cette expérience en ce qui concerne le rôle de l'Etat et ses rapports avec la société civile précisément ? On se demandera aussi, à l'aide d'une enquête ivoirienne, ce qu'on peut attendre du savoir des malades sur leur maladie.

Enfin, étant donné que le SIDA a modifié l'image de la médecine moderne dans l'opinion, et donc les rapports de force entre le corps médical et les divers groupes sociaux, on examinera le rôle que peuvent jouer les associations de malades, les priorités qu'expriment ces malades et leur signification en termes de changement social, avant de considérer la question toujours actuelle de savoir qu'attendre vraiment des guérisseurs.

CHAPITRE 12

Qu'attendre des dispositifs de prise en charge médicale des salariés dans les entreprises ? l'exemple d'Abidjan

par Laurent AVENTIN et Yvan GUICHAOUA

La mise en oeuvre de la médecine du travail dépend à la fois des obligations faites aux employeurs d'organiser des services médicaux d'entreprise, de la volonté et de la nécessité pour les chefs d'entreprise de s'exécuter, et des moyens existant pour contrôler et faire respecter le droit des employés en la matière. La loi ivoirienne (Code du Travail) et la Convention Collective Interprofessionnelle contraignent les entreprises à prendre un large éventail de mesures relatives à la santé de leurs employés. Les employeurs doivent notamment fournir obligatoirement à leur main-d'oeuvre certaines prestations : prévention, soins immédiats en cas d'accident, visites médicales régulières... Une première interrogation porte sur le respect par les employeurs des prescriptions juridiques en matière de santé, sur l'organisation et l'efficacité des services de santé abrités par les entreprises ivoiriennes. Notons que les questions d'environnement du travail, c'est à dire les conditions d'hygiène et de sécurité, ne font pas l'objet de notre propos (sur ce sujet, on peut consulter [1]). Nous nous intéressons spécifiquement à la couverture médicale des employés et aux services médicaux d'entreprise.

Il existe en Côte-d'Ivoire, un "établissement public géré selon les règles du droit privé" [2], chargé de la protection sociale des salariés : la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Elle intervient auprès des travailleurs, soumis au Code du Travail, exclusivement dans trois domaines : les prestations familiales, la retraite, les accidents du travail et maladies professionnelles (liste limitative dans le Code de la Prévoyance Sociale, articles 42 à 44 du décret modifié du 24 février 1957¹). Pour les dépenses de santé, l'Etat ivoirien ne garantit aux travailleurs du secteur privé et à leur famille

¹ Une mise à jour de cette liste doit être prochainement publiée, tenant compte notamment des infections auxquelles est exposé le personnel médical

aucun système de prise en charge collective. Les entreprises constituent donc de fait, un lieu privilégié où s'échafaudent des dispositifs collectifs de couverture des risques médicaux pour les travailleurs. Ce domaine demeure pour une large part, inexploré. Comment ces dispositifs se sont-ils constitués ? Comment sont-ils organisés ? Quels en sont les bénéficiaires ? Quels risques couvrent-ils ? Dans quelles proportions ? Combien coûtent-ils ? Le présent chapitre ne donnera pas à ces multiples questions des réponses définitives. Il vise néanmoins à éclairer la manière dont l'employeur et les agents se sont arrangés, à l'échelon de la firme, pour supporter collectivement, partiellement ou totalement, les risques relatifs à la santé.

L'analyse d'un tel sujet dépend étroitement des données actuellement disponibles ; peu nombreuses, les enquêtes et la littérature sur le sujet font défaut. C'est la raison pour laquelle, notre analyse repose sur deux enquêtes complémentaires :

1. En 1995, nous avons réalisé à Abidjan une enquête auprès de 30 entreprises (annexe 1) à propos de leurs services médicaux. Sélectionnées aléatoirement parmi les 250 établissements abidjanais les plus grands par leur nombre d'employés, les questionnaires étaient administrés aux médecins d'entreprise, le cas échéant au directeur ou à un cadre supérieur compétent. Cette enquête (ci-après enquête A) donne en particulier des informations sur les attributions des services médicaux d'entreprise, le personnel médical et paramédical ainsi que sur le niveau de couverture des employés selon leur catégorie socioprofessionnelle.
2. Une étude réalisée en 1997 par l'ENSEA et l'ORSTOM auprès de 108 grandes entreprises abidjanaises (annexe 4) permet d'approfondir la question de la participation de l'entreprise aux dispositifs de santé pour les travailleurs [3]. Des notes complémentaires prises lors des entretiens ont permis de préciser l'ampleur des contributions de l'employeur à la santé des employés (cette source est désignée ci-après comme l'enquête B).

A. Les services médicaux d'entreprise

Le décret 65-210 du 17 juin 1965 [4] fixe les modalités d'exécution de l'obligation faite à l'employeur d'assurer un service médical ou sanitaire à ses travailleurs. Ce décret, relativement ancien, est donc en application dans le pays depuis 30 ans à la date de nos premières enquêtes. Cela signifie aussi que cette contrainte n'est pas nouvelle et qu'elle devrait être appliquée depuis longtemps pour les entreprises les plus anciennes.

Quelles sont les obligations faites à l'employeur ? Les chapitres I à IV du décret précédemment cité déterminent les attributions du médecin, du personnel infirmier et sanitaire de l'entreprise. Mais ce sont les chapitres VI et VII qui retiennent notre attention : le premier classe les entreprises par taille d'effectifs en ce qui concerne les moyens minima imposés en matière de personnel médical et sanitaire, le second définit ces moyens minima en installation et en matériel sanitaire imposés aux établissements (nous synthétisons ces dispositions en annexe 2).

Ainsi les services médicaux d'entreprise et les obligations qui s'y rattachent varient selon la taille en effectif des établissements : plus les employés sont nombreux, plus les contraintes imposées sont rigoureuses. Dépendent par exemple de la taille, la présence ou non d'un médecin vacataire ou permanent, la présence ou non d'une infirmerie et la répartition des salles de soins ainsi que le nombre d'employés paramédicaux. La médecine du travail en Côte d'Ivoire a cette particularité d'être non seulement préventive, mais également curative pour des pathologies qui ne sont pas nécessairement professionnelles, les textes restent d'ailleurs largement évasifs sur cet aspect ([4] ch. II, section III, art. 6).

Par contre l'employeur n'a aucune obligation de fournir les produits pharmaceutiques à ses employés, ni même de participer financièrement au coût des médicaments prescrits, à l'exception des produits contenus dans la boîte à pharmacie et destinés aux premiers soins ([4], voir annexe 2). Seuls les soins "urgents et de première nécessité" ainsi que l'alimentation du travailleur soigné sur place sont à la charge de l'employeur, de même que son évacuation vers un complexe sanitaire ou hospitalier adapté aux soins requis.

Estimation du nombre de services médicaux d'entreprise opérationnels en Côte d'Ivoire

Les observations faites dans cet article valent pour une frange réduite de l'ensemble des entreprises ivoiriennes : celles qui constituent conventionnellement le "secteur moderne". Y figurent les établissements normalement enregistrés auprès de l'inspection du travail et des lois sociales, et surtout de la CNPS. La première des difficultés consiste à recenser le nombre d'entreprises ou d'individus soumis à la législation sur la médecine du travail. En Côte-d'Ivoire, en 1992, le salariat des entreprises modernes regroupait 232 000 employés [5] pour une population active s'élevant à 4,6 millions d'individus. Pour les entreprises non enregistrées auprès de la CNPS, les modes de prise en charge des travailleurs par leurs employeurs ne sont pas connus, pas plus d'ailleurs que les droits et obligations réciproques des parties du contrat du travail.

Les moyens de la médecine du travail en Côte d'Ivoire

Il n'existe cependant aucun recensement officiel des établissements respectant les obligations sur les services médicaux d'entreprise. De même, d'après un haut responsable de la médecine du travail en Côte d'Ivoire, il n'existe aucune étude, aucun rapport annuel, susceptibles de donner une vue panoramique de l'état de la sécurité ou de l'hygiène et des services médicaux d'entreprise en Côte d'Ivoire. Selon cette personne, il n'existe pas non plus de fichier recensant les médecins d'entreprise exerçant dans le pays. Les services de la médecine du travail rencontrent d'importantes difficultés dans la collecte de l'information et plus encore dans le contrôle de l'application des dispositions légales ; ils se plaignent de manquer de moyens : véhicules disponibles par intermittence pour couvrir tout le pays, très peu de personnel, pas d'antenne en province. Par conséquent, l'activité de ce service se limite bien souvent à la rédaction de propositions de textes, de nouveaux décrets d'application tenant compte notamment des dernières recommandations et conventions du Bureau International du Travail (BIT) en matière de sécurité, d'hygiène et de médecine du travail, alors que les informations de base nécessaires aux orientations potentielles de la politique sanitaire sur le lieu de travail sont inconnues. Quelques rares visites en entreprise sont parfois effectuées au cours desquelles quelques conseils et recommandations sont délivrés ; lorsque des infractions sont constatées, la direction de la médecine du travail "rappelle à l'ordre" les contrevenants par courrier mais ne dispose d'aucun moyen de contrainte ni de répression.

Globalement, la direction de la médecine du travail manque de moyens humains et matériels pour accomplir sa mission. Son ministère de tutelle, d'après un responsable de la médecine du travail, ne tient pas compte de ses requêtes pour des raisons essentiellement budgétaires. Depuis 1989, des réductions drastiques du budget ont eu lieu, et la direction est devenue sous-direction, pour redevenir une direction en 1996. Cette direction ne dispose que d'une dizaine d'agents, qui ont pour mission de faire respecter leurs obligations par les entreprises, de former les médecins du travail et d'inspecter les services médicaux d'entreprise.

Le personnel médical et paramédical sur le lieu de travail

L'enquête A, dont les résultats sont présentés en annexe 3, a permis de répertorier la présence ou le passage d'un médecin en entreprise, la fréquence de ses passages s'il est vacataire, le nombre de l'effectif infirmier et de comparer l'emploi du personnel de santé au nombre d'employés total de chaque établissement. On a constaté que trois entreprises (10 % de l'échantillon)

n'emploient pas de médecins, même vacataires : les employés doivent donc se rendre en consultation à l'extérieur ; ces mêmes établissements n'ont d'ailleurs pas d'infirmier, ni d'infirmier, malgré l'obligation pour toute entreprise d'assurer un service médical ou sanitaire à ses travailleurs. Par ailleurs, deux autres établissements employant entre 100 et 249 employés devraient, d'après les dispositions du chapitre VI du décret de 1965, bénéficier des services permanents d'un infirmier. Les entreprises de moins de 100 salariés doivent également recourir au concours périodique d'un infirmier, ce qui n'est pourtant pas systématiquement le cas. Au total 6 cas (20% de l'échantillon étudié) ne répondent pas aux obligations concernant la présence de personnel médical et infirmier. Il faut rappeler que cet échantillon ne compte aucun établissement de moins de 60 employés, et que ce sont les entreprises les plus petites de cet échantillon qui ne répondent pas aux obligations légales. Les trois établissements les plus importants respectent tous les minima imposés tant au niveau du personnel qu'au niveau des infrastructures (on a constaté à deux reprises la présence d'une salle d'accouchement et une salle de mise en observation avec du petit matériel chirurgical).

43 % des entreprises de l'enquête A emploient un médecin vacataire. Or, rien dans les textes ne précise la fréquence des passages du médecin en fonction par exemple du nombre d'employés par établissement. Le concours périodique d'un médecin est obligatoire pour les entreprises employant entre 250 et 749 employés (annexe 2). Ce manque de précision pour un effectif variant du simple (250) au triple (750) laisse une grande marge de manoeuvre aux employeurs. Les passages du médecin vacataire varient de "deux fois par mois" à "une fois tous les jours".

Bien que nous n'ayons aucune information permettant de juger de l'efficacité d'un médecin du travail en fonction du nombre de consultations par jour ou du nombre d'employés par établissement, nous savons pertinemment que le temps accordé à chaque patient est très variable selon les cas. Un médecin pressé travaillant dans 5 ou 6 établissements différents, et assurant en outre ses consultations en cabinet, ne peut avoir la même efficacité en termes de prévention, de diagnostic et de traitement qu'un médecin exerçant dans une seule entreprise et y passant chaque jour. L'entreprise 6 de l'étude A est composée de trois unités, dont deux d'environ 300 employés, chacune bénéficiant d'un médecin à temps complet. Chacun de ces médecins reçoit en moyenne 15 personnes par jour, ce qui représente 80 % des patients ; les 20% restant ont généralement affaire aux infirmiers pour des pathologies bénignes et passagères (maux de tête, fatigue...). Ce rapport est inversé dans d'autres entreprises de même taille, où 80% des patients sont vus par un infirmier, le médecin vacataire, faute de temps, n'examinant que les cas les plus urgents lors de ses passages.

Le manque de disponibilité du médecin envers ses patients est en fait régulé, avec l'accord du médecin, par du personnel infirmier qui fait face aux besoins en effectuant les diagnostics avec les connaissances qu'il a et en prescrivant ou en fournissant les traitements qu'il juge appropriés. Bien que proscrites par la loi, ces pratiques ont été constatées dans plus de 50% des établissements employant un médecin vacataire ; il existe cependant des limites, généralement définies par le médecin lui-même en fonction de la gravité des pathologies, à l'intervention du personnel infirmier.

B. Les formes de participation des entreprises aux dépenses de santé des travailleurs

Après avoir étudié les moyens mis à la disposition des employés en matière de santé sur le lieu de travail, nous nous intéressons maintenant aux conditions de financement des frais médicaux pour les bénéficiaires. Il s'agit donc, lorsqu'ils existent, d'examiner les différents types de couverture médicale disponibles et d'en étudier les caractéristiques et les conditions.

Quelles entreprises participent ?

La grande majorité des entreprises, d'après l'enquête B, contribue, d'une manière ou d'une autre à la couverture des frais médicaux de leurs employés. 78 % des unités disposent d'une formule de prise en charge pour tous leurs cadres; elles sont 11 % à n'aider qu'une partie de leur personnel d'encadrement (les directeurs ou les expatriés). De plus, 60 % des établissements proposent des prestations à tout leur personnel non-cadre. Parmi ces non-cadres, il existe très peu de discrimination fondée sur la catégorie d'emploi : agents de maîtrise, employés, ouvriers qualifiés ou non, sont dans la presque totalité des cas logés à la même enseigne (six entreprises seulement opèrent des distinctions). D'après les personnes enquêtées, les cadres ont la possibilité de négocier leurs avantages sociaux individuellement, alors que les non cadres doivent se soumettre aux exigences de l'employeur. Nous exposerons donc successivement la situation des cadres et le traitement réservé aux non-cadres. Nous avons pu croiser les variables "participation aux frais médicaux des cadres" et "participation aux frais médicaux des non-cadres" avec d'autres variables : chiffre d'affaires annuel, effectifs employés pour l'année 1996 et branche d'activité.

Il en ressort par exemple que les entreprises les plus grosses (chiffre d'affaires supérieur à 20 milliards FCFA en 1996) contribuent toutes au financement des dépenses de santé de leurs cadres. Leurs prestations, en outre, s'adressent à tous les cadres uniformément (ce qui n'est pas vrai pour les autres avantages sociaux : voiture de fonction, logement...). Les entreprises de plus petite taille

ont probablement moins de moyens : seules les trois quarts d'entre elles participent à la prise en charge de tous leurs cadres. Elles sont aussi plus sélectives : en-deçà d'un milliard de chiffre d'affaires annuel, elles sont 30 % à n'aider qu'une partie de leur personnel d'encadrement. Le choix des effectifs employés, comme critère de taille, donne des résultats similaires : la quasi-totalité des entreprises qui offrent une aide différenciée à leurs cadres ont moins de 50 salariés permanents (ces entreprises constituent un peu moins de la moitié de l'échantillon de l'enquête B).

Par ailleurs, les politiques de couverture des dépenses de santé des cadres varient selon la branche d'activité considérée (enquête B). Ainsi, les entreprises de services concentrent plus que les autres (par exemple BTP, industrie) leur protection sociale sur une partie seulement de leurs cadres, vraisemblablement ceux qu'elles considèrent comme les plus essentiels à la bonne marche de leur activité. Notons que ces entreprises sont aussi les plus petites en effectifs et, comme dans l'enquête A, ce sont les plus petites qui négocient au cas par cas l'assurance maladie de leurs cadres. Le secteur des services est probablement celui qui exprime les plus forts besoins en personnel d'encadrement formé et spécialisé dans des domaines très pointus ; ceci est particulièrement vrai pour des secteurs en forte croissance, comme l'informatique. La pénurie relative de cadres performants - signalée par les personnes enquêtées, mais qu'il n'a pas été possible de quantifier³ - se traduit par un recours courant aux pratiques de débauchage, une inflation des salaires mais aussi par une augmentation d'avantages divers hors salaires : primes d'intéressement au bénéfice, véhicule et/ou logement de fonction, assurance médicale...

La couverture médicale des cadres semble ainsi, surtout pour les plus petites entreprises, une manière parmi d'autres, d'attirer vers elles les meilleurs éléments ou de limiter leur turnover⁴. Cette hypothèse semble se confirmer par le fait que l'ensemble des avantages qui peuvent être proposés ne sont pas systématiquement attribués à tous les employés : près de 40 % des entreprises ne les fournissent qu'au cas par cas, à la suite d'une négociation avec le candidat. Ce chiffre s'élève à plus de 50 % dans les services. En revanche, dans les grandes entreprises (tant en effectifs qu'en chiffre d'affaires), les

³ Nous nous appuyons ici sur les remarques couramment faites par les responsables interrogés de même que sur les questions portant sur leurs besoins et leurs intentions de recrutement.

⁴ Ainsi, par exemple, la plupart des dirigeants de sociétés d'informatique affirment avoir de grandes difficultés à recruter des individus maîtrisant les nouvelles technologies. Le plus souvent, ils prennent eux-même en charge la formation de stagiaires issus des grandes écoles ivoiriennes (Ecole Nationale Supérieure des Travaux Publics, Institut National Supérieur d'Enseignement Technique) qu'ils décident par la suite d'embaucher définitivement ou non. La formation des candidats induit donc un coût pour ces entreprises qui, par conséquent, prennent toutes les garanties nécessaires pour éviter qu'ils n'aillent exercer leurs compétences ailleurs, avant que leur investissement ne soit rentabilisé.

prestations offertes aux cadres semblent plus standardisées et plus systématiquement accordées. Il faut signaler que ces dernières appartiennent souvent à de grands groupes internationaux appliquant à l'ensemble de leurs filiales la culture d'entreprise⁵ qui leur est spécifique.

Les personnels non-cadres bénéficient, on l'a vu, moins souvent que l'encadrement d'une aide de l'employeur en matière de santé. 27 des 73 entreprises dont l'effectif permanent est inférieur à 200 salariés ne participent pas à l'assurance médicale de leur main d'oeuvre non cadre, contre 8 établissements sur les 35 qui emploient plus de 200 salariés. Par ailleurs, les firmes participent à la couverture des soins des travailleurs avec la même fréquence dans tous les secteurs d'activité. Ainsi il ne nous est pas permis d'affirmer, au sujet des personnels non-cadres que, comme dans le cas des cadres, la prise en charge sanitaire par l'entreprise relève à titre principal d'une politique de recrutement des agents les plus performants. L'intérêt des firmes dans la mise en place d'une politique de santé est probablement aussi de limiter l'absentéisme de son personnel.

Il conviendrait, pour approfondir la question, de se pencher sur les conditions spécifiques d'élaboration des dispositifs de couverture des frais médicaux au sein des entreprises. Néanmoins, les monographies qui abordent ce sujet [6] précisent que l'obtention d'avantages sociaux pour les travailleurs les moins qualifiés est le résultat d'un processus, souvent âpre, de négociation (collective et non plus individuelle comme c'est le cas pour les cadres) avec la direction. Les syndicats, les conseils de délégués du personnel ou les associations formées au sein des établissements sont généralement les relais par lesquels les revendications sont transmises aux responsables d'entreprise.

Quoi qu'il en soit, la discrimination pratiquée par les entreprises à l'égard de leur main-d'oeuvre (entre cadres et non-cadres, mais aussi entre cadres ivoiriens et cadres expatriés⁶) dans l'octroi de garanties de couverture sociale est patente. La prise en compte de l'état de santé des travailleurs semble, en l'absence de tout dispositif de régulation homogène, relever concomitamment d'un calcul économique de l'employeur et d'un rapport de forces entre employeurs et

⁵ Nous entendons par "culture d'entreprise", l'ensemble des normes de travail mais également de vie sociale propre à une entreprise et inculqué en partie par les dirigeants à travers les avantages sociaux proposés aux employés.

⁶ Cette dernière distinction n'est pas négligeable : dans l'enquête B, 15% des personnels d'encadrement des entreprises enquêtées, soit 367 individus, sont expatriés. Leur employeur - qui souscrit pour eux, le plus souvent, à la Caisse des Français de l'Etranger - leur garantit, ainsi qu'à leur famille, une couverture à 100 % des frais médicaux.

employés. Seules quelques grandes entreprises, souvent multinationales, semblent échapper à cette logique⁷.

L'hétérogénéité des dispositifs d'assurance médicale

Il existe, dans les établissements sous revue, une multiplicité de couvertures médicales pour les employés. Nous proposons un inventaire des situations rencontrées à la fois dans les enquêtes A et B. Les dispositifs sont exposés selon un ordre croissant de sophistication et d'engagement de l'employeur dans la prise en charge des dépenses. Ils admettent plusieurs variantes et certains font intervenir des acteurs extérieurs à l'entreprise.

Une première intervention, minimale, de l'entreprise dans la prise en charge des soins aux employés consiste à n'octroyer que des avances sur salaires pour l'achat de médicaments ou le paiement de consultation. Ces avances, qui seront déduites ensuite de la feuille de paie, représentent une pratique courante (dans l'enquête A, 100% des entreprises qui n'offrent aucune couverture médicale aux ouvriers : cf. annexe 3) ; d'ailleurs, des accords négociés entre employeurs et employés peuvent la rendre systématique. Dans certains établissements, l'octroi d'avances relève d'une politique qui vise à répondre aux besoins réguliers de trésorerie des salariés, et pas seulement pour leur santé [3]. Dans d'autres établissements, au contraire, les avances sur salaires sont particulièrement réglementées et les prêts à la consommation ou à l'habitat sont gérés et attribués séparément de ceux qui concernent la santé (hospitalisation, frais pharmaceutiques...).

Dans les entreprises qui ont embauché un médecin, les consultations sont gratuites. Le Code du Travail autorise par ailleurs la famille du salarié à consulter ce médecin. En complément de ces prestations, l'employeur peut mettre à la disposition de sa main-d'oeuvre, des médicaments (parfois au delà de l'approvisionnement minimal requis par le Code du Travail) qu'il délivre gratuitement ou à des prix minorés. Ces médicaments peuvent, en effet, être achetés en gros auprès d'une pharmacie voisine à des tarifs négociés. Le cas échéant, lorsque l'entreprise n'a pas de médecin attitré, des formules d'abonnement à une clinique médicale sont parfois négociés. Dans le même ordre

⁷ Cette sécurité relative concerne le noyau dur et stable des employés permanents de ces entreprises. Il serait abusif toutefois de présenter ces entreprises comme des remparts face à la stratégie du moins-disant social. D'une part, en effet, ces grandes entreprises (comme toutes les autres d'ailleurs), embauchent peu malgré l'augmentation rapide de leur volume d'affaires depuis la dévaluation. D'autre part, elles ne se gênent pas pour externaliser leurs coûts salariaux en recourant massivement à de la main d'oeuvre occasionnelle soit directement sur le marché du travail, soit par l'intermédiaire de sous-traitants ou de sociétés d'intérim [3].

d'idée, l'entreprise peut payer directement certains types de dépenses (pharmacie, consultations) à l'aide de bons remis par les malades aux partenaires avec lesquels l'entreprise a des accords particuliers. Ce paiement peut être complet, partiel, forfaitaire selon les montants, les types de dépenses (hospitalisation, interventions chirurgicales...). L'entreprise passe des accords avec des pharmacies, des cabinets médicaux ou des hôpitaux qui collectent les bons des employés et qui les renvoient au service comptabilité ou médical de l'entreprise. Une fois les comptes établis, l'établissement paye les prestataires de santé et se rembourse au prorata, en fin de mois, sur les salaires des employés qui ont bénéficié des prestations.

Les salariés peuvent bénéficier d'une assurance maladie souscrite directement auprès d'une compagnie. Plusieurs possibilités existent qui correspondent à différents degrés de participation effective de l'employeur. En effet, une protection élevée des salariés n'implique pas nécessairement une contribution élevée de l'employeur. Ce dernier peut n'avoir qu'un rôle d'intermédiaire auprès de l'assureur, mais son intervention permet d'accéder aux tarifs de groupe proposés par la société d'assurance ; par contre, le paiement de la prime peut demeurer entièrement à la charge des assurés. Au rôle d'intermédiaire s'ajoute parfois une participation financière de la firme au paiement de la prime (participation qui peut aller de 20 à 50% du montant de la prime, et peut être différente selon la catégorie socioprofessionnelle des salariés). Les contrats de groupe des compagnies d'assurances sont globalement modulables [7] : les taux de remboursement, le nombre d'ayant droit de l'assuré, la nature des soins remboursés sont régulièrement négociés.

Enfin, certaines entreprises, notamment parmi les firmes internationales, choisissent un dispositif interne de prise en charge des dépenses de santé via la création d'une mutuelle, d'une caisse ou d'un fonds de solidarité⁸. Leur gestion peut donc être confiée soit à la direction, soit à des représentants élus du personnel, réunis par exemple en comité ou conseil d'administration. Les coûts de ces systèmes peuvent être entièrement assumés par les employés qui en sont les cotisants, mais il n'est pas rare que l'entreprise participe au fonds en versant une somme proportionnelle à la masse salariale : à titre d'exemple, l'établissement 6 de l'enquête A (annexe 1) verse le double de la cotisation salariale dans le cadre de la mutuelle santé.

⁸ Ces trois terminologies définissent un même système sur la base de la collecte d'une prime mensuelle auprès des employés, prime qui, complétée par la participation de l'employeur, sert ensuite à acheter les médicaments et payer les consultations ou hospitalisations des malades. Le tout est entièrement géré au sein de l'entreprise.

Les niveaux de couverture

A la lecture des résultats des enquêtes A et B réunies, les niveaux de couverture, quelle que soit la formule, sont très variables et les taux de remboursements changent selon les catégories professionnelles de personnel. Ainsi, lorsque l'entreprise propose une participation, celle-ci varie pour les cadres entre 50 % et 100 % des frais médicaux. Les non-cadres, lorsqu'ils sont couverts, le sont plutôt moins que les cadres (entre 30 et 100 % des frais médicaux). Dans plusieurs sociétés (qui représentent 20% de l'échantillon de l'enquête A), seuls les cadres sont couverts; les agents de maîtrise et les ouvriers n'ont pas de couverture de santé du tout. La raison invoquée est la différence de statut et le coût de l'élargissement de l'assurance à tout le personnel. D'autres établissements ont une toute autre politique, assurant une couverture identique pour tous, à un taux allant de 60 à 100 % des frais médicaux. Il existe cependant des disparités cachées; par exemple, telle entreprise prend en charge la totalité de la cotisation des cadres, alors que les agents de maîtrise et les ouvriers en paient la moitié. Dans l'ensemble, il apparaît que les cotisations salariales varient de 1500 FCFA à 8000 FCFA par mois pour des prestations inégales. Il semble que les cotisations des systèmes internes sont moins élevées que les cotisations aux compagnies d'assurances ; en effet, à prestations égales, les cotisations mutualistes rencontrées (10% des cas : enquête A) ne dépassent pas 4000 FCFA par mois et par personne.

Une seconde remarque concerne l'efficacité comparée des formules de couverture adoptée. S'il est difficile d'en évaluer rigoureusement les avantages et inconvénients, on peut tout de même avancer quelques éléments d'appréciation :

i) les participations directes de l'employeur (dons, prêts...) sont souvent décidées au cas par cas et relèvent d'un certain paternalisme. Elles sont accordées subjectivement et s'apparentent parfois plus à des gratifications déguisées qu'à une prise en charge transparente et équitable.

ii) les mutuelles sont moins chères que les compagnies d'assurance⁹ car les coûts des intermédiaires sont évités ; en outre les salariés sont investis de responsabilités et donc plus impliqués dans la gestion des frais médicaux. Mais, précisément, les mutuelles exigent une gestion très rigoureuse, elles sont vite

⁹ Dans l'enquête A, le responsable d'une mutuelle a demandé plusieurs devis auprès de plusieurs compagnies d'assurances afin de comparer les coûts à prestations égales, car l'entreprise voulait savoir si ce n'était pas plus intéressant d'un point de vue financier de s'adresser à une compagnie d'assurances. Tous les devis proposés sont plus coûteux (jusqu'à deux fois plus) que le système actuel.

déficitaires [6], et alors les interruptions de remboursement sont fréquentes, même quand il n'y a pas eu détournement de fonds¹⁰.

iii) la souscription à une assurance évite à l'entreprise les coûts de transaction liés à la mise en place d'une mutuelle mais elle est plus chère que la mutuelle et les occasions de fraude qu'elle permet sont nombreuses : fausses ordonnances, fausses déclarations d'actes médicaux, pratique répandue de prête-nom... [7]. L'intervention des assurances est par ailleurs moyennement appréciée, du fait de la lenteur des démarches administratives [8].

Conclusion

Nous concluons que la nécessité d'étendre les dispositifs de couverture médicale dans les entreprises est justifiée par l'absence d'un système de protection de la santé garanti par l'Etat à tous les citoyens. Cependant, le rôle de la médecine du travail se cantonne aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, l'élargissement de l'activité des services médicaux du travail aux autres pathologies relève de la « médecine d'entreprise » encore largement considérée comme un avantage social alors qu'il s'agit peut-être aussi d'un avantage économique¹¹. Bien que le secteur moderne, qui emploie environ 232.000 salariés en 1992, représente une partie extrêmement réduite de la population active ivoirienne, la fraction de la population qui pourrait bénéficier au moins des services médicaux d'entreprise (à défaut d'une assurance maladie non prévue par la loi) s'élève à environ 1,46 million d'individus soit plus de 11 % de la population nationale en 1992 (12,6 millions [9]).

D'après les résultats de nos enquêtes, si la majorité des entreprises propose une assurance maladie, l'offre de protection demeure différenciée au détriment notamment de la main d'oeuvre non qualifiée : or, le nombre des ouvriers représente entre 50 et 90 % du personnel des entreprises enquêtées. En l'absence de dispositif étatique efficace de promotion de la médecine du travail -impliquant des moyens adaptés de contrôle et de sanctions-, mais également d'encouragement au développement de la médecine d'entreprise, les entrepreneurs disposent d'une très grande latitude pour s'impliquer dans

¹⁰ Dans l'enquête A, nous avons rencontré deux employeurs qui ont abandonné leur système de mutuelle l'un au profit d'une assurance de compagnie, l'autre n'ayant pas envisagé de solution de remplacement. Les deux mutuelles ont été mises en faillite pour cause de détournement de fonds par les employés, et l'entreprise a dû essuyer la dette.

¹¹ Il serait intéressant de déterminer pour quel coût l'investissement de la santé des travailleurs est profitable à l'entreprise. Ce seuil serait notamment défini à partir des effets néfastes de l'absentéisme pour raison médicale ou des conséquences sur la cohésion sociale des tensions et conflits provoqués par le refus d'une couverture médicale aux employés.

la santé des employés. Dans ce contexte, le rapport de forces entre employés et employeurs joue le rôle de régulateur. Des dispositions respectives de ces acteurs dans chaque entreprise émane la forme des dispositifs de prise en charge sanitaire des travailleurs. Cette situation explique pour partie l'hétérogénéité des pratiques observées et plus largement la faiblesse de la majorité des dispositifs de prise en charge médicale. La capacité de mobilisation et de négociation des travailleurs, plus que l'attention des employeurs pour la santé de leur main-d'oeuvre, est dès lors un élément déterminant pour la mise en application de dispositifs efficaces de couverture médicale dans les entreprises.

Bibliographie

1. KOUABENAN D.R. (1990). Les problèmes de sécurité et d'hygiène du travail en Côte d'Ivoire : diagnostic et remèdes. *Revue Internationale du Travail*, 129(1): 119-130.
2. Annuaire officiel du Ministère de l'emploi, de la fonction publique et de la prévoyance sociale, 1996-1997, République de Côte d'Ivoire, Abidjan, 1996.
3. PAGES N. (1997), Flexibilité et segmentation du marché du travail en Côte-d'Ivoire, mémoire de DESS, Université Paris X - Nanterre, France.
4. Journal Officiel de la République de Côte d'Ivoire (1968). Numéro spécial 33, dixième année, Abidjan, le 9 juillet 1968.
5. L'emploi salarié dans le secteur moderne ivoirien (1980 - 1993), Cellule Emploi, ENSEA - ORSTOM, Communication au séminaire AGEPE-ENSEA, décembre 1996, Abidjan, Côte d'Ivoire, 35 p.
6. BAZIN L., YAO GNABELI R. : Les "dépenses sociales" et le rapport salarial dans les entreprises ivoiriennes, ORSTOM / GIDIS-CI, 1996, 73 p.
7. DIAGOU J. Les assurances maladie pour les salariés d'entreprises en Côte-d'Ivoire. in L. Bazin (sous la direction de) : Le changement social dans l'entreprise africaine, compétitivité et système de gestion, Rapport de séminaire. Notes et Travaux du GIDIS-CI, 6 : 42-45 (1994).
8. Les coûts des prestations et systèmes de protection sociale. Etude réalisée dans le cadre du projet Santé Abidjan, Direction Générale de la Santé, Ministère de la santé et des affaires sociales, Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995.
9. World Tables, The World Bank, Washington D.C., 1994.

**Annexe 1 : Taille et type d'activité des 30 entreprises abidjanaises
sélectionnées (anonymes), Abidjan, 1995 (enquête A).**

Raison sociale	Nombre d'employés	Type d'activité
CAS 1	5041	Hévéaculture
CAS 2	1300	Fabrication & distribution d'électricité
CAS 3	2100	Production & commercialisation de produits lipochimiques
CAS 4	700	Collecte des ordures ménagères
CAS 5	500	Bonneterie
CAS 6	739	Industrie agroalimentaire
CAS 7	800	Sécurité, gardiennage
CAS 8	303	Fabrication d'emballages métalliques
CAS 9	300	Fabrication & commercialisation de pain
CAS 10	200	Importateur articles librairie / Librairie
CAS 11	270	Industrie de l'acier et aluminium
CAS 12	140	Industrie textile et des matières plastiques
CAS 13	194	Production & commercialisation parfums & produits cosmétiques
CAS 14	116	Entreprise de taxis
CAS 15	166	Fabrication parfums et produits cosmétiques
CAS 16	140	Vente biens de petit équipement
CAS 17	80	Remorquage, assistance véhicules routiers
CAS 18	143	Recherche hévéacole
CAS 19	118	Gestion stocks de produits pétroliers
CAS 20	120	Consultations, hospitalisations, soins
CAS 21	110	Fabrication de gaz industriels & médicaux
CAS 22	180	Fabrication de ciments et bétons
CAS 23	120	Fabrication articles de mercerie
CAS 24	152	Boulangerie, pâtisserie
CAS 25	85	Fabrications & vente d'emballages cartons
CAS 26	11 000	Agro-industrie : palmier à huile, cocotier
CAS 27	1250	Gestion et contrôle port d'Abidjan
CAS 28	220	Société immobilière : fabrication & vente
CAS 29	60	Transit / Shipping - Industrie portuaire
CAS 30	1 800	Compagnie aérienne

Annexe 2 : Classement des entreprises selon les moyens minima imposés en matière de personnel médical et sanitaire (d'après le décret n° 65-210 du 17 juin 1965, fixant les modalités d'exécution de l'obligation faite à l'employeur d'assurer un service médical ou sanitaire à ses travailleurs).

Les établissements sont classés en cinq catégories compte tenu de l'effectif des travailleurs :

- 1ère catégorie (1000 travailleurs et plus) : Service permanent d'un médecin et de deux infirmiers ; et d'un infirmier supplémentaire par tranche de 500 travailleurs au-dessus de l'effectif de 1000 employés.
- 2ème catégorie (750 à 999 travailleurs) : Service permanent d'un médecin et de deux infirmiers. Si l'établissement est situé à moins d'une heure de trajet d'un centre médical, l'établissement peut être classé en 3e catégorie.
- 3ème catégorie (250 à 749 travailleurs) : Concours périodique d'un médecin et service permanent d'un infirmier.
- 4ème catégorie (100 à 249 travailleurs) : Concours permanent d'un infirmier.
- 5ème catégorie (moins de 100 travailleurs) : Concours périodique d'un infirmier.

Annexe 3 : Présentation des caractéristiques choisies en matière de santé pour 30 entreprises abidjanaises, Abidjan, 1995 (enquête A).

Raison sociale	Médecin	Assurance maladie	Niveau de couverture médicale (*)		
			Cadres	Agents maîtrise	Ouvriers
CAS 1	permanent	externe	100%	100%	0%
CAS 2	permanent	externe	100%	80%	80%
CAS 3	permanent	externe	100%	80%	80%
CAS 4	permanent	en négociation	0%	0%	0%
CAS 5	permanent	externe	80%	80%	80%
CAS 6	permanent	interne	80%	80%	80%
CAS 7	vacataire	interne	60%	60%	60%
CAS 8	vacataire	externe	100%	50%	50%
CAS 9	vacataire	externe	80%	0%	0%
CAS 10	Non	externe	100%	0%	0%
CAS 11	vacataire	externe	100%	0%	0%
CAS 12	vacataire	externe	100%	0%	0%
CAS 13	vacataire	en négociation	0%	0%	0%
CAS 14	Non	Non	0%	0%	0%
CAS 15	vacataire	externe	100%	100%	100%
CAS 16	Non	ext. / int.	100%	50%	50%
CAS 17	Non	externe	100%	100%	100%
CAS 18	vacataire	externe	100%	0%	0%
CAS 19	permanent	interne	100%	75%	75%
CAS 20	permanent	externe	80%	80%	80%
CAS 21	vacataire	externe	80%	80%	80%
CAS 22	vacataire	externe	100%	50%	50%
CAS 23	vacataire	externe	100%	100%	0%
CAS 24	Non	Non	0%	0%	0%
CAS 25	vacataire	externe	100%	0%	0%
CAS 26	permanent	externe	80%	60%	60%
CAS 27	permanent	externe	100%	80%	80%
CAS 28	vacataire	externe	100%	80%	80%
CAS 29	permanent	externe	70%	50%	50%
CAS 30	permanent	externe	100%	80%	60%

(*) Taux de remboursement des frais médicaux lorsqu'une assurance médicale est proposée aux salariés sur leur lieu de travail

Annexe 4 : Caractéristiques principales de l'échantillon de l'enquête B

Cette enquête avait pour but d'observer les flux intervenus depuis la dévaluation du FCFA dans le personnel des grandes entreprises ivoiriennes, d'identifier les stratégies de recrutement des employeurs par catégorie d'employés et les pratiques d'externalisation des coûts salariaux (sous-traitance et recours aux travailleurs occasionnels), de définir les grandes lignes des politiques de ressources humaines de ces entreprises (systèmes d'incitation, formation, prestations hors salaires dont couverture sociale...). Trois grands secteurs d'activité ont été étudiés et sont à peu près également représentés dans cet échantillon : le bâtiment et les travaux publics, l'industrie, et les services aux entreprises (transport, cabinets comptables, cabinets d'études, agences de publicité, informatique).

Tableau 1 : Répartition des entreprises selon les effectifs employés en 1996

Nombre d'employés permanents	Effectif	%
]0 ; 50[47	44
[50 ; 200[26	24
[200 ; 500[18	17
[500 ; 1000[8	7
plus de 1000	9	8
Total	108	100

Tableau 2 : Répartition des entreprises selon la branche d'activité

Branche d'activité	Effectif	%
Bâtiment & travaux publics	33	30
Industrie / énergie	32	30
Transport	14	13
Informatique / cabinets d'études / publicité.	29	27
Total	108	100

Tableau 3 : Répartition des entreprises selon le chiffre d'affaires en 1996

Tranche de CA (en milliards F CFA)	Effectif	%
]0 ; 1]	30	28
]1 ; 5]	41	38
]5 ; 20]	17	16
]20 ; 50]	7	6
plus de 50	5	5
non précisé	8	7
Total	108	100

CHAPITRE 13

Qu'attendre d'une gestion privée à but non lucratif ? L'exemple des FSU-Com d'Abidjan

par Emmanuel ESCALON, Thierry BARBE, Christine ORTIZ
et Philippe EONO

La Côte d'Ivoire, après plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, s'est engagée à son tour depuis cinq ans dans une innovation concernant son système de santé : huit formations sanitaires à base communautaire (FSU-Com) ont été créées entre 1995 et 1997 dans les communes de Yopougon et d'Abobo, grâce à la Coopération Française, dans le cadre du Projet Santé Abidjan (P S A) [1]. Les deux communes choisies sont les plus peuplées de la capitale, elles ont connu la plus forte croissance démographique de ces quinze dernières années, et leurs structures sanitaires de premier niveau étaient loin de couvrir l'ensemble des besoins de leur population. Cinq formations ont été entièrement construites, les autres ont utilisé des locaux préexistants et réaménagés [2]. Chacune a été dotée de l'ensemble de ses équipements et de ses premiers stocks de médicaments. La population cible desservie atteint en moyenne 60.000 habitants. Les activités proposées sont les consultations curatives d'enfants et d'adultes, le suivi des accouchements, le suivi des grossesses, les activités nutritionnelles (dépistage et éducation) et les vaccinations. En moyenne, une trentaine de personnes travaillent dans chaque formation et les consultations sont assurées par des médecins.

Cette expérience est novatrice dans le paysage sanitaire ivoirien. Elle introduit en effet un nouvel acteur, le secteur associatif, parmi les fournisseurs habituels de soins, jusqu'à présent publics ou privés lucratifs. Elle impose aussi de nouvelles contraintes en fixant comme objectif à ces établissements d'améliorer l'accès du plus grand nombre aux soins de santé primaires tout en assurant l'équilibre financier de chaque formation par la tarification des actes. L'accent est mis sur l'accueil des malades, sur la qualité des soins dispensés, et sur la disponibilité en médicaments essentiels. Par ailleurs, l'environnement concurrentiel dans lequel évoluent ces formations et le principe d'autonomie financière doivent inciter les responsables à minimiser leurs coûts de production afin de proposer des tarifs accessibles à la population et de couvrir les charges récurrentes de fonctionnement.

Les responsables du Projet Santé Abidjan et les équipes d'évaluation du projet se sont posé la question de savoir dans quelle mesure ces formations sont

parvenues à concilier leurs objectifs d'autonomie financière et d'amélioration de l'accès aux soins. Dans cette perspective le Projet Santé Abidjan a initié une analyse des conditions de pérennisation comportant trois volets. Une étude des coûts et de leur recouvrement a ainsi été menée dans sept FSU-Com pour déterminer si les ressources issues du paiement des actes permettent d'assurer le fonctionnement du centre et la fourniture de soins de qualité. Le deuxième volet, mené parallèlement, est une analyse de clientèle réalisée auprès des patients des centres communautaires, publics et privés. Cette enquête a permis de décrire les caractéristiques des clients ainsi que les raisons de leur choix et de déterminer le coût des recours à chacun de ces établissements et la façon dont il est perçu et effectivement supporté par les patients. Le troisième volet enfin concerne les conditions juridiques de pérennisation de ces structures.

Quels sont les résultats obtenus en matière de recouvrement des coûts ?

L'analyse du recouvrement des coûts a porté sur l'année 1996. Dans l'inventaire de l'ensemble des charges de fonctionnement des établissements, seules les dépenses récurrentes ont été comptabilisées [3]. La structure des coûts varie peu d'un établissement à l'autre. Les dépenses de personnel, dont les trois quarts concernent le personnel soignant et aide-soignant, et un quart le personnel de l'administration et de la pharmacie, représentent 61 % en moyenne de l'ensemble des coûts. Viennent ensuite les frais de fonctionnement (entretien, eau, électricité, papeterie, frais administratifs), qui atteignent en moyenne 21 % de l'ensemble des coûts. Les charges d'amortissement, enfin, constituent 19 % des coûts totaux. Le calcul de l'amortissement est théorique, à la différence des autres coûts, qui sont bien réels : aucun établissement en effet n'intègre pour l'instant de dotation aux amortissements dans son budget. Il était cependant nécessaire de les introduire dans le calcul des coûts afin d'apprécier la capacité des établissements à les prendre en charge.

Les centres bénéficient d'une aide de l'Etat et des municipalités, sous la forme du paiement des salaires d'un certain nombre de sages-femmes fonctionnaires ou de personnels administratifs et d'aides-soignants municipaux. Dans certains établissements, les factures d'eau et d'électricité sont aussi prises en charge par la municipalité. En moyenne, ces subventions représentent 17 % de l'ensemble des coûts. Ce taux est cependant variable entre les formations : nul dans le centre d'Akeikoi et très faible à Anonkoua Kouté, il atteint 23 % à Sagbé et 28 % à Toit Rouge.

Toutes ces dépenses ont ensuite été réparties entre les services techniques, soit directement lorsque la dépense était facilement identifiable et attribuable

à un service particulier, soit à l'aide de coefficients d'utilisation [4]. Ces derniers sont déterminés selon la nature de la dépense à répartir. Ils sont calculés soit en fonction du pourcentage de temps affecté à telle ou telle tâche ou du nombre d'utilisateurs d'une ressource particulière, soit en fonction du pourcentage des actes concernant une activité, soit enfin en fonction du pourcentage d'utilisation d'une surface dans le temps. On a ainsi obtenu le coût total de production de chacune des activités de la formation sanitaire, en tenant compte à la fois des amortissements et des subventions reçues. Comparé aux recettes dégagées, ce coût permet de calculer le recouvrement de chaque prestation et de mettre alors en évidence les subventions croisées à l'intérieur de la formation.

- Un recouvrement quasi général des coûts de personnel et de fonctionnement par les recettes des prestations.

Les recettes issues du paiement des actes par les patients permettent aux établissements de couvrir la majeure partie, voire la totalité, de leurs charges en personnel et en fonctionnement. Seuls deux centres (Toit Rouge et Akeikoi) connaissent une situation moins favorable, puisque seulement 80 % de leurs coûts de fonctionnement sont couverts. Le tableau suivant présente les taux de recouvrement des établissements selon différents niveaux de charges à recouvrer (hors ou avec amortissements, et hors ou avec subventions).

Tableau n°1 : Le recouvrement des coûts dans les FSU Com.

	Ouassakara	Niangon	Toit Rouge	Anonkoua Kouté	Avocatier	Sagbé	Akeikoi	moyenne
(1) F	96 %	99 %	81 %	106 %	101 %	90 %	80 %	93 %
(2) F + AM	85 %	85 %	74 %	100 %	90 %	82 %	73 %	84 %
(3) F + AM + AB	73 %	67 %	64 %	92 %	77 %	73 %	60 %	72 %
(4) HS	64 %	60 %	47 %	85 %	66 %	56 %	60 %	62 %

F = charges de fonctionnement

F + AM = charges de fonctionnement plus amortissement du matériel

F + AM + AB = charges de fonctionnement plus amortissement du bâtiment et du matériel

HS = charges totales hors subvention

Les recettes des prestations, en revanche, ne parviennent pas à financer l'ensemble des charges amortissements compris (bâtiments et équipements), compte tenu du poids que ces derniers représentent dans l'ensemble des charges. Par rapport à cet ensemble, en effet, les centres ne recouvrent plus en moyenne que 72 % de leurs coûts. La charge d'amortissement du bâtiment est particulièrement lourde pour les établissements qui ont été entièrement

construits pour l'occasion (Avocatier, Niangon, Ouassakara, Akeikoi). Les taux de recouvrement s'améliorent cependant nettement si l'on ne comptabilise que les amortissements des équipements. Ils atteignent alors en moyenne 84 %, mais seul le centre d'Anonkoua Kouté parvient à un recouvrement intégral.

Enfin, si les centres devaient eux-mêmes faire face à l'ensemble de leurs charges, sans compter sur aucune subvention, ils ne couvriraient alors plus en moyenne que 62 % de leurs coûts. Les subventions jouent en particulier un rôle non négligeable pour les centres de Toit Rouge et de Sagbé qui emploient le plus de personnels fonctionnaires et municipaux.

- Une partie des recettes de la pharmacie est nécessaire pour équilibrer les comptes.

Les formations communautaires disposent de pharmacies d'établissement, qui fournissent aux malades les médicaments qui leur sont prescrits, généralement des médicaments essentiels, aux prix les plus bas qui peuvent être obtenus en Côte d'Ivoire. Le fournisseur principal des FSU-Com est la Pharmacie de Santé Publique (PSP), qui assure en moyenne près de 80 % des approvisionnements ; les FSU-Com se contentent d'une marge de 10 %. Une grande partie des bénéfices est cependant tirée de médicaments provenant d'autres sources d'approvisionnement ou reçus en dons, vendus au prix PSP, mais achetés à un prix bien inférieur. La marge globale réalisée est alors proche de 20 %. Le tableau suivant présente les bénéfices des pharmacies d'établissement et les résultats financiers des centres selon les différents cas envisagés précédemment.

Tableau n°2 : Bénéfices des pharmacies et résultats financiers des établissements.

(milliers F CFA)	Ouassakara	Niangon	Toit Rouge	Akeikoi	Avocatier	Sagbé
Bénéfices pharmacie ¹	4.922	3.478	3.068	2.108	6.228	13.386
Résultats financiers						
(1) F	3.321	3.090	-4.075	48	6.734	9.614
(2) F + AM	-1.156	-1.351	-8.714	-905	3.076	5.734
(3) F + AM + AB	-8.156	-9.001	-14.735	-3.495	-4.279	978

F = charges de fonctionnement

F + AM = charges de fonctionnement plus amortissement du matériel

F + AM + AB = charges de fonctionnement plus amortissement du bâtiment et du matériel

¹ Afin d'évaluer la capacité bénéficiaire réelle des pharmacies, les bénéfices sont calculés hors appui aux médicaments (environ 12 000 000 F CFA par centre) accordé aux établissements par la Mission de Coopération Française dans le cadre de mesures d'accompagnement de la dévaluation.

En moyenne les bénéfices de la pharmacie permettent aux établissements d'équilibrer l'ensemble de leurs charges de personnel et de fonctionnement (excepté pour le centre de Toit Rouge) et parfois de dégager quelques excédents. Ils sont en revanche légèrement insuffisants pour financer la totalité des charges, y compris les amortissements des équipements, sauf pour les centres d'Avocatier et de Sagbé (ce dernier, installé dans des locaux préexistants, parvient même à couvrir les amortissements du bâtiment).

- Le rôle essentiel des consultations dans les subventions entre activités.

Le recouvrement des coûts dans les formations repose sur les surplus dégagés par les consultations du dispensaire. Compte tenu des tarifs actuellement pratiqués et de l'organisation (et donc du coût) de chaque activité, elles sont les seules à couvrir leurs charges. En moyenne, elles représentent 57 % du chiffre d'affaires hors pharmacie des établissements et seulement 36 % des charges totales. Le tableau suivant donne le coût de chaque prestation et le niveau de son recouvrement².

Tableau n°3 : Coût unitaire et taux de recouvrement moyens de chaque prestation.

	Tarif moyen (en F CFA)	Coût unitaire ³ (en F CFA)	Taux de recouvrement (%)			
			(1) F	(2) F+AM	(3)F+AM+AB	(4) HS
Consultation adulte	1125	970	144	132	121	115
Consultation enfant	867	952	110	103	95	90
Acte infirmier	300-400-1000	1189	47	40	37	33
Accouchement ⁴	2340	7604	66	55	42	34
Consultation prénatale	471	1466	80	74	67	48
Pesée	108	716	25	25	21	17
Vaccination	125	620	45	43	39	32

F = charges de fonctionnement

F + AM = charges de fonctionnement plus amortissement du matériel

F + AM + AB = charges de fonctionnement plus amortissement du bâtiment et du matériel

HS = charges totales hors subvention

² Les données présentées sont une moyenne simple des résultats des différents établissements, hors Akeikoi (cet établissement n'est en effet pas comparable aux autres puisqu'il ne possède pas de maternité et que ses seules activités effectives en 1996 ont été les consultations curatives et les soins infirmiers). Ces résultats confirment cependant les tendances de recouvrement observées dans chacun des centres. Seule l'ampleur des recouvrements évolue d'un centre à l'autre selon le niveau des coûts unitaires et les tarifs pratiqués.

³ Ce coût inclut l'ensemble des charges du personnel, de fonctionnement et d'amortissement. Il est obtenu en divisant le coût total par le nombre d'actes ayant donné lieu à un paiement.

⁴ La maternité de Toit Rouge est exclue de cette moyenne puisqu'elle n'a ouvert ses portes qu'en septembre 1996. Par ailleurs, le tarif de l'accouchement est donné hors prix du kit d'accouchement qui est de 1 500 F CFA.

La capacité bénéficiaire des consultations d'adultes est particulièrement importante. Les coûts unitaires sont en moyenne nettement inférieurs au tarif proposé même dans l'hypothèse où l'ensemble des coûts est à la charge de l'établissement. La capacité bénéficiaire des consultations d'enfants est cependant plus faible car le tarif est généralement moins élevé.

Toutes les autres prestations sont, en revanche, déficitaires. Le taux de recouvrement des soins infirmiers est inférieur en moyenne à 50 % même dans l'hypothèse la plus favorable. La charge des soins infirmiers sur l'équilibre général du centre est cependant relativement peu élevée. Ils représentent en effet en moyenne 6 % des recettes du centre pour 9 % des charges.

Le recouvrement des consultations prénatales est particulièrement faible dans l'hypothèse où le centre doit lui-même prendre en charge l'ensemble de son personnel et l'ensemble des amortissements (48 %). Dans l'hypothèse la plus favorable, le taux de recouvrement peut toutefois atteindre 80 %. Les consultations prénatales sont en effet l'activité qui emploie le plus de sages-femmes fonctionnaires. La charge des CPN sur l'équilibre général du centre reste néanmoins relativement peu élevée : les CPN génèrent 10 % des recettes du centre et 15 % des charges totales.

Les vaccinations et les pesées ont une plus forte influence sur l'équilibre financier. Ces deux activités font manifestement l'objet d'une politique de prix visant à assurer une accessibilité maximum à la population. Elles représentent ainsi 14 % des charges totales du centre, pour seulement 6 % des recettes et 30 % de l'activité (environ le même pourcentage que les consultations). Les taux de recouvrement sont très faibles et tournent autour de 30 %.

L'activité dont le poids sur l'équilibre général du centre est le plus important, est la maternité. En moyenne, elle représente 31 % des coûts totaux du centre pour seulement 16 % des recettes. Les coûts unitaires élevés expliquent les faibles taux de recouvrement, particulièrement lorsque le centre doit assurer les charges d'amortissement. Même avec les subventions (qui représentent 22 % du total des charges), le coût unitaire d'un accouchement est près de trois fois supérieur au prix demandé. L'activité ne recouvre alors que 41 % de ses charges. Hors amortissements du bâtiment, le taux de recouvrement atteint 57 %.

En conclusion, il apparaît nettement que les consultations du dispensaire financent l'ensemble des autres activités, en particulier les soins préventifs et les accouchements. Les consultations prénatales et les accouchements sont d'ailleurs doublement subventionnés, par les surplus des consultations, mais aussi par l'Etat qui met à disposition des sages-femmes fonctionnaires.

- L'influence de la fréquentation sur le niveau du recouvrement des coûts.

La capacité d'un centre à recouvrer ses coûts dépend ainsi en grande partie de l'efficacité avec laquelle il fournit ses prestations, dégage un excédent de recettes sur les consultations et minimise les pertes sur les autres activités. Dans cette perspective, le volume d'activité est primordial, parce que les frais fixes de personnel et d'amortissement représentent en moyenne plus de 80 % des charges totales. Une forte fréquentation est alors source d'économies d'échelle. On vérifie que plus le volume d'activité d'un établissement est élevé, plus son coût de production unitaire moyen est faible (cf annexe 1). Mais la structure de la demande adressée à la formation influence aussi son niveau de recouvrement. Une forte demande sur une activité déficitaire pèse en effet lourdement sur l'équilibre financier de l'établissement même si des gains de productivité sont obtenus. A l'inverse, une forte demande sur une activité rémunératrice dégage des surplus importants. Ces principes sont à l'origine des différences observées dans le niveau de recouvrement des différents établissements.

A Akeikoi, par exemple, les coûts unitaires sont relativement élevés à cause d'un faible niveau de fréquentation. La productivité du personnel est nettement inférieure à celle des autres formations. La marge bénéficiaire des consultations d'adultes est alors fortement réduite et les consultations d'enfants, déficitaires, ne permettent pas au centre d'équilibrer ses comptes. On observe un phénomène analogue à Toit Rouge. Mais là, malgré des tarifs supérieurs à la moyenne, les bénéfices unitaires des consultations sont limités par l'importance des coûts résultant d'une mauvaise maîtrise des dépenses de fonctionnement de l'administration. Les surplus dégagés sont alors minces et ne permettent pas de financer les activités en déficit, en particulier les soins infirmiers qui connaissent de plus un niveau d'activité très élevé. De même, la très forte fréquentation des vaccinations et des pesées à Sagbé (elles représentent 44 % de l'activité totale de l'établissement contre 28 % en moyenne pour les autres formations) pèse lourdement sur son équilibre financier, même si par ailleurs le centre possède une bonne efficacité productive.

Finalement, les centres dont le recouvrement est le meilleur sont ceux qui ont su dégager une marge unitaire importante sur les consultations, tout en limitant les besoins de financement des autres activités. C'est le cas d'Avocatier, grâce à une forte fréquentation des consultations, de Niangon, grâce à la faiblesse de ses charges de fonctionnement, et de Ouassakara grâce à un tarif de la consultation enfant identique à celui de la consultation adulte et à un niveau élevé de productivité à la maternité. Le centre d'Anonkoua est à part :

ses excédents proviennent à la fois de coûts unitaires fortement réduits (grâce à un volume d'activité très supérieur aux autres établissements et à une gestion particulièrement rigoureuse) et d'activités bénéficiaires qui n'existent pas ailleurs (consultations gynécologiques et examens de laboratoire). Ces caractéristiques lui permettent en outre d'offrir des tarifs très bas et de nombreuses exonérations.

Ce dernier point permet d'introduire la question de l'accessibilité des soins pour la population que les FSU- com se sont engagées à améliorer dans la convention de service public passée avec le Ministère de la santé publique. L'analyse précédente a montré que la tarification des actes et la vente des médicaments permettaient aux établissements de couvrir une grande partie de leurs charges récurrentes de fonctionnement. Les FSU-Com offrent-elles cependant par ailleurs des conditions favorables d'accès aux soins ? Ont-elles apporté une amélioration à la prise en charge des besoins de santé de la population, par rapport à ce qu'offrent leurs concurrents publics et privés ?

Quels sont les résultats obtenus en matière d'accès de la population aux soins ?

Le deuxième volet de l'analyse réalisée en collaboration avec le CEPRASS⁵ en juillet et août 1997 auprès d'un échantillon représentatif de 4932 patients des centres de santé communautaires, publics, et privés de Yopougon et d'Abobo permet de répondre en partie à cette question. Nous décrivons ici simplement l'accessibilité des soins pour la population dans les FSU-Com en comparaison aux établissements publics et privés.

Dans les FSU-Com, la majeure partie des personnes interrogées sont des femmes. La population cible retenue est en effet l'ensemble des patients fréquentant la consultation curative et la consultation prénatale. Les femmes représentent ainsi 66,1 % des consultations, les enfants de moins de 15 ans, 25,6 % et les hommes 8,3 %. Au sein des consultations curatives cependant, la proportion de femmes et d'enfants s'équilibre (environ 41 %). Mais comme la très grande majorité des enfants sont accompagnés par leur mère, 87 % des répondants à notre questionnaire sont des femmes. Dans les formations publiques, on observe ce même déséquilibre homme/femme, mais légèrement plus accentué. Il est en revanche nettement moins important dans les centres privés puisque ces derniers ne proposent pas de consultations prénatales. La moyenne d'âge des répondants dans les FSU-Com est de 27 ans. Elle se situe entre celle du secteur public (25 ans) et celle du secteur privé (30 ans).

⁵ Centre d'Etudes Prospectives et Appliquées sur les Politiques Sociales et les Systèmes de Sécurité Sociale.

La forte proportion de femmes parmi les répondants explique les distributions en matière d'activité, de revenu et d'éducation. 44,9 % des personnes interrogées dans les FSU-Com sont en effet inactives. Elles sont 54,2% dans le public. Les ménagères représentent 73,6 % des inactifs dans les FSU-Com et les élèves 18,6 %, contre respectivement 76,6 % et 19,3 % dans le public. Parmi les personnes déclarant un revenu, 53,6 % déclarent gagner moins de 50.000 F par mois et 30,3 % entre 50.000 F et 100.000 F. Cette proportion dans le public est respectivement de 68 % et de 21,5 %. Elle est de 33,5 % et de 29,6 % dans le privé. Enfin, 29,6 % des répondants dans les FSU-Com sont analphabètes contre 34,3 % dans le public. 36 % possèdent tout de même un niveau d'instruction secondaire ou supérieur, contre 35,6 % dans le public. Ils sont en revanche 55,7 % dans cette situation dans le privé. Toutes ces différences observées entre type d'établissement sont significatives.

D'après ces premiers résultats, les clientèles des FSU-Com et des formations publiques semblent relativement proches, et se distinguent de celle des centres privés, plus masculine et disposant d'un niveau d'éducation et de revenu plus élevé. Les légères différences observées dans le statut socio-économique des répondants tiennent certainement au fait que les femmes sont proportionnellement encore plus nombreuses à consulter dans le public.

- Le coût total moyen d'un recours dans les FSU-Com est sensiblement plus faible grâce à la disponibilité des médicaments essentiels à bas prix.

Le coût d'un recours comprend à la fois le prix de la consultation, le prix des médicaments achetés et le coût du transport. Nous avons calculé chaque composante de ce coût pour une consultation curative effectuée par un médecin, pour des soins dispensés par un infirmier et pour une consultation prénatale.

Le prix des consultations.

Il a été demandé au patient de déclarer tout ce qu'il avait payé pour consulter. En plus du prix de la consultation, certains paiements annexes sont parfois inclus : l'achat du carnet de consultation lorsqu'il s'agit d'une première visite, l'achat du thermomètre, l'achat de gants ou le prix de l'examen d'urine pour les consultations prénatales.

Tableau n°4 : Le prix payé des consultations dans les différentes structures.

	FSU-Com		Formations publiques		Centres privés	
	moyenne	n	moyenne	n	moyenne	n
coût de la consultation adulte	1124 F	813	907 F	267	4558F	176
coût de la consultation enfant	896 F	764	737 F	105	1509 F	46
coût des soins infirmiers	866 F	140	504 F	151	655 F	136
coût de la consultation prénatale	657 F	1579	437 F	693	-	

n = nombre d'observations

D'après leurs déclarations, les patients payent les consultations un peu plus cher dans les FSU-Com que dans les formations publiques, mais la différence dans notre échantillon est relativement peu marquée. Pour les consultations curatives, notamment, elles sont moins importantes que ne le laissent présager les tarifs appliqués. Par ailleurs, il faut savoir que les formations publiques ont des tarifs très différenciés. Le tarif normal d'une consultation curative est de 500 F, mais les usagers bénéficiant d'une protection sociale payent 5000 F. Il existe aussi de nombreuses réductions et exonérations pour les agents de la santé publique et les clients qui passent pour tels. Enfin, certains établissements proposent des consultations de spécialiste dont le tarif est supérieur à celui de la consultation normale. Tout ceci contribue à expliquer pourquoi, dans notre échantillon, le coût constaté dans le public est supérieur au tarif normal de la consultation.

Le prix de la consultation d'un médecin dans les FSU-Com est en revanche près de quatre fois inférieur à celui pratiqué dans les centres privés. Au contraire, les patients payent les soins infirmiers plus cher dans les FSU-Com que dans le secteur privé. Cette catégorie de soins est cependant très hétérogène. Les prix pratiqués varient selon qu'il s'agit d'une consultation, d'une perfusion, d'un pansement ou d'une simple injection. Dès lors, la comparaison entre types d'établissement est difficile.

Le coût des médicaments achetés.

Nous disposons à partir de l'enquête, du prix moyen des médicaments achetés par les patients à l'intérieur de chaque type d'établissement. L'étude comparative des coûts est cependant difficile puisque les règles de délivrance des médicaments sont différentes d'une structure à l'autre.

L'objectif poursuivi par les FSU Com est de fournir aux patients une ordonnance complète. Les patients sont ainsi une majorité (60,4 %) à se procurer l'ensemble des médicaments prescrits à la pharmacie d'établissement. Les

autres patients n'ont pu acheter qu'une partie de l'ordonnance (18,4 % des cas), ou sont ressortis sans aucun médicament (18,9 % des cas). Les raisons alors invoquées sont le manque d'argent dans 21,8 % des cas, ou la prescription de médicaments non vendus à la pharmacie d'établissement dans 70 % des cas. Pour 6 % des cas seulement, le non achat d'une ordonnance complète résulte d'une rupture de stock à la pharmacie. Le tableau suivant présente la proportion de patients ayant acheté l'ensemble des médicaments de l'ordonnance dans les pharmacies des FSU Com et le prix moyen payé, selon la nature des soins reçus.

Tableau n°5 : Pourcentage d'ordonnances complètes achetées dans les FSU Com et coût moyen payé.

	Consultation médecin	Consultation infirmier	Consultation prénatale
% de patients ayant acheté tous les médicaments	69,2 %	64,2 %	54,7 %
Coût moyen payé	1649 F	2163 F	1017 F
nombre d'observations	1069	92	821

Dans les autres structures, le prix moyen des médicaments achetés au sein de l'établissement n'a pas une grande signification. Les patients sortent la plupart du temps sans aucun médicament ou, au mieux, avec seulement une partie de l'ordonnance. Très peu de centres privés proposent en effet la vente de médicaments. Dans notre échantillon, 84,8 % des patients interrogés n'ont acheté aucun médicament dans l'établissement. Dans 93 % des cas, cela résulte de la prescription d'une ordonnance à acheter à l'extérieur. Seuls 8 % des patients ont pu recevoir l'ordonnance complète.

Dans le public, la situation est plus complexe. Les formations sanitaires publiques ne sont autorisées à délivrer qu'un seul jour de traitement, sauf dans des cas exceptionnels où les produits prescrits ne sont pas divisibles. Le reste de l'ordonnance doit alors être acheté dans les officines privées. Les patients ne sont ainsi que 7,6 % à quitter les formations publiques avec l'ensemble des médicaments prescrits. Ils sont en revanche 18,8 % à n'avoir acheté qu'une partie de l'ordonnance et 73,5 % à n'avoir rien acheté du tout. La raison invoquée par ces personnes est la prescription d'une ordonnance extérieure dans 78,1 % des cas, ou le manque d'argent, dans 15 % des cas.

Le coût du transport.

Il est en général faible, et diffère très peu d'un type de centre à l'autre. Les patients des formations publiques et des FSU-Com ont en moyenne payé leur transport

au même prix (76,7 F pour les formations publiques, 75,7 F pour les patients des FSU-Com et 94,9 F pour ceux du privé). L'abondance des moyens de transport économiques dans les communes de Yopougon et d'Abobo rend l'accès aux centres de santé relativement facile et peu onéreux.

Le coût total d'un recours.

Pour apprécier le coût total d'un recours dans les centres publics et privés, il est nécessaire de rajouter à tout ce qui a été payé dans l'établissement le prix de l'ordonnance achetée à l'extérieur, puisque cela est généralement la règle. Une étude réalisée en octobre 1995 [6] auprès des officines privées avait montré qu'une ordonnance prescrite par un médecin d'une formation publique et achetée entièrement en officine revenait à 6950 F. Dans la même situation, une ordonnance prescrite par un médecin des FSU-Com s'élevait à 3781 F. Une ordonnance mixte (pharmacie d'établissement public et officine) coûtait 6456 F (1069 F + 5387 F). Enfin, une ordonnance prescrite par un médecin privé s'élevait quant à elle en moyenne à 9484 F. Le coût total d'un recours à un médecin dans une FSU-Com, lorsque tous les médicaments sont achetés à la pharmacie d'établissement, est alors 2,5 fois moins cher que dans le public, et près de 5 fois moins cher que dans le privé. L'étude précédente avait par ailleurs montré qu'en moyenne, 16 % des produits d'une ordonnance de coût total compris entre 5000 F et 9995 F n'étaient pas achetés par le patient par manque d'argent.

On retrouve ces ordres de grandeur dans notre échantillon lorsqu'on compare la moyenne du coût total payé par les patients selon la nature de leur premier recours.

Tableau n°6 : Prix moyen payé par les patients selon la nature de leur premier recours.

Nature du premier recours	Coût moyen du 1er recours	n
Médecin CS public	7774 F	89
Médecin CS privé	6892 F	19
Infirmier CS privé	6878 F	55
Médecin FSU-Com	3196 F	23
Automédication officine privée	3028 F	372
Automédication traditionnelle	2325 F	178
Automédication pharmacie par terre	1573 F	95

Le coût d'un recours à un médecin dans une FSU-Com est inférieur de moitié au coût du recours à un médecin ou à un infirmier du secteur privé, la

différence est encore plus grande avec un recours à un médecin du secteur public ; il est comparable au coût d'un recours à l'automédication dans une officine privée.

La perception des prix par les patients dans les FSU-Com.

Après avoir estimé le montant dépensé par les patients dans chaque centre pour se soigner, nous avons cherché à apprécier la manière dont ce coût était perçu. L'acceptabilité d'un tarif est en grande partie liée à la capacité de payer du patient mais aussi à une part d'appréciation personnelle, elle-même fonction de nombreux facteurs : perception de la qualité des soins, de la gravité de la maladie, situation sociale de l'individu etc... Elle constitue un indicateur de satisfaction de l'utilisateur.

Dans notre échantillon des FSU-Com, 91,3 % des femmes qui consultent en prénatale déclarent que le prix payé pour la consultation leur convient. Elles sont même plus nombreuses à porter cette appréciation que dans le secteur public (86,4 %) bien que le coût de la consultation dans les FSU-Com soit supérieur. Pour ce qui concerne le prix des consultations curatives, la satisfaction est moins importante : seules 68,7 % des personnes qui ont vu un infirmier sont satisfaites du prix qu'elles ont payé. La proportion est la même dans le public. Pour les consultations effectuées par un médecin, le pourcentage de patients non satisfaits du prix dans les FSU-Com est en revanche supérieur à celui des autres types d'établissement : 21,8 % déclarent que le tarif des soins ne leur convient pas contre 15,8 % dans le public et 8,8 % dans le privé. Les différences observées sont significatives.

Il est cependant difficile d'expliquer ce jugement concernant le prix de la consultation médicale dans les FSU-Com. On n'observe pas de différences significatives entre la perception du tarif enfant et celle du tarif adulte. De même, on n'a pas pu établir de lien entre la perception du prix et celle de la qualité. En effet, les patients non satisfaits du prix ne se démarquent pas des autres dans leur jugement sur la qualité. Enfin, parmi ceux qui ont déclaré avoir eu des difficultés à payer les soins, 40,6 % sont tout de même satisfaits du tarif de la consultation. Mais parmi ceux qui ont déclaré ne pas avoir eu de mal à payer, 13,1 % ne sont pas satisfaits (contre seulement 7,6 % dans le public). Il semblerait donc que pour certains patients, le prix de la consultation demandé dans les FSU-Com soit jugé trop élevé en référence au prix pratiqué dans les formations publiques. En effet, le prix que souhaiteraient payer les personnes non satisfaites des tarifs des consultations est de 539 F, prix très proche du prix normal de la consultation dans le public.

Globalement, les tarifs des FSU-Com semblent donc convenir à leurs patients. Les différences observées dans les perceptions du prix des consultations curatives et des consultations prénatales sont finalement assez logiques. Le prix des consultations prénatales dans les FSU-Com est en effet le même que dans certaines formations publiques, contrairement au prix de la consultation curative. Enfin, 96 % des patients des FSU-Com sont aussi satisfaits du prix payé pour les médicaments, et ceux qui ne le sont pas seraient prêts à payer (en moyenne) 1216 F, ce qui est très proche du coût actuel moyen d'une ordonnance.

La prise en charge des coûts dans les FSU-Com.

La personne qui a supporté le coût des soins dans les FSU-Com est soit celle qui a consulté elle-même (25.5 % des cas), soit quelqu'un de son entourage proche (le conjoint dans 54.7 % des cas, ou des parents dans 15,9 % des cas). Ces proportions sont semblables à celles des formations publiques. Au sein des consultations curatives, les hommes payent en majorité sur leurs ressources propres (65,1 %), contre seulement 9,8 % des femmes.

80,1 % des répondants déclarent avoir trouvé l'argent facilement pour payer leurs consultations médicales. Ils sont 92,8 % dans le privé et 83,3 % dans le public. On ne trouve pas de différence significative entre les femmes et les hommes. Les femmes qui consultent en prénatale sont aussi 86 % à déclarer qu'elles ont trouvé facilement l'argent pour payer leur consultation. Elles sont encore plus nombreuses dans le public (91,4 %). Cependant 34,9 % des répondants dans les FSU-Com déclarent avoir eu des difficultés à trouver l'argent pour payer les soins infirmiers, contre seulement 14,7 % dans le public. Enfin, 86 % des patients des FSU-Com qui ont acheté des médicaments ont aussi trouvé l'argent facilement.

Des pourcentages si élevés doivent cependant être interprétés avec précaution. L'enquête ne permettait pas d'avoir des entretiens approfondis avec les patients. Or, le fait d'avoir eu des difficultés à prendre en charge le coût de ses soins ou ceux de son enfant n'est pas forcément révélé de but en blanc par le patient. De plus, le fait que la personne qui ne supporte pas le coût ait trouvé l'argent facilement ne signifie pas que celle qui a effectivement pris en charge les soins n'ait pas eu de difficultés. On observe par ailleurs dans notre échantillon, des situations moins favorables. Pour 22,3 % de ceux qui n'ont pas obtenu une ordonnance complète, la raison invoquée est le manque d'argent. Ce nombre représente environ 8 % de l'échantillon total des FSU-Com. De même, 15,1 % des répondants déclarent avoir attendu au moins 3 jours, par manque d'argent, avant de consulter ; ils ne sont que 10,1 % dans les

formations publiques. Si pour un grand nombre de patients la prise en charge de leurs soins ne semble pas poser de problème, une frange de la clientèle reste néanmoins en difficulté face aux coûts du recours.

Il est cependant difficile d'expliquer les différences observées entre les patients des FSU Com et ceux des formations publiques, dans leur appréciation de la prise en charge du coût des consultations et dans leur temps de latence résultant d'un manque d'argent. Compte-tenu du profil socio-économique relativement proche des clients des formations publiques et communautaires, il semblerait que ces différences soient liées aux tarifs plus élevés pratiqués dans les FSU Com. Ces tarifs ne joueraient le rôle d'obstacle que parce que les malades ne font pas forcément l'addition du coût de la consultation et du coût des médicaments.

Conclusion

Les résultats obtenus par les FSU-Com dans le recouvrement des coûts et dans l'accessibilité aux soins sont encourageants. Ils montrent que des établissements autonomes et bénéficiant d'une très forte demande peuvent couvrir une grande partie de leurs charges grâce aux bénéfices issus des consultations curatives et de la vente des médicaments. Ils confirment par ailleurs qu'il est possible d'abaisser considérablement le coût moyen du recours en adoptant une politique d'approvisionnement et de prescription en médicaments génériques. Cette réduction du coût de l'ordonnance est un élément fondamental de l'amélioration de l'accès de la population aux soins. Dans notre enquête, 39,6 % des patients des FSU-Com déclarent que, avant de fréquenter cet établissement, il leur était arrivé de renoncer à se faire soigner à cause du coût des soins, et ils ne sont plus que 18,3 % maintenant à répondre de la même façon depuis qu'ils fréquentent les FSU-Com.

La disponibilité en médicaments génériques constitue la clef de la réussite des FSU-Com. Elle est l'élément essentiel de l'attraction des centres. Dans notre enquête, en effet, le fait de trouver des médicaments à un prix plus accessible vient en deuxième position dans les raisons du choix des FSU-Com (26,4 % des réponses), derrière la qualité des services (32,8 % des réponses), mais devant la proximité (23,1 % des réponses) qui constitue le deuxième facteur de choix dans les centres publics et privés. La disponibilité des médicaments génériques détermine alors en grande partie le niveau de fréquentation de l'établissement, et en particulier celui des consultations curatives, qui est lui-même l'un des principaux facteurs du recouvrement des coûts.

Toute l'attention doit donc se porter aujourd'hui sur les conditions permettant d'assurer la délivrance d'ordonnances complètes en médicaments génériques. Il s'agit d'abord d'abandonner la règle qui réserve les médicaments génériques fournis aux formations sanitaires publiques au traitement du premier jour. Si elle était appliquée aux FSU-Com, elle ruinerait tous les efforts engagés jusqu'à présent pour augmenter l'offre de soins de premier niveau dans l'agglomération d'Abidjan. Il est nécessaire ensuite d'améliorer les conditions d'approvisionnement des pharmacies de ces établissements. Bien que l'efficacité de la Pharmacie de Santé Publique soit en amélioration constante, sa situation de monopole laisse les établissements entièrement dépendants de ses aléas d'approvisionnement, de ses choix de fournisseurs et de produits, et de ses délais de livraison. La régularité de l'approvisionnement au sein des FSU-Com est alors souvent un exercice périlleux. L'hypothèse d'une diversification de l'offre au niveau national mériterait d'être sérieusement envisagée. Elle permettrait en outre d'obtenir des prix de médicaments encore plus compétitifs.

De nouvelles ressources doivent aussi être mobilisées afin d'asseoir durablement les activités des centres. Il semble en effet difficile d'obtenir encore des gains importants de productivité dans la production des soins. Dans beaucoup d'établissements, les services des consultations curatives sont déjà presque saturés. La charge de travail des médecins est particulièrement lourde. En moyenne, ils voient jusqu'à 40 patients par jour (cf annexe 2). Dans une logique purement financière, une augmentation modérée du prix des services très fréquentés et rémunérateurs (les consultations d'adultes par exemple) permettrait alors d'augmenter les ressources des établissements de façon importante. Une hausse des tarifs est cependant toujours délicate. Si pour la majorité des patients la prise en charge des coûts de la consultation semble bonne, la frange de la clientèle actuellement en difficulté risquerait cependant d'être exclue par une augmentation de prix. De plus, les tarifs de la consultation sont déjà relativement élevés, notamment par rapport aux tarifs pratiqués dans le secteur public. Une hausse pourrait alors devenir rédhibitoire pour certaines personnes, surtout si l'on observait par ailleurs une baisse de la qualité des soins ou de la disponibilité en médicaments.

Une solution pourrait être le développement d'une mutuelle : une étude de faisabilité est d'ailleurs en cours de réalisation.

Une aide externe doit donc être privilégiée. Il reste néanmoins à en définir les contours. Il est possible d'imaginer une prise en charge d'une partie des amortissements, en particulier de ceux concernant les bâtiments et certains gros équipements, par des agents externes tels que l'Etat, les communes ou les

baillleurs internationaux. Seuls les amortissements concernant le mobilier et le reste des équipements seraient alors financés par les centres. On doit aussi s'interroger sur la part revenant à l'Etat dans le financement des programmes de santé publique tels que la vaccination ou d'autres activités appelées à se développer comme le dépistage et la prise en charge des malades tuberculeux. Les centres bénéficient actuellement de la gratuité des vaccins, mais toutes les charges relatives au service leur incombent et pèsent lourdement sur leur équilibre financier. Une subvention de l'Etat accordée aux établissements en fonction des résultats obtenus serait tout à fait justifiée sur ce type de service comprenant de nombreuses externalités et ciblés sur des populations incluant les plus pauvres.

Telles sont quelques-unes des conditions d'un succès durable des FSU-Com, dont les activités contribuent de façon désormais évidente à la prise en charge des besoins de santé de la population d'Abidjan puisqu'elles couvrent actuellement plus du tiers des consultations de base à Abidjan. La poursuite de l'analyse des facteurs de pérennisation, à travers les autres volets de l'étude, doit permettre d'assurer la viabilité à long terme de ces structures et de poursuivre la dynamique engagée.

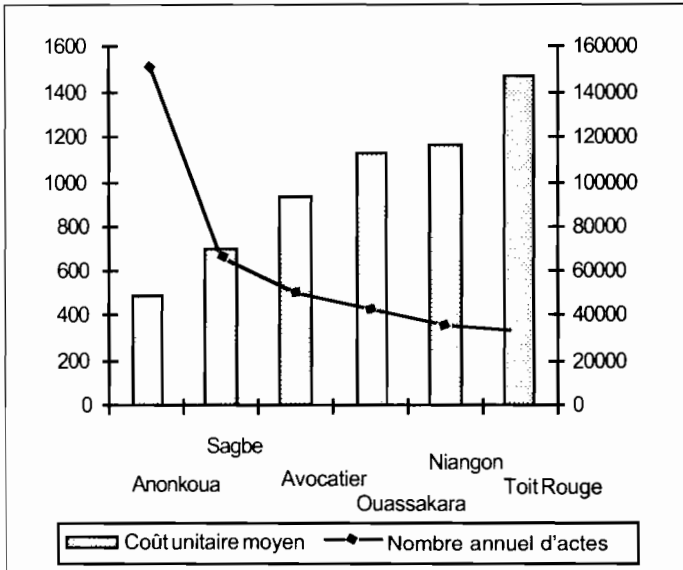
La formule, initiée par la Coopération française à partir de l'expérience du Mali [7], a été reprise par d'autres agences de développement et est maintenant relayée par le Ministère de la Santé Publique qui a débuté la mise en place de 22 centres de santé à vocation communautaire dans les quartiers les plus défavorisés d'Abidjan. Cette expérience s'étend également au milieu rural où plusieurs formations sanitaires sont en cours de réalisation.

Bibliographie

1. Ministère de la Coopération et du Développement, Projet Santé Abidjan 1992-1996, déc. 1992, 162 p.
2. BARBE T., Les Formations Sanitaires Urbaines à base Communautaire d'Abidjan. Bilan au 25 Décembre 1996, DRS PSA, 1996, 69 p.
3. OMS, Une méthodologie pour le calcul des coûts des soins de santé et leur recouvrement, Guinée, Doc. technique, WHO/ICO/MESD.2, 1992, 92 p.
4. CREESE A., PARKER D., Cost Analysis in Primary Health Care : a training manual for programme managers, WHO&UNICEF, 1990, 138 p.
5. ETE J., JEAN BAPTISTE E., Analyse comparée des FSU com et des établissements de soins publics et privés, CEPRASS, octobre 1998, 104 p.
6. GUESSAN BI G.B., PORTAL J.L., Accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan, deux ans après la dévaluation, DRS, janvier 1996, 24 p + annexes.
7. AGIKNANE A., SANGHO H., DIAWARA A., 1997 Inventer une médecine de quartier : l'expérience de Bamako in J. BRUNET-JAILLY (sous la direction de) Innover dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest Paris, Karthala, pp 153-156.

ANNEXE 1

Coût unitaire moyen de l'ensemble des actes dans les FSU- Com en fonction de leur niveau d'activité.



ANNEXE 2

Nombre d'actes par personnel soignant et par jour selon les services des FSU Com.

	Consultation médecin	Soins infirmiers	Accouchement	Consultation prénatale	Vaccination et pesée
Ouassakara	34	9	3	28	39
Niangon	35	7	1,5	10	25
Toit Rouge	40	14	0,74	6	34
Anonkoua	54	40	2,24	34	55
Avocatier	39	18	3,86	16	37
Sagbé	42	8	1,71	10	44
Akeikoi	27	11	-	-	-
Moyenne	40	15	2,18	17	39

CHAPITRE 14

Pourquoi et comment l'Etat devient-il entrepreneur social ?

par Thierry BARBE

Les communes d'Abidjan (environ 2,5 millions d'habitants) ont connu une croissance exceptionnelle dans les 15 dernières années. L'offre de services publics, notamment ceux qui fournissent des soins de premier niveau, n'a pas suivi.

Le Projet Santé Abidjan est le résultat d'une convention franco-ivoirienne. Il prévoit entre autres la réalisation d'un programme de diversification de l'offre de soins de premier niveau en milieu urbain, dans deux communes d'Abidjan (celles de Yopougon et d'Abobo), par le développement d'un réseau de centres de santé privés et associatifs. Le projet prévoit que l'ensemble des instruments d'intervention (financements et assistance technique) sera placé au sein de l'administration du ministère de la santé. La combinaison d'une équipe d'assistants techniques coopérants et de cadres des services du ministère, à la fois centraux, régionaux et communaux doit réaliser l'ensemble des activités programmées. C'est donc à ces acteurs qu'est revenue la tâche de créer les associations d'usagers gestionnaires des centres de santé par des regroupements volontaires de personnes.

Quand la société ne produit pas spontanément une réponse à un problème, et si l'option de ne rien faire a été écartée, les alternatives pour l'Etat sont soit de faire soi-même - et c'est le mode d'intervention majeur de l'Etat en Afrique - soit de "faire faire". Faire faire, après avoir aidé à constituer le partenaire, telle est l'option que nous analysons ici, parce qu'elle a été mise en oeuvre dans le cadre du Projet Santé Abidjan.

Le rôle de l'Etat est exceptionnellement analysé sous l'angle de la création d'un secteur privé sanitaire à but non lucratif à côté du secteur public et du secteur privé libéral et commercial. La question de la constitution d'un réseau associatif urbain par les autorités administratives pose problème. Créé artificiellement par des agents de l'Etat, ce réseau associatif semblerait mal parti : soit il serait destiné à devenir un simple exécutant du ministère de la santé (il perdrait son avantage comparatif), soit il serait destiné à disparaître avec l'incapacité de l'Etat à maintenir des structures artificiellement créées (il perdrait

alors sa raison d'être), soit encore il deviendrait concurrent au risque de se faire détruire par l'Etat. Nous devons donc tenter d'expliquer comment ce rôle "d'entrepreneur social" peut concilier la nature des objectifs - privés - et celle des moyens - publics - mis en oeuvre.

Douze créations associatives : une typologie des méthodes d'intervention

Sur les douze associations créées, six l'ont été principalement à partir d'un regroupement des associations de quartier, et les six autres avec l'appui prédominant de structures villageoises traditionnelles et/ou d'organisations religieuses (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Les établissements considérés et leurs principales caractéristiques

Origine des associations	Etablissements	Animateur principal	Bâtiments disponibles	Implications villageoises	Implications religieuses	Rôles des associations de quartiers
Associations de quartiers	TOIT ROUGE	Service social	+			+
	SAGBE	Service social	+			+
	NIANGON	Service social				+
	PORT-BOUET II	ONG				+
	ATTIE	Service social				+
	AVOCATIER	Service social			+	+
Villages et/ou congrégations	ANOUMABO	ONG	+	+		+
	AKEIKOI	Direction régionale		+		
	ANONKOUA	Direction régionale	+	+	+	
	KOUTE	Direction régionale	+	+		
	ABOBO BAOULE	ONG	+	+		
	AKLOMIABLA	Direction régionale				+

- Regroupement d'associations de quartiers

Dans un cas, à Sagbé (commune d'Abobo), un premier "travail social" avait été préalablement entrepris par des personnels sociaux de la commune et de la région, encadrés par une direction centrale du ministère de la santé et par l'Unicef : réunions de quartier, aide à l'émergence de "leaders" aboutirent à la constitution de comités de développement local dans chacun des quartiers de Sagbé. Les six comités ainsi constitués choisirent leurs priorités, et la démarche aboutit donc à la définition d'objectifs multiples. En outre, comme les comités n'avaient guère de moyens internes ou alloués, ils n'ont pu que revendiquer ou supplier les autorités municipales.

Pour créer l'association gestionnaire, les mêmes travailleurs sociaux entreprirent une sélection directe parmi les membres des six comités de base (30 sur 60). Cette sélection, basée sur des critères simples de capacité à lire et à écrire, se fit sans conflits. Les personnes sélectionnées ont alors été appelées à constituer un groupe associatif et à participer aux différentes réunions de travail. Elles se sont organisées en véritables associations avec représentants élus, réunions, textes constitutifs et autorisation légale. Le président élu, lui-même membre responsable d'un parti politique, a choisi les membres du conseil d'administration principalement parmi ses amis politiques, mais aussi parmi ceux d'un camp opposé au sien.

Les six sous-comités du départ ont continué à avoir leur propre vie. Ils se sont regroupés en un "grand comité" avec un président. Ce "grand comité" a continué à travailler et à revendiquer tout en étant fortement handicapé par le manque de moyens, par des rivalités internes et par un manque d'intérêt croissant, de la part à la fois de la population et de l'administration centrale. Le "grand comité" revendiquait un droit de regard et une participation au conseil d'administration de l'association gestionnaire. Bien que les membres du conseil d'administration de l'association participent aussi au "grand comité", ce droit de regard ne fut pas reconnu par l'association qui se plaçait en rivale dans le quartier.

Ainsi deux projets de l'administration, montés par les mêmes travailleurs sociaux mobilisés selon deux schémas différents, sur la suggestion de partenaires extérieurs différents aboutissent à une rivalité de notables et de groupes.

Dans quatre cas, à Toit Rouge, Ouassakara, Niangon (commune de Yopougon) et Avocatier (commune d'Abobo), aucun travail préalable n'avait été entrepris. Des travailleurs sociaux, basés dans les centres sociaux des communes, ont entrepris des visites de porte à porte. Ils avaient pour tâche de rechercher des responsables d'associations : associations de résidents, de locataires, de propriétaires, de parents d'élèves, de paroissiens, de vendeurs, de balayeurs, de femmes, de jeunes, de sportifs ou de "ressortissants de...", etc. Chaque responsable associatif ainsi identifié, a été contacté, les principes de la gestion associative d'un centre de soins lui ont été expliqués en détail. Dans chacun des futurs sites d'implantation des centres de santé, il a été demandé aux associations d'envoyer des représentants à une réunion générale d'information, à l'issue de laquelle les plus motivés se sont regroupés pour élaborer des textes, puis pour les faire adopter en assemblée générale. Les responsables de la nouvelle association ont été élus en assemblée générale.

Les agents de l'administration ont accompagné chacune de ces étapes, en assurant le secrétariat des réunions (distribution des convocations, mise au

point des ordres du jour, rédaction des procès-verbaux, dactylographie des textes), en faisant partager les expériences et les textes des autres associations.

A Toit Rouge (commune de Yopougon), historiquement le premier projet, la mobilisation de l'administration a été plus difficile. Au sein du centre social dont le secteur dépendait, la plupart des travailleurs sociaux avaient exigé pour cette activité des rétributions supplémentaires, qui leur ont été refusées. Seules deux assistantes sociales ont bien voulu participer bénévolement, exprimant le désir d'être mutées au centre de santé communautaire, une fois qu'il serait ouvert. Mais lorsque l'association a été créée, les deux travailleurs sociaux volontaires se sont retirés, en laissant aux directions communales et régionales la tâche d'encadrer les étapes suivantes qui devaient aboutir à l'ouverture de l'établissement (choix des activités, de tarification, de recrutement et d'équipements).

Dans un premier temps, bien qu'ayant participé à l'élaboration et à la définition des objectifs du Projet Santé Abidjan, la mairie de Yopougon n'acceptait pas les principes gestionnaires des centres de santé communautaires : elle craignait que l'association ne devienne un foyer politique d'opposition. Interpellée par les autorités politiques de son propre bord, la mairie a finalement laissé le projet se développer, mais en intervenant le moins possible, prenant ses distances et ne signant pas la convention qui devait la lier à l'association (bien que, par ailleurs, le président de l'association et le maire appartiennent au même parti politique).

Les rythmes administratifs, notamment ceux de l'octroi de subventions, de la signature des conventions, des décisions de financements, de l'engagement des actions, sont beaucoup plus lents que ceux des conseils d'administration. Comme le projet est exécuté par l'administration, la lenteur de cette dernière décourage les animateurs des associations, de telle sorte que la participation aux réunions des premiers membres du conseil se réduit au fur et à mesure que le temps passe ; ne restent bientôt en général que le président, le vice-président, le trésorier et le secrétaire général. Comme pour d'autres associations (cf. plus bas : à Attié-Ouassakara et à Avocatier) il leur est difficile, voire impossible, de maintenir la mobilisation de tous les membres quand les décisions dont ils dépendent se font attendre ; et ce d'autant que leur participation au conseil n'a pas été complètement réfléchie et mesurée.

A Niangon, cité périphérique de Yopougon, les personnels sociaux sont encore une fois au coeur des activités de création associative. Ils n'ont connu ni obstacles ni oppositions majeures, bien qu'eux aussi aient eu des difficultés à trouver les moyens de leur transport. C'est plus tard qu'ils sont entrés en

conflit avec les associations, à propos de la poursuite de leur participation aux différentes réunions de l'association, de l'accès à l'information, notamment concernant les finances et les recrutements, de l'apport et l'appui que les services sociaux pouvaient - ou ne pouvaient pas - fournir. Le centre social a pourtant continué à héberger et aider l'association. Forte de son expérience antérieure, la mairie adopta une position plutôt bienveillante, mais pas au point d'assister aux assemblées générales ou de signer les conventions.

A Attié-Ouassakara, au coeur de Yopougon, les procédures utilisées sont les mêmes qu'à Toit Rouge. Mais la procédure, là encore endossée par des travailleurs sociaux, a rencontré tout à la fois un soutien sans réserve et une opposition de principe au sein des quartiers visés. En effet pendant que le travail social se réalisait sans encombre à la base, un membre du conseil municipal, informé que le centre serait géré par "la population" du quartier choisi pour l'implantation du bâtiment, a entrepris de monter une sorte de vaste coalition de représentants "ethniques" et d'"anciens", à la tête de laquelle il s'est fait acclamer. Cette procédure était irrecevable pour l'administration parce qu'elle excluait totalement les résidents des quartiers voisins (pourtant rapprochés, mais non inscrits sous le nom donné à l'établissement "Attié-Ouassakara"), parce qu'elle avait un substrat et des implications trop ouvertement ou trop directement politiques et parce que des promesses "d'indemnisation" avaient été formulées.

Cette coalition n'a pourtant pas résisté au travail des personnels sociaux. Il s'est trouvé en revanche un petit groupe, fortement animé par ce même conseiller municipal, pour écrire des lettres menaçantes, faire signer des pétitions et essayer de s'imposer directement au Ministère de la Santé ou à la Présidence de la République. Grâce à la menace d'agitation, ce groupe a réussi à faire reporter par l'administration centrale, sous-informée ou timorée, plusieurs réunions d'assemblée générale. Ils ont provoqué de nombreuses réunions au cabinet du ministère de la santé. En fin de compte, l'assemblée générale, avec ses élections, s'est tenue. Ses résultats ont été validés. Des menaces personnelles et d'agitation publique ont néanmoins longtemps couru après la tenue de l'assemblée générale. L'administration centrale a eu toute les peines du monde à prendre une position claire, tout en restant conciliante, et à s'engager fermement du côté de ses propres agents périphériques, nommément accusés.

Dans l'autre commune, celle d'Abobo, à Avocatier, la procédure est similaire : mobilisation des travailleurs sociaux, identification des associations, réunions informatives, rédaction des textes, assemblée générale. Toutefois la situation sociale du quartier est différente. Aux côtés des deux villages traditionnels se presse une importante population récemment arrivée. Un groupe,

pourtant actif dans les différentes phases de la constitution de l'association, s'est plaint à la mairie de ce qu'il "n'était pas impliqué". Ce groupe, centré sur un personnage à la fois originaire du village traditionnel et gros propriétaire, avait la crainte qu'un groupe rival, centré lui sur des "allogènes", les nouveaux résidents, ne vienne prendre le contrôle de l'établissement. La mairie est intervenue et a fait reporter une date d'assemblée générale pourtant choisie par accord entre l'administration et tous les représentants associatifs du quartier. Mais bientôt, se rendant compte qu'elle avait été "manipulée" par les demandeurs, la mairie a alors entrepris une procédure de conciliation qui a abouti à maîtriser le nombre et la qualité des participants aux réunions constitutives ainsi que les résultats des élections.

Dans un cas, le dernier en date, à Port-Bouët II (commune de Yopougon), le travail de regroupement associatif a été effectué par un travailleur social agissant dans une ONG nationale active sur le terrain sanitaire en milieu urbain. Son action était formalisée par une convention signée entre le Projet Santé Abidjan et l'ONG. En dépit de sa connaissance du terrain, certains groupes, craignant de se voir écartés du contrôle de l'association, ou effectivement ni recensés ni convoqués, ont fait intervenir le maire pour qu'il valide (c'est-à-dire adapte, voire censure) la liste des représentants associatifs identifiés et mobilisés. L'intervention du maire n'a pas modifié sensiblement la liste des représentants associatifs appelés à participer à l'assemblée générale. Une première réunion d'assemblée générale a pourtant dû être repoussée. Une deuxième réunion s'est tenue quelques temps après. Un des candidats a alors pensé manipuler les votes en faisant venir des cars entiers de sympathisants et en essayant de ne pas tenir compte des listes de représentants convoqués. La réunion a été une nouvelle fois annulée. Une troisième réunion a finalement permis d'élire un conseil d'administration et d'adopter les textes, non sans conflits avec des groupes se prétendant sous-représentés. L'élection se fit essentiellement sur des critères religieux, où s'opposaient implicitement chrétiens et musulmans. L'implication de l'administration, dans ce cas, est considérablement réduite.

- Regroupements villageois ou religieux

Dans cinq cas, à Anoumabo (commune de Marcory), Anonkoua-Kouté, Akeikoi, Abobo Baoulé (commune d'Abobo) et à Kouté village (commune de Yopougon), les villages d'origine, bien que gagnés par la ville, ont conservé leurs structures collectives traditionnelles, basées sur un renouvellement régulier et consensuel des générations, chefferies et notabilités au pouvoir. Dans la majorité des cas il existait des bâtiments destinés à abriter des dispensaires et/ou des maternités, mais non mis en service par l'administration

du Ministère de la santé. La perspective de l'ouverture de l'un d'eux, mais aussi l'intérêt de la personnalité juridique et du développement, ont amené certains représentants villageois à vouloir créer des associations gestionnaires. Ils sont alors entrés en contact avec l'administration et le Projet. Dans d'autres cas, c'est l'administration qui a pris contact avec les villageois et leur a soumis le projet de création associative comme point de départ en vue de l'ouverture d'un établissement de soins. Dans tous les cas les associations dont nous traitons ici ne sont pas ouvertes, en ce sens qu'elles n'admettent comme nouveaux membres que ceux qui auront été désignés par la chefferie ou par les congrégations religieuses.

A Anonkoua-Kouté, sous l'impulsion des religieux et des villageois, l'établissement était en route. Le projet est venu ultérieurement, et notamment pour aider l'établissement à asseoir son organisation et son institution. L'administration a certes résisté à collaborer avec un établissement où les religieux étaient trop visiblement impliqués, mais le plus difficile fut d'obtenir les autorisations des autorités religieuses de tutelle ! En fin de compte, ni l'administration, ni le projet n'interviennent de façon déterminante dans cette association.

A Kouté village, grâce à un appui politique, le village avait obtenu d'un industriel local la construction d'un bâtiment. Sollicitée d'intervenir, l'administration a choisi de proposer au village de créer une association avec des représentants choisis par le chef du village et validés par une large assemblée de notables. L'association s'est créée sans grand appui administratif. Les liens fonctionnels avec le Projet et avec l'administration sont restés assez lâches de telle sorte que, lorsqu'un conflit politique a éclaté entre le chef de village, le maire, le député et le président de l'association, l'administration était incapable d'intervenir pour que le conflit n'ait pas d'incidence sur le fonctionnement du centre de santé.

A Anoumabo, la mairie de Marcory, dont le site dépend, avait antérieurement construit un bâtiment destiné à abriter un dispensaire. Le village ayant échoué dans sa tentative d'obtenir des personnels publics pour ce dispensaire s'est tourné vers la solution des centres de santé communautaires. Une ONG (la même qu'à Port-Bouët II), anciennement implantée à Anoumabo, a été sollicitée pour aider à la constitution de l'association gestionnaire. Celle-ci devait "panacher" des représentants de la chefferie villageoise et des représentants des "allogènes", c'est-à-dire des nouveaux résidents, ceux-ci étant représentés sur une base ethnique. Une fois encore l'administration est restée à distance de tout ce processus qui a abouti sans conflits à la constitution de l'association.

Dans le cas d'Akeikoi (commune d'Abobo) une association préexiste, qui n'est pas spécialisée dans le domaine de la santé : elle regroupe principalement ceux des villageois traditionnels qui veulent participer au développement de leur village, et elle est en partie ouverte à tout nouveau membre villageois. A la suite d'une demande de cette association, la Direction régionale de la Santé décide de lui faire une place parmi les associations du Projet Santé Abidjan. Aucun travail social n'a donc été nécessaire.

Le cas d'Abobo Baoulé est comparable. Un bâtiment municipal préexistait. Le travail de création associative a été entrepris spontanément par une autre ONG urbaine. L'association ainsi créée regroupe en assemblée générale des représentants désignés par les chefs des sept villages des alentours. L'administration est peu intervenue dans ce processus.

Dans le cas d'Aklomiabla (commune de Koumassi), l'initiative appartient entièrement à une congrégation religieuse et à une paroisse catholique. Il n'y a pas de village ni de chefferie pour orienter l'association qui, regroupant paroissiens et congrégations, n'a eu besoin de l'appui de l'administration régionale que pour la rédaction de ses documents.

Les raisons de l'intervention étatique, ses conditions et ses circonstances

En Côte d'Ivoire, la volonté, toute jacobine, de dépasser l'hétérogénéité ethnolinguistique a historiquement entravé le développement autonome d'un champ associatif. De plus, et selon un ancien directeur général de la santé, "la probabilité qu'une association soit fiable et pertinente est réduite en Côte d'Ivoire". C'est que l'histoire des associations et des ONG, auxquelles on associe volontiers celle des coopératives paysannes, est dans toutes les mémoires. Dans les années 70 les associations ont été source de revenus et marchepied politique pour de nombreux leaders locaux. Leurs capacités de gestion, leurs capacités de mobiliser, leurs potentialités stratégiques, la confiance entre les associés, ne paraissaient pas telles qu'un agent administratif puisse leur confier facilement une responsabilité de gestion, sous peine de voir bientôt son nom associé à d'éventuelles malversations.

Comme dans l'ensemble du champ économique, les relations conventionnelles et contractuelles n'offrent pas une garantie suffisante face à tous les risques, fortement surévalués d'ailleurs, de non respect des clauses du contrat [1]. A *fortiori* quand il s'agit d'un administrateur qui devrait déléguer, car il n'est pas dans les habitudes administratives de fonctionner ainsi. A voir comment l'administration a pris soin de baliser les créations associatives, ou de s'en

dégager ("Ça c'est politique : nous devons rester au dehors" a dit un fonctionnaire quand le projet d'association de Kouté Village lui est parvenu), l'on peut formuler l'hypothèse qu'avec une association créée à son initiative, l'administration se donne les moyens de réduire les possibilités de dérapage par la maîtrise, non seulement des procédures mais aussi de l'accès à l'information -facteur de confiance et de réduction des conflits- en tout point du système : il lui suffit de préciser elle-même ce qu'elle veut. Les objectifs des uns et des autres ne sont alors pas divergents.

Si la structuration de la société civile est un objectif souvent affirmé de la coopération Nord-Sud, il est rarement mis en pratique, quoique le modèle d'une telle coopération existe [2]. Pourtant ici, la présence d'une assistance technique étrangère a joué un rôle particulier dans l'engagement de l'administration. L'effet de cette coopération extérieure, mais immergée dans l'administration, a influencé le processus de création associative à plusieurs niveaux. Sous le regard extérieur, le sentiment de crise et d'échec des services publics de soins se développe immédiatement parmi les agents administratifs intermédiaires, qui en sont parfaitement conscients mais n'osent d'ordinaire s'en ouvrir à personne. Les multiples recherches produites par les équipes ivoiriennes, et les multiples échecs dans les tentatives d'amélioration de la productivité et de la qualité des services publics, réalisées grâce à l'appui du Projet Santé Abidjan, ont certainement modifié la perception du système public de soins. Le projet offre donc une vision intérieure des services en régie directe. La nécessité de réformer ce système aussi bien que la difficulté d'une telle entreprise, ont conduit les agents intermédiaires du ministère à s'orienter, de plus en plus ouvertement, vers des alternatives jugées plus prometteuses.

La présence des assistants techniques, étrangers aux enjeux locaux, offre aussi la vertu d'un partage des responsabilités et des risques avec les administrateurs. De plus c'est une forme de garantie et un gage de persévérance, sécurisant tout le monde, y compris et surtout l'opérateur privé placé face à l'administration. Car, tout comme nous avons vu les administrations se méfier des associations, les associations se méfient des administrations. Les associations ont toutes exprimé la crainte que l'administration, sanitaire comme municipale, ne respecte pas ses engagements ou que l'administration "n'abuse" d'elles (elles craignaient que les administrateurs ne "monnayent" la délégation de gestion). Elles ont toutes, associations urbaines ou associations villageoises, clairement insisté pour que les assistants techniques français suivent attentivement le processus.

Il est probable aussi que le contexte expérimental du projet, qui l'opposait à un programme sanitaire cadré et bureaucratique, a facilité l'engagement de

l'administration. Le projet n'était arrimé à aucun programme sanitaire national formellement identifié. Il n'avait pas de soutien politique majeur, hormis celui du Maire général des dix communes d'Abidjan qui cherchait à se faire valoir en prévision de la Conférence mondiale des maires. Tout au plus le projet était-il perçu par les étages supérieurs du Ministère comme "destiné aux quartiers défavorisés et précaires" de la ville, alors qu'il ne l'était pas. Les centres de santé communautaires se sont développés dans une sorte de vide juridique : il n'y avait pas de textes les interdisant (à travers les outils que sont la convention avec une association, les dispositifs de tarification, mais aussi ceux de l'exercice salarié du médecin et de la mise à disposition de personnels par l'administration) pas plus qu'il n'y en avait pour les réguler. Il n'y a pas eu non plus de réelle transgression. Ce vide juridique semble avoir été source de liberté d'usage et d'interprétation par les services administratifs, donc d'adaptation au contexte social. Toutefois, face à cette nouveauté, l'administration déconcentrée a tenu à ce que ce soit le Ministre lui-même qui signe les conventions le liant aux différentes associations.

En théorie l'administration, à la différence du politique et des gouvernants, se plaît à penser qu'elle agit selon un cadre déterminé et uniforme. Ses fonctionnaires répètent à l'envie qu'il faut "uniformiser" ou qu'il faut des "instructions". Si l'Etat se pense l'expression de la volonté générale, il en devient le seul dépositaire, grâce à l'action de l'administration. En Côte d'Ivoire, bien que les logiques bureaucratiques historiques soient en principe uniformisantes, l'uniformité n'est ni déterminante ni systématique et l'administration n'agit pas que selon les cadres prédéterminés, notamment quand elle s'investit dans un projet. La relation entre un usager et l'administration est faite d'exceptions, de cas particuliers, de passe-droits, de relations personnelles, en bref elle est personnalisée. Il est dès lors plus pertinent de considérer l'administration dans son hétérogénéité. Elle est comme soumise à la diversité des motivations et acteurs. Tout comme les usagers qui se cherchent dans l'administration un espace où faire valoir leurs droits ou leurs passe-droits, les agents de l'administration, notamment ceux de la base, se cherchent des espaces de liberté où ils sont partie prenante. Ils y revendiquent plutôt la légitimité sociale de leurs actions ("Il faut bien se soigner", "dans l'administration on ne peut rien faire", "il y a trop de pauvres qui n'ont pas accès aux soins" ou "ce n'est pas là qu'on va être bien reçu" disaient les assistants sociaux en parlant des services publics de soins, dont ils ont aussi à souffrir comme usagers) que la traditionnelle légitimité de soumission à la sphère politique, seule invoquée par la hiérarchie administrative supérieure.

La mise en place de la tarification des actes et des soins dans les formations sanitaires publiques (avec affectation d'une grande partie des recettes à la gestion

locale), concomitante à la création des premières associations, a supprimé le dernier verrou conceptuel qui entravait autonomisation et décentralisation dans le service public. Dès lors que l'Etat assurait, dans ses services, la collecte de revenus et leur gestion locale, il a permis une qu'approche autonome, partiellement "privatisée", et surtout décentralisée des interventions du service public se développe. A ce moment, le passage à une offre de soins à caractère public, autonome et payante mais un peu plus privée dans son mode de gestion, devenait possible.

Dans leurs interactions avec les associations urbaines en gestation, les agents animateurs sont confrontés au dilemme entre i) organiser directement - le changement ou la gestion des problèmes - en s'imposant et ii) respecter la dynamique interne de l'organisation qu'ils soutiennent. Les orientations des associations ne sont pas toujours celles que les animateurs auraient espérées. Ainsi lorsque les associations ont privilégié certaines actions (un recrutement excessif ou une grille de tarification différente de celle des services publics) au détriment d'autres, jugées prioritaires par l'administration (comme l'ouverture à de nouveaux membres, le respect des procédures démocratiques internes de l'association ou une campagne active de promotion), les administrateurs ont hésité à intervenir. Lorsqu'ils le firent, ce fut sans chantage ni position autoritaire. Les situations de compromis sont alors nombreuses : tarifs négociés, discrète campagne de promotion, accroissement modeste de l'adhésion. L'on voit que les agents de l'administration tentent de promouvoir, dans les associations, à la fois la mise en place de procédures démocratiques et le maintien de l'ouverture de l'adhésion à de nouveaux membres. Les principes de fonctionnement des associations semblent alors leur servir de substituts aux principes de base de l'action administrative, que sont l'équité et l'accessibilité. Si l'assise sociale de l'association est une valeur essentielle pour l'administration il faut aussi observer que l'administration s'est inventée une procédure qu'elle s'est ensuite efforcée de suivre.

Nous avons observé qu'une structuration déterminée, et officialisée par l'autorité administrative, de l'inclusion d'acteurs dans le processus de création associative, peut un temps polariser les hostilités comme à Ouassakara ou à Port-Bouët II avant qu'une paix vigilante ne s'installe. A l'inverse elle peut aussi, comme à Avocatier, aboutir à un compromis et une entente entre des groupes rivaux (les anciens du quartier contre les nouveaux, les "allogènes") qui, en absence de démarche officielle, n'auraient pas existé. Le milieu est certes conflictuel. Les zones de conflit et les oppositions sont nombreuses : conflits d'ancienneté (Avocatier), conflits fonciers (Kouté), conflits religieux (Port-Bouët II), conflits politiques (Sagbé) etc. La création d'une association et la délégation de gestion viennent selon les cas susciter, justifier ou réveiller ces conflits. Si

ces conflits ont pu surprendre l'administration peu instruite de l'histoire des quartiers et peu préparée à y imposer consensus ou arbitrages, elle n'a jamais abandonné un projet en raison des conflits qui s'y révélaient, mais elle a étalé son action sur une durée considérable. En revanche elle a du rechercher systématiquement la confiance des étages supérieurs du Ministère.

Quand existent une chefferie ou des représentations traditionnelles, les positions ouvertement favorables à la démocratie ne peuvent être maintenues. En présence d'associations villageoises où le leadership est prédéterminé, la délégation d'autorité ne peut se faire qu'au profit des chefs et notables traditionnels, et aucune redistribution démocratique des pouvoirs ne peut être exigée par l'administration : ses capacités de négociation y semblent les plus faibles. Dans chacun des villages concernés, elle a beaucoup moins qu'ailleurs cherché à intervenir et à orienter les choix de personnalités ou les décisions de l'association.

C'est probablement dans le partenariat - fortement pédagogique - avec les associations et les collectivités locales (mairies) que les agents de l'administration apprennent la valeur qu'il y a à "céder de l'espace public" et de la "responsabilité publique". Les négociations menées sur un sujet ou un autre - patrimoine, construction, insertion de nouveaux acteurs dans le processus de création associative, détermination des responsabilités de l'association, rédaction des textes constitutifs, élaboration des grilles de tarifs, des conventions - leur ont donné un pouvoir auquel ils n'étaient pas habitués. Mais cette acquisition suppose que les agents de l'administration, qui se placent dans la sphère publique, rompent avec une position subie, dans l'administration comme dans la société. Créer est habituellement un processus politique, rarement administratif. Ici l'administration propose - ou au moins tolère - une relecture des priorités politiques à travers ses structures les plus périphériques.

Les questions politiques sont en permanence présentes. Les trois premiers présidents d'associations ont des responsabilités politiques clairement affirmées. Ils appartiennent au parti au pouvoir, qui est celui de la majorité des cadres périphériques du Ministère de la santé. Ces derniers n'y ont vu aucun inconvénient. Pensant faire obstacle aux associations accaparées par l'opposition, un nouveau Ministre de la santé a alors pris position contre une implication des responsables politiques dans les associations. Mais, prenant le contre-pied de cette instruction, certaines assemblées cherchent précisément à élire aux postes de responsabilité de l'association des personnes ayant - officiellement ou non - des responsabilités politiques, plus particulièrement au sein du parti majoritaire, qui est celui du Ministre de la santé. Il est vrai que l'administration n'est pas toujours informée des subtilités politiques locales ("tout le monde" appartient à un parti politique, mais tout le monde ne le dit pas et, avec les

nouvelles instructions, beaucoup cachent volontiers les responsabilités qu'ils y ont) et que les leaders politiques ont facilement les qualités de leadership recherchées.

A côté des questions politiques, les questions territoriales mobilisent constamment l'administration du Ministère de la santé. Le principal de ses découpages de la réalité est territorial. Face à la question de la planification et de l'identification des futurs sites, le premier réflexe de l'administration est de segmenter les territoires urbains, sans tenir compte ni des dynamiques locales susceptibles d'alimenter la création associative, ni des circuits réels de recours aux soins. Une fois le site identifié, quand il s'agit de monter l'association, l'attitude des fonctionnaires est de réserver l'association aux seuls résidents des quartiers cernés sur la carte autour des futurs sites, une fois encore sans tenir compte des concours importants que des acteurs légèrement excentrés pouvaient fournir au processus. L'administration segmente un territoire urbain qui ne l'est peut-être pas encore, mais elle ne le segmente pas selon les représentations vécues, elle le fait selon sa propre perception de la notion de proximité dans les itinéraires thérapeutiques urbains, selon sa conception des phénomènes de rationnement territorial de l'offre. L'espace urbain étant rarement cloisonné ou enclavé, l'utilité de cette vision attend une confirmation scientifique. Les associations en gestation sont également entrées en conflit interne sur cette question. Posée ainsi "faut-il faire participer les représentants associatifs résidant dans tel ou tel quartier moins rapproché du futur centre que d'autres ?", la réponse a été le plus souvent "oui, nous avons besoin d'eux".

Le fait que l'action se soit déroulée en ville a eu un rôle non négligeable dans l'engagement de l'administration. Nous avons déjà vu comment se différençaient les associations urbaines et les associations villageoises (péri-urbaines). Selon la théorie, "la ville agglomère des objets et des sujets ordinaires ; ce faisant elle engendre une dynamique globale plus forte que la somme des dynamiques particulière des éléments" [3]. Elle met en situation de concurrence et de conflit des groupes sociaux qui, éloignés les uns des autres, auraient déperis. Elle multiplie les zones de conflit, mais elle dilue la virulence et l'importance de ces derniers, de telle sorte qu'aucun ne soit en mesure de bloquer totalement une action et que, face à un conflit, plusieurs voies de conciliation soient possibles. Dans ce contexte de diversité et de concurrence, les zones de confrontation sont multiples. Ces confrontations sont créatrices d'interférences, mais aussi d'interfaces, entre les administrations centrales, locales et municipales et les acteurs de la société civile. En définitive, la ville crée les conditions d'un partage des pouvoirs, alors que précisément le partage du pouvoir coïncide avec les différentes tentatives - toujours difficiles - de décentralisation que connaît la Côte d'Ivoire [4].

Conclusion

Ce que nous avons observé, et rapporté ci-dessus, se situe dans un contexte africain, dans lequel l'Etat est manifestement en crise, et doublement. D'abord, il subit une crise financière résultant des engagements pris lors des périodes précédentes. En second lieu, il est tenu, par l'idéologie internationale, pour responsable (par son interventionnisme [5] et par la corruption qu'il engendre [6]) de la faiblesse du développement d'un secteur privé ou productif. Dans un tel contexte, l'originalité de l'intervention décrite ci-dessus, qui donne à l'Etat le rôle d'entrepreneur social, méritait d'être mise en évidence.

Mais il y a pire et mieux ! Pire, car dans l'opinion, en dehors des cercles de l'administration, c'est la légitimité de l'Etat qui est désormais mise en doute, et la cure d'amaigrissement imposée par les bailleurs est interprétée comme un signe de ce que l'Etat n'a plus de rôle clair à jouer : cette défiance n'est pas de nature à revitaliser les administrations et à les encourager à s'adapter à leur environnement. La crise de l'Etat en Afrique est aussi une crise des modèles et du sens. Les modèles de relations entre agents administratifs - la voie hiérarchique - et entre agents de l'Etat et société civile - la tutelle voire le commandement - sont en désuétude, et en particulier parce que l'Etat qui les emploie n'est plus porteur d'aucun sens, d'aucun message d'avenir, d'aucun projet de société aux yeux de l'administration elle-même. Alors, et voilà ce qui est encore plus intéressant, la création associative dont nous avons examiné quelques exemples est une réponse de l'Etat à l'Etat en crise. Le travail d'entrepreneuriat social est une nouveauté.

Certes, en Afrique, l'Etat est depuis longtemps et reste entrepreneur social, mais essentiellement en milieu rural. Les premiers mouvements coopératifs agricoles ont souvent eu leur source dans une intervention de l'Etat [7], tandis que la mise en place des instruments participatifs de l'Initiative de Bamako amène l'Etat à réviser son mode d'intervention [8]. Il semble toutefois que, dans ce même contexte africain, le développement associatif en milieu urbain se soit le plus souvent constitué contre l'Etat, en réponse aux déficiences d'un Etat qui, se prétendant omnipotent et omniprésent, déniait toute place aux acteurs associatifs, sauf s'il s'agissait de célébrer le parti ou ses chefs [9].

En première instance, ce travail d'entrepreneuriat social peut apparaître comme une des manifestations d'une nouvelle "liberté urbaine". Mais, face à l'accroissement de la demande de soins et à la tendance "anarchisante" qu'elle prend en milieu urbain, créer une organisation pour y répondre témoignerait plutôt de la persistance d'un souci de contrôle. Ce que nous avons analysé est donc une forme d'engagement de l'Etat, plutôt qu'un désengagement. Le projet

témoigne d'un goût de mesurer les choses, plutôt que de laisser le marché régler seul le problème (spontanément ou par appel à service d'ONG existante). L'Etat subit sa propre mutation : non pas "moins d'Etat", mais "un autre Etat" aux contours plus larges, au-delà de la régie directe et du contrôle territorial. Il s'agit aussi d'une privatisation que l'administration voulait - pour se justifier de la tolérer ? - à la fois non politique et non économique, alors qu'en pratique elle était inévitablement l'un et l'autre.

Le suivi qui sera donné à de telles opérations (suivi des organisations existantes, création de nouvelles organisations) permettra de vérifier s'il s'agit d'une nouvelle orientation durable de l'administration et de l'intervention étatique.

Bibliographie

1. FAURE Y-A.: Petits entrepreneurs de Côte d'Ivoire, Paris, Karthala, 1994.
2. VAVASSEUR J-F. : Intérêt et difficultés d'un financement direct de la société civile par l'aide française, in S. Michailof (sous la direction de) : La France et l'Afrique, vademecum pour un nouveau voyage, Karthala, Paris, 1993.
3. TRIBILLON J-F. : L'urbanisme, Paris, La Découverte, 1991.
4. VENARD J-L. : Bailleurs de fonds et développement local in S. Jaglin & A. Dubresson (sous la direction de) : Pouvoirs et cités d'Afrique noire, décentralisations en questions, Paris Karthala, 1993.
5. CONTAMIN C. & FAURE Y-A. : Des économies et des Etats en Afrique francophone, pour comprendre l'interventionnisme, Cahiers des Sciences Humaines, 28, 2, p. 305-26 (1992).
6. SINDZINGRE A.-N. : Etat, développement et rationalité en Afrique, contribution à une analyse de la corruption, Travaux et documents du CEAN n°43, Talence, France, 1994.
7. GENTIL D. : Les mouvements coopératifs en Afrique de l'Ouest, interventions de l'Etat ou organisations paysannes ? L'Harmattan, Paris, 1984
8. McPACKE B. et al. : Evaluation of the Bamako Initiative, ODA/LSHTM, London, 1992.
9. BRUNET-JAILLY J. : Innover pour développer, in Brunet-Jailly J. (sous la direction de) : Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997.

CHAPITRE 15

Qu'attendre du savoir des malades sur leurs maladies ?

par Jean ETTE

Nous avons réalisé durant le mois de juin 1995, un diagnostic, connu sous le nom de consultation de clients", du système sanitaire dans deux régions médicales de la Côte d'Ivoire: Odienné (extrême Nord-ouest), et San-Pédro (extrême Sud-ouest). L'objectif était de réunir des "bénéficiaires", autrement dit des utilisateurs de services de santé, hommes comme femmes, ainsi que des prestataires de soins appartenant aussi bien à la médecine moderne qu'à la médecine traditionnelle, et de leur donner librement la parole afin qu'ils livrent leurs conceptions de la santé et des facteurs susceptibles de la préserver et de la détériorer, leur appréciation des différents recours qui s'offrent en cas de maladie, leurs jugements sur l'évolution du système sanitaire moderne, leurs opinions sur les changements qui leur paraîtraient de nature à améliorer l'accès aux soins, etc.

Au sens strict, "bénéficiaire" est synonyme d'"utilisateur de services publics", et ne désigne donc que les personnes privées qui consomment les services fournis par la puissance publique ou tout autre prestataire institutionnel. Nous nous en tenons à cette définition, sauf mention contraire, dans ce chapitre.

Une identification des participants a été réalisée une semaine avant la "consultation" pour obtenir un échantillon non aléatoire tenant compte de la diversité des partenaires et acteurs de la santé, équilibré autant que possible entre hommes et femmes, jeunes et vieux, représentants de la médecine traditionnelle les plus actifs dans les régions, aussi bien dans le contexte rural qu'urbain, et prestataires du service public, confessions religieuses musulmane et chrétienne, autorités communales et simples administrés, actifs du secteur informel et salariés du secteur moderne (public et privé).

Un guide d'entretien avait été préparé, mais on a pu observer qu'au cours des débats, la dynamique des échanges conduisait naturellement à aborder l'ensemble des thèmes pré-établis tels que : la perception d'un état sain et de la maladie, les réactions et agissements ; les relations des bénéficiaires avec les différents services de santé (tant modernes que traditionnels) ; les relations entre tous les acteurs (tradipraticiens, prestataires privés, prestataires

publics,...) ; les réactions par rapport aux mécanismes actuels dans le secteur de la santé publique, les contraintes et les solutions.

Cinquante-six personnes, dont l'anonymat a été préservé selon les conventions passées avec elles, ont assisté aux réunions pendant une journée dans chaque site. Les participants peuvent être regroupés suivant leurs professions, comme ils se sont eux-mêmes présentés : 15 actifs du secteur privé (4 commerçantes -petit commerce informel, ou vente au marché- et 3 commerçants, 1 entrepreneur de bâtiment, 1 chauffeur de taxi, 4 tailleurs, 1 électricien, 1 réparateur d'appareils), 5 religieux (3 imams, 2 pasteurs protestants), 26 prestataires de soins et auxiliaires de santé (4 accoucheuses traditionnelles, dont 2 vieilles de plus de 75 ans, 1 naturo-thérapeute, 6 guérisseurs -dont cinq vieux et un jeune-, 1 médecin gynécologue, 1 médecin pédiatre, 1 directeur de district sanitaire, 4 infirmiers -dont un agent de la Caritas-, 1 pharmacien urbain, 2 sages-femmes d'État, 2 assistantes sociales, 1 agent de la santé -traducteur pour la réunion d'Odienné-, 2 filles de salle), 4 agents municipaux, 1 militant du secteur associatif (présidente de femmes du quartier), 3 inactifs (1 femme sans profession et 2 hommes sans profession représentant les jeunes) et 2 ménagères.

Dans ce qui suit, nous privilégions deux axes d'analyse :

1) le premier se rapporte aux perceptions, connaissances, attitudes et pratiques des bénéficiaires en ce qui concerne (i) l'origine de la maladie, (ii) la prévention, et (iii) les itinéraires thérapeutiques ;

2) le second concerne la dépendance des opinions et pratiques par rapport au contexte qui caractérise les deux sites. Les régions choisies pour tenir les "consultations de clients" s'opposent, en effet, sur différents plans. Odienné reste un espace rural aux traditions vivaces et dont la population se caractérise par une identité culturelle et des valeurs homogènes. San-Pédro, à l'inverse, est une cité urbaine qui a connu d'intenses flux migratoires et un début d'industrialisation. Ville cosmopolite, elle est le creuset de cultures et de valeurs d'origines diverses qui cohabitent et parfois s'affrontent. Ces traits contrastés se traduisent-ils par des différences significatives dans les conceptions relatives à (i) à l'origine de la maladie, (ii) à la prévention, et (iii) dans les itinéraires thérapeutiques ?

Ce parcours doit permettre d'apprécier la qualité du savoir des bénéficiaires sur la santé. Les bénéficiaires possèdent-ils un "bon savoir" qui fait d'eux des utilisateurs avertis des services sanitaires ? Au contraire, leurs perceptions et pratiques révèlent-elles un savoir défaillant, encombré de lieux communs, de croyances obsolètes et parfois même dangereuses ?

Connaissances relatives à l'origine de la maladie

Les causes de la maladie, telles qu'elle sont décrites par nos interlocuteurs, sont fréquemment liées à des facteurs qui sont hors du champ de la santé, et ne relèvent pas de la compétence directe de l'administration sanitaire publique. Les populations d'Odienné et de San-Pédro ont une perception exacte des déterminants de la maladie liés au cadre de vie, à l'organisation spatiale des activités socio-économiques, ainsi qu'à la gestion de l'environnement urbain.

À Odienné, les préoccupations des bénéficiaires concernent la "gestion" de l'espace privatif immédiat. L'habitat et l'ensemble des pratiques qui déterminent la qualité de la vie à l'intérieur du foyer familial sont perçus comme une dimension essentielle de la santé des individus. Cette dimension présente l'avantage d'être celle sur laquelle les ménages peuvent directement intervenir, à peu de frais, et pour des retombées bénéfiques immédiatement perceptibles. Les opinions recueillies sur l'évolution qu'ont connu les techniques de construction et sur les "progrès" réalisés dans le domaine des matériaux de construction illustrent la sensibilité particulière des habitants d'Odienné à tout ce qui concerne la vie au foyer. Ces derniers considèrent en effet que leur état de santé s'est aggravé du fait de l'adoption de techniques et d'"innovations" inadaptées à leur environnement naturel et, en particulier, aux conditions climatiques. Autrefois, les maisons étaient rondes, le toit était de chaume, et les murs et le sol en pisé (mélange de terre battue et de bouse de vache). Ces matériaux avaient l'avantage de garder la fraîcheur, d'éviter les insectes et d'avoir une maison toujours propre. Aujourd'hui, les maisons, devenues carrées, sont plus insalubres en raison de ce tracé particulier. Les parties situées aux angles sont insuffisamment entretenues et deviennent vite des pièges à poussière et à microbes. Les tôles en aluminium utilisés pour la toiture posent de redoutables problèmes d'étanchéité. Ce matériau, choisi dans le bas de gamme pour des raisons de coût, présente également l'inconvénient d'être d'un entretien beaucoup plus difficile que les toitures traditionnelles. L'abandon du pisé au profit du parpaing pose le problème de la peinture. La première peinture, vite défraîchie, n'est jamais refaite, ce qui donne aux maisons un aspect délabré et misérable.

A San-Pédro, qu'un projet spécifique, l'Aménagement de la Région du Sud-Ouest (ARSO), avait l'ambition d'ériger en métropole régionale, on perçoit d'emblée les préoccupations liées au développement d'une véritable cité urbaine. Les habitants lient l'augmentation des maladies au mauvais aménagement des quartiers : habitations précaires, trop exigües, dépourvues de réseaux d'évacuation des eaux usées et de systèmes d'adduction d'eau

potable. Ils attribuent cette situation à la démission de l'Etat et des collectivités locales qui portent une attention insuffisante aux infrastructures de base, bien que celles-ci jouent un rôle essentiel par rapport à la santé.

Dépassant le domaine des services de base offerts aux ménages, les bénéficiaires de San-Pédro soulèvent l'importante question de l'implantation des activités économiques. On évoque ici des thèmes qui sont au centre des revendications des mouvements écologistes du Nord : planification de la gestion urbaine, aménagement du territoire et développement régional. Le constat est unanime : la réglementation est insuffisante voire inexistante, et quand elle existe, elle n'est pas appliquée ou pas respectée. L'exemple qui revient le plus souvent est celui de l'installation d'usines à proximité de lieux d'habitation. Les riverains sont victimes des effluents pollués déversés par ces unités industrielles et soulignent une forte recrudescence de maladies des yeux et de problèmes respiratoires. Les médecins présents à cette "consultation de clients" ont confirmé les dires des bénéficiaires en notant un nombre anormalement élevé de conjonctivites et de cataractes.

Lorsque les bénéficiaires se penchent sur les causes de la maladies liées à la sphère des pratiques de santé qui relèvent du champ naturel d'intervention des autorités sanitaires, deux éléments ressortent nettement : la nutrition et l'hygiène publique.

En ce qui concerne la nutrition, les *odiennekas* (comme se désignent eux-mêmes les habitants d'Odienné) perçoivent l'évolution des comportements et des attitudes face à l'alimentation des enfants comme négative. Selon eux, dans le passé, les enfants étaient exclusivement nourris au sein maternel jusqu'à l'âge de deux ans. Les femmes ne les laissaient pas marcher avant qu'ils n'aient atteint dix-huit mois. Le sevrage s'effectuait de façon progressive, les mères introduisant peu à peu la bouillie de fonio ou de maïs, tout en poursuivant l'allaitement au sein. Aujourd'hui, les mères soucieuses d'adopter des pratiques modernes et celles qui se rendent à l'hôpital reçoivent des conseils qui les incitent à alimenter les nourrissons dès l'âge de quatre mois avec des bouillies préparées à partir du lait Nido. Ce qui est dénoncé ici est le caractère partiel de l'information fournies aux mères (la pertinence des conseils et la qualité des services fournis par les agents de santé dans les formations sanitaires publiques sont donc immédiatement en cause) ou, à tout le moins, une mauvaise assimilation par les mères des messages d'éducation en santé qu'elles reçoivent du personnel sanitaire. Il en résulte un sevrage trop précoce (les mères considérant que la bouillie Nido est un parfait substitut au lait maternel), et une augmentation des risques liés à une hygiène déficiente, car les consignes de stérilisation lors de l'usage de biberons sont peu et mal suivies.

En matière d'hygiène publique, les clients d'Odienné font état de la situation qui prévalait à une époque qui, semble-t-il, remonte à l'indépendance. Alors existait un service dit des "grandes endémies" dont les larges attributions permettaient aux agents de santé d'exercer un contrôle rigoureux de l'hygiène publique. Les débats ont permis d'évoquer la figure de cet agent de l'État qui devait être consulté lorsque l'on résidait dans un village et même lorsque l'on habitait Odienné : il contrôlait la propreté des puits, des maisons, du mode d'évacuation des ordures ; il pouvait infliger des amendes en cas de non-respect des règles d'hygiène. Les participants ont fait ressortir comme un élément positif le fait que cet agent soit le plus souvent originaire de la région. Cela avait pour conséquence de renforcer son autorité, sa crédibilité et l'acceptabilité par la population des consignes qu'il était chargé de faire appliquer.

Cette époque est bien révolue puisque, aux dires des uns et des autres, les choses se passent désormais différemment. Il existe toujours des services de l'État en matière d'hygiène publique, mais leur efficacité est fortement mise en doute. Les critiques recouvrent des aspects très variés. Elles s'adressent d'abord à l'âge des fonctionnaires actuels et à leur origine ethnique : la population leur reproche d'être trop jeunes et d'appartenir à une communauté culturelle différente. Ensuite, et plus fondamentalement, ce sont les modalités de fourniture des services qui ne paraissent pas correspondre aux attentes des populations. Les agents actuels *"ne donnent des leçons que si les gens vont leur en demander, ou encore quelquefois ils passent, et récitent des choses que les gens ne peuvent pas comprendre, et ils ne reviennent pas voir si les changements ont été faits ou pas"*.

Ces propos interpellent les décideurs du Ministère de la Santé à trois niveaux :

1) il n'est pas pertinent de définir une offre de prestations sanitaires dont les modalités d'exécution (voire le contenu) posséderaient un format universel, convenant indistinctement à tous les groupes socioculturels. La population ivoirienne est aujourd'hui marquée par de profondes disparités tenant aux conditions économiques générales, au pouvoir politique, et à la culture. Il n'existe pas, en conséquence, "une" demande de soins indifférenciée à laquelle les prestataires auraient vocation à répondre. On voit bien que certaines communautés, de par leurs traditions culturelles, attendent des pouvoirs publics une organisation plutôt directive des services de santé et n'éprouvent, pour l'instant, ni le besoin, ni la nécessité d'adopter une démarche de sollicitation des services peu conforme à leurs paradigmes sociétaux. Les formules de fourniture des services qui supposent une forme d'"activisme" de la demande, ou, au minimum, une demande active, risquent de se révéler inopérantes. Les

analyses reposant sur le concept de "demand driven" peuvent, en un tel contexte, toucher leurs limites ;

2) la qualité des prestations est fortement influencée par la capacité des personnels à établir avec la communauté un dialogue respectueux des différences. En santé, plus que dans tout autre domaine de la vie, les performances sont tributaires de la qualité de la communication entre les partenaires du système. Les services sanitaires publics s'adressent à des femmes et à des hommes qui sont en proie à la souffrance physique et à la détresse morale, et appartiennent fréquemment à des groupes vulnérables et/ou marqués par les stigmates de la pauvreté. L'effort pour obtenir de ces personnes une écoute adéquate, la réforme des comportements et l'adhésion à des pratiques sanitaires salvatrices doit être adapté aux situations rencontrées. A Odienné, aussi bien qu'à San-Pédro, les populations ne sont pas hostiles à l'expérimentation de nouveaux comportements en matière de santé, elles demandent simplement que les modèles proposés leur soient expliqués en des termes que tous puissent appréhender ;

3) les agents de terrain n'assurent pas un suivi adéquat des actions qu'ils entreprennent. Il s'agit là d'une faiblesse structurelle des systèmes sanitaires en Afrique, tant à l'échelon périphérique qu'au niveau central, impuissant à assumer sa mission de suivi/évaluation. Les bénéficiaires s'interrogent avec lucidité : "*Combien de familles s'essayeront, ne serait-ce qu'une fois, à mettre en pratique l'enseignement des services spécialisés ?*" ; "*Au bout de combien de temps une innovation est-elle acceptée et rentre-t-elle définitivement dans les mœurs ?*" Ces interrogations rejoignent les questionnements des responsables relatifs à la qualité et à l'efficacité de leurs services.

Si l'on peut faire ressortir, ainsi qu'il vient d'être montré, une bonne connaissance des causes de la maladie liées tant aux pratiques sanitaires qu'à des facteurs environnementaux, il existe, parallèlement, des croyances et des idées reçues, qui constituent une sorte de fonds commun transmis par la mémoire collective et qui possèdent un caractère nettement régressif. Cet ensemble de croyances vise, d'une part les femmes et, d'autre part les produits et pratiques provenant d'autres aires ethno-culturelles.

C'est à Odienné que ces attitudes s'observent nettement. En matière de nutrition des enfants, les possibilités de sevrage qu'offre l'utilisation du biberon seraient responsables d'un relâchement de la surveillance maternelle et, par conséquent, expliqueraient la mauvaise santé des enfants, qui ne bénéficieraient plus d'une alimentation appropriée : "*Et comme tout cela existe, les femmes abandonnent les enfants à de petites filles, et partent au champ, ou dans les marchés, sans s'occuper d'eux*".

On perçoit ici que l'introduction de techniques modernes offre des opportunités nouvelles aux femmes qui s'en saisissent pour acquérir une plus grande autonomie. Le biberon libère du temps pour les femmes qui peuvent l'investir dans des activités productives. Il en résulte une lente mais inéluctable transformation de la répartition sexuelle des tâches, et de la place des femmes dans la société. Ces changements font peur aux hommes. La tentation est alors forte de figer les comportements du passé au nom du respect des traditions et de l'identité culturelle pour éviter des remises en cause qui touchent au pouvoir des mâles.

Quant aux accusations portées contre les produits provenant de l'extérieur, elles touchent, une fois de plus, le domaine de l'alimentation. La plus grande fréquence des maladies serait due à l'introduction de modes alimentaires propres à d'autres régions du pays : *"Autrefois, la nourriture était saine, et tout venait de la région, sans grands efforts de transport. On n'utilisait pas l'huile de palme, qui a mauvais goût et qui chauffe, mais du beurre de karité. Il n'y avait pas de manioc sous la forme d'attiéké¹, qui pourrit le ventre (on ne connaissait même pas). On ne vendait pas tous ces produits qui viennent d'ailleurs, comme les cubes² qui remplacent la sauce. On ne mangeait que ce que l'on cultivait. C'était sain et c'était propre"*.

Connaissances et pratiques en matière de prévention

L'utilisation des services de prévention offerts par les formations sanitaires publiques est entravée par des obstacles résultant de l'organisation même des services, ou tenant aux pratiques des individus et des ménages. En ce qui concerne les ménages, la pauvreté est un facteur explicatif essentiel de l'attitude des familles face aux services préventifs.

- Prévention et pauvreté : le calcul économique des ménages contre la prévention

La prévention est observée à travers la pratique des femmes enceintes, tant avant qu'après l'accouchement.

À Odienné, le suivi de la femme enceinte est quasi-inexistant. On constate, en particulier, que les femmes ne se font pratiquement jamais vacciner contre

¹ Préparation à base de manioc, extrêmement répandue dans le Sud de la Côte d'Ivoire, mais dont l'usage se répand très rapidement partout ailleurs.

² Concentrés divers, vendus par exemple sous les marques Maggi ou Kub, à diluer dans l'eau et qui donnent du goût au plat.

le tétanos. Elles recourent essentiellement aux matrones, qui n'interviennent qu'au moment de l'accouchement et n'exercent donc pas une surveillance régulière de la grossesse. Lorsque surviennent des complications (saignements, douleurs diverses...), le premier réflexe est de consulter un guérisseur, ou de se rendre chez l'accoucheuse traditionnelle en cas d'avortement spontané. Les enfants âgés de moins d'un an bénéficient, en général, de soins préventifs adéquats. Les mères conduisent elles-mêmes le nouveau-né au centre de santé pour la pesée ou la vaccination. Il est vrai que certaines ne le font que dans le but (inavoué) de se faire délivrer un certificat de naissance. L'obtention du précieux document marque alors la fin de la fréquentation du centre. Les personnels sanitaires ne reverront les bébés que lorsque leur état nécessitera des soins curatifs.

Au-delà de la première année, on observe que les bébés reçus dans les formations pour des soins promotionnels et préventifs sont accompagnés non plus par leurs mères mais par de très jeunes filles (il n'est pas rare qu'elles aient de 10 à 12 ans). Ce changement s'explique d'abord par l'opinion très répandue que, en l'absence de signes évidents de maladie, il est inutile de consulter un prestataire de soins. Les adultes se désengagent donc d'une activité dont l'intérêt ne leur paraît pas établi. Les réactions des personnes interrogées sont unanimes : "*Pourquoi voulez-vous que l'on pense à la maladie lorsque l'on se sent bien*". Ou encore : "*Pourquoi voulez-vous que l'on aille payer quelque chose, quand on se sent bien !*".

Atteignant l'âge d'un an, l'enfant, qui sait marcher et a donc acquis une certaine autonomie, change pour ainsi dire de statut, relève de la "norme médicale commune" qui s'applique à tout adulte. Lorsque, malgré tout, des soins préventifs sont maintenus en sa faveur, on en délègue la responsabilité à des adolescentes. Cette pratique réduit considérablement l'efficacité des services fournis par le personnel sanitaire dans le cadre des activités préventives. En théorie, en effet, la consultation du bébé permet, indépendamment des soins directs qui lui sont prodigués, de fournir aux familles un paquet complet de services comprenant une importante composante d'information. Cependant, les modifications attendues des comportements ne se produiront jamais si aux mères, qui sont la cible véritable, on substitue des fillettes qui n'ont ni la maturité, ni souvent même une compréhension suffisante du français, pour rapporter les messages éducatifs reçus en cette circonstance.

S'il est indéniable qu'une mauvaise appréciation de l'importance de la prévention explique les attitudes et les comportements observés, en dernière analyse, le facteur économique apparaît le déterminant principal. Les actes promotionnels et préventifs sont supposés gratuits mais, en réalité, un cer-

tain nombre de frais directs ou indirects s'y attachent, que les familles ont de grandes difficultés à supporter. Il n'est pas rare, par exemple, que l'on explique qu'on ne peut pas vacciner en raison d'une rupture du stock de seringues et d'aiguilles : il faut alors que les parents les achètent, et il leur en coûtera 185 F CFA pour une aiguille/seringue dans une officine privée. A cette dépense s'ajoute celle des carnets de vaccination de la mère et de l'enfant : le coût varie d'un centre à l'autre, mais en moyenne il est de 200 F CFA. Dans un tel contexte, confier les enfants à des adolescentes correspond à une stratégie de minimisation des coûts directs, les familles considérant que les soins seront tout de même administrés dans la mesure où le personnel de santé n'aura d'autre alternative que d'admettre l'insolvabilité déclarée de la jeune accompagnatrice dépourvue de ressources et de fournir les soins appropriés.

Au-delà, viennent se greffer des coûts annexes tel que le transport et surtout le coût d'opportunité correspondant à la perte de revenus induite par la renonciation à une activité lucrative. L'implication des mères dans la prise en charge sanitaire des enfants affecte leur capacité de générer des revenus puisqu'elles sont alors dans l'obligation de réduire leur participation aux travaux agricoles et au petit commerce. Le sacrifice est d'autant plus important que l'organisation même des centres de santé impose une attente qui va bien au-delà de ce qui serait raisonnablement nécessaire pour recevoir le paquet de prestations sanitaires préventives. Car les sages-femmes ont rarement le souci du respect des horaires. La matinée est bien avancée lorsque débute la consultation. Le retard peut être plus considérable encore si le personnel attend que les femmes soient en nombre suffisant avant de démarrer les activités (causerie d'introduction, pesée, démonstration culinaire, nutrition,...). L'une des participantes à la consultation résume bien le sentiment général lorsqu'elle affirme : "*Même si la pesée est gratuite, il faut tout de même dépenser de l'argent pour les transports, ou bien on comptabilise l'argent comme manque à gagner au niveau des travaux des champs ou encore pour pouvoir garder sa place au marché*".

- Traditions culturelles, religion et prévention : une difficile conciliation

Si le temps consacré au suivi sanitaire des enfants est pris sur le temps de l'activité économique, c'est aussi du temps pris sur les tâches ménagères dévolues aux femmes. Ces dernières doivent tenir compte du point de vue des hommes, peu enclins à accepter que des arbitrages s'opèrent au détriment de ce qu'ils considèrent comme le devoir d'une femme. Dans les foyers polygames, où chaque femme, à tour de rôle, assume la préparation des repas, une mère ne peut invoquer les soins préventifs de son enfant pour se décharger des

tâches qui lui incombent ce jour-là. Selon les points de vue exprimés durant la "consultation des clients", les hommes jugent inconcevable que les femmes s'absentent pour faire vacciner un enfant *a priori* sain, alors que le reste de la famille est privé de repas. Dans ces conditions, confier l'enfant à une grande fille représente la seule alternative possible pour les mères soucieuses d'offrir à leur progéniture une couverture sanitaire préventive adéquate.

Le pouvoir que détiennent les hommes leur octroie donc un véritable "droit de contrôle" sur la demande de prestations sanitaires : *"Sans la permission de Monsieur, pas d'hôpital et pas de pesée, et si jamais il y a une ordonnance, les maris déchirent la feuille. Alors, comme c'est déjà difficile dans le cas où l'enfant est malade, il est évident que cela ne nous viendrait pas à l'esprit d'envoyer un enfant au-delà de la période de vaccination (un an), pour contrôler si tout va bien"*.

En outre, l'organisation des services devrait éviter que le calendrier des soins préventifs n'entre en conflit avec les pratiques religieuses propres à l'Islam. Comme le souligne une commerçante d'Odienné : *"La vaccination a lieu tous les vendredi, or c'est le jour de la grande prière. Qui a envie de faire la queue ce jour-là, pendant des heures, pour faire vacciner son enfant ? Alors on envoie les petites sœurs, car nous avons beaucoup à faire. Les jeunes qui travaillent dans la PMI ne pensent pas à suivre les traditions ! Vacciner un enfant le Vendredi !"*

À San-Pédro, à l'exception de ce qui concerne la religion, les perceptions et les pratiques rencontrées recourent celles enregistrées à Odienné. Un jeune femme mentionne : *"J'ai emmené mes cinq enfants pour la pesée jusqu'à l'âge de 2 ans, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'enfant est totalement indépendant pour la marche. Mais après cela, je ne les emmenais que lorsqu'ils étaient malades"*.

Cette femme représente l'unique exemple, dans notre enquête, d'une pratique régulière en santé préventive poursuivie durant les deux premières années de la vie. Pour l'ensemble des autres participants, lorsque les enfants atteignent l'âge d'un an, il n'est plus indispensable de poursuivre un suivi sanitaire préventif. Ainsi, dans le contexte de San-Pédro aussi bien que dans celui d'Odienné, la nécessité d'assurer un contrôle de l'enfant sain jusqu'à l'âge de cinq ans est totalement ignorée. Au-delà d'un an, seuls les enfants malades fréquentent les structures sanitaires.

L'itinéraire thérapeutique

Les itinéraires thérapeutiques présentés ici concerne les maladies que les malades perçoivent comme bénignes, en raison de l'interprétation qu'ils donnent aux manifestations apparentes du mal. Plus précisément, les réactions et pratiques des bénéficiaires, ainsi que les modalités de leurs recours dont il est question maintenant concernent le paludisme. Ce choix tient à des données objectives : il s'agit, d'une part, de l'endémie la plus récurrente en Côte d'Ivoire ; d'autre part, ce choix définit un champ de pratiques comparables, en ce sens qu'elles peuvent s'ordonner autour d'un modèle dominant exprimant la synthèse des pratiques individuelles.

- Réactions des bénéficiaires et caractéristiques de leurs recours dans le cas de maladies bénignes ou en présence de signes bénins : l'exemple du paludisme

Il n'existe pas de différence entre Odienné et San Pedro, dans le type de réponses obtenues lors des discussions. Plus intéressant encore : il n'existe pas de différence entre les simples bénéficiaires (actifs du secteur informel ou du secteur moderne, public et privé, religieux, militants du secteur associatif, chômeurs et simples ménagères) et les professionnels de la santé! Alors qu'on aurait pu supposer qu'ils opéreraient des choix différents, on observe une forte homogénéité des comportements en matière de recours thérapeutiques.

La première réaction devant la manifestation des premiers signes de la maladie est l'observation. Le patient se donne le temps d'observer l'évolution de la pathologie. Il "prend sur lui", il attend, avec l'espoir que les signes disparaîtront dans un délai raisonnable. Les propos suivants sont particulièrement caractéristiques de l'état d'esprit qui prévaut à ce stade de la maladie : *"Lorsque je ne me sens pas très bien, je ne prête pas trop d'importance à mon mal : comme les moyens manquent, il faut faire un effort sur soi-même pour ne pas aller consulter quelqu'un"*.

Un paysan approfondit l'explication qui transparaît déjà dans les propos précédents : *"La conclusion c'est la pauvreté : si on va chez un marabout, il faut de l'argent, si on va chez un féticheur il faut de l'argent, si on va à l'hôpital il faut de l'argent,...., donc le pauvre n'ira pas se soigner, il préfère utiliser son argent pour continuer à se nourrir et nourrir sa famille. Ce qu'il aura pour argent il le dépensera d'abord pour la nourriture, s'il y a un petit reste, cela sera dépensé pour la santé"*.

Passé ce premier stade, les recours concernent, successivement, les feuilles et plantes diverses, ou l'auto-médication à l'aide de "médicaments-trottoirs", ou

de spécialités utilisées lors d'un épisode précédent, ou les tradipraticiens. C'est seulement ensuite, en l'absence d'amélioration, que l'itinéraire s'oriente vers des recours plus formels : officines, centres de santé publics ou privés. *"Quand on est fatigué, c'est sûrement le paludisme. On prend d'abord des feuilles, sous la forme d'infusions, ou de la nivaquine, que l'on a gardée depuis la dernière crise, ou bien que l'on achète dans les "pharmacies-trottoir" ou en pharmacie"*.

Un paysan a résumé ainsi son parcours en cas de maladie sans gravité : *"D'abord j'essaye de me soigner moi-même en prenant des tisanes, puis je vais chez le guérisseur, et j'achète des feuilles. Ou bien je consulte le pharmacien par terre, si ça ne marche pas je vais chez le féticheur, qui me prescrit un canaris³, et des feuilles, il faut que je le paye, avec pour commencer un coq ou un pagne, ou encore une paire de chaussures, puis il me fixe le remède et je devrai le payer lorsque je serai guéri. Si ça ne va toujours pas mieux, alors je vais voir un médecin. Mais cela, je le garde en toute dernière extrémité, parce que j'ai une peur incroyable de l'ordonnance. Avec la prescription médicale, je vais devoir aller chez le pharmacien, les pharmaciens sont là pour égorger la population paysanne"*.

Un religieux musulman renchérit : *"Le médecin ne pourra rien faire pour moi, tant que je n'aurai pas payé et sa consultation et son ordonnance. Alors je retourne, vite fait, vers l'idée d'essayer de me guérir à l'indigénat"*. Son coreligionnaire ajoute : *"Je me soigne avec les feuilles en premier, parce que, à l'hôpital, je sais que je ne peux pas payer. Ensuite je vais voir le guérisseur, qui ne sera payé que lorsque je serai guéri, ce qui malheureusement n'est pas le cas si je vais à l'hôpital ; alors je préfère souffrir dans mon coin"*.

Une accoucheuse traditionnelle rend ainsi compte de la pratique courante des femmes enceintes : *"Le contrôle durant la grossesse n'est pas fait par les accoucheuses traditionnelles, on ne s'occupe que de l'accouchement proprement dit, quand on vient nous chercher, donc on ne s'occupe pas des femmes qui ont des petits problèmes avec leur grossesse, c'est à elles d'aller voir les guérisseurs"*. Plusieurs femmes, parlant de leurs petits malaises durant leur grossesse confirment ces dires : *"On ne se rend à l'hôpital que si on ne se sent pas bien, mais après avoir déjà consulté un guérisseur, et suivi un traitement à l'indigénat, et des conseils alimentaires, auxquels les guérisseurs attachent beaucoup d'importance"*.

³ Le canaris est, à proprement parler, le contenant, un pot en terre cuite ; ici le contenant est dit pour désigner le contenu.

- Le coût des recours dans le cas de maladies bénignes ou en présence de signes bénins : l'exemple du paludisme.

On a pu identifier huit types de recours du moins coûtant au plus coûtant :

- 1 Automédication
- 2 Herboriste
- 3 Féticheur
- 4 Guérisseur
- 5 « Pharmacie par terre »
- 6 Centre de Santé
- 7 Hôpital
- 8 Infirmerie privée
- 9 Pharmacie privée

Le classement ci-dessus ne signifie pas que les patients passent successivement par tous les recours recensés, ni qu'ils y passent dans l'ordre qui a été retenu pour la présentation. Mais la succession des recours thérapeutiques observés peut valablement s'analyser comme une trajectoire réglée selon le coût, le recours à l'automédication et aux tradipraticiens correspondant aux coûts les plus faibles, la fréquentation des centres de soins modernes générant, à l'inverse, les dépenses les plus importantes. Cette hypothèse se trouve renforcée par le fait que l'utilisation des structures publiques intervient avant celle des établissements privés (où la tarification en vigueur est très supérieure à celle du public).

L'efficacité et la rationalité d'un itinéraire inauguré par la consultation d'un herboriste, d'un guérisseur ou d'un tradipraticien seraient indiscutables s'il existait une forte probabilité d'obtenir la guérison à l'issue de ce premier recours. Or, dans les faits, force est de constater que pour de nombreuses raisons (formes résistantes de maladie, diagnostic erroné, traitements traditionnels inadaptés, etc.), les bénéficiaires sont contraints à d'autres recours. Au terme de leur parcours médical, ils auront supporté un coût sensiblement plus élevé que celui résultant d'options plus judicieuses.

Examinés sous l'angle de la dépense qu'ils induisent, les différents recours (voir les tableaux en annexe) se distinguent comme suit :

* Les thérapeutes traditionnels proposent des prestations dont les tarifs varient de 500 F CFA pour un traitement à base de plantes administré par un herboriste, à 6 500 F CFA dans le cas où l'on consulte un guérisseur.

* Le recours aux "pharmacies par terre", bien distinct du recours à la médecine traditionnelle, offre une gamme de coûts s'étendant d'un plancher de 500 F CFA à un plafond de 1 500 F CFA.

Du côté de l'offre de soins modernes, les centres de santé publics constituent un choix attrayant en terme de coût-efficacité puisque la dépense moyenne est de 800 F CFA pour de très bonnes perspectives de guérison. Les reproches qui leur sont adressés sont, toutefois, de réels freins à la généralisation d'une telle option. Examinées sous le seul angle du coût, les infirmeries privées ne sont pas en mesure de proposer des tarifs plus compétitifs puisqu'il faut compter une dépense minimale de 2 500 F CFA. Mais, elles exercent une considérable attraction sur les bénéficiaires en raison d'un certain nombre d'atouts, en particulier la qualité de l'accueil et l'accessibilité géographique.

Le coût total d'un traitement résulte d'un itinéraire thérapeutique spécifique (combinaison de plusieurs recours). On estimera le fardeau de la maladie à partir de deux itinéraires dont le degré de récurrence est apparu élevé aux cours des débats. Le premier (itinéraire 1) conduit de l'herboriste (ou du guérisseur), au centre de santé public, en passant par la "pharmacie par terre". Le second (itinéraire 2) débute par l'herboriste (ou le guérisseur), se poursuit par la "pharmacie par terre", pour finalement aboutir à l'infirmerie privée.

Le fardeau de la maladie dans le cas d'un accès palustre

	Itinéraire 1	Itinéraire 2
Coût minimum	1 738 F CFA	3 500 F CFA
Coût maximum	8 738 F CFA	15 700 F CFA

N.B.: Les chiffres du tableau ci-dessus résultent de combinaisons des coûts et tarifs donnés dans les tableaux reproduits en annexe

On ne peut donc pas justifier le recours aux guérisseurs et aux herboristes en arguant qu'il s'agit des prestations les moins onéreuses, puisque l'itinéraire s'en trouve rallongé et qu'il en résulte, immanquablement, un accroissement sensible du coût global du traitement. On ne peut donc soutenir, comme on l'entend pourtant fréquemment : *"Comme on est pauvre, on va voir un guérisseur et ou un vendeur de médicaments-trottoir"*. Par contre, on peut aisément comprendre les paysans d'Odienné et les bénéficiaires de San-Pédro qui affirment : *"Pour se soigner, il faut de l'argent, que l'on aille chez un féticheur, un guérisseur ou un médecin trottoir. Beaucoup de paysans ne gagnent pas*

l'équivalent de 500 F CFA en cash, par mois, comment voulez-vous que l'on se soigne ? Alors on reste dans notre coin, on reste à souffrir et on ne se soigne pas".

Les personnes ayant un peu d'argent n'hésitent pas à consulter des prestataires modernes, mais comme elles franchissent pratiquement toutes les étapes de l'itinéraire thérapeutique, elles ne parviennent pas non plus à se soigner correctement. Lorsqu'elles atteignent enfin l'hôpital, il n'est pas rare que leur accès palustre leur ait déjà coûté plus de 7 000 F CFA, sans résultat.

Les médecins de San Pédro et d'Odienné ont confirmé ces descriptions des itinéraires thérapeutiques, et reconnu que les prescripteurs des centres de santé publics et des hôpitaux, chargent à l'excès les ordonnances, ce qui pose le problème de la rationalité des prescriptions.

Le rôle du contexte : modernité urbaine et tradition rurale

Les perceptions, connaissances, attitudes et pratiques qui se dégagent des "consultations de clients" conduites à Odienné et San-Pédro mettent en évidence des différences entre ces deux sites, qui se distinguent aussi par la nature du milieu (prédominance rurale là et urbaine ici) et par l'inégale prégnance des traditions et des coutumes. Ces différents aspects ne sont pas indépendants : les zones urbaines, de par le brassage de populations qui les caractérise, le métissage culturel, et les possibilités d'expérimentations ou d'innovations offertes aux individus, suscitent l'émergence de valeurs nouvelles, l'obsolescence des pratiques traditionnelles et l'abandon de croyances anciennes. On assiste à un renouvellement rapide et continu des mentalités. C'est l'inverse que l'on observe à Odienné, où la stabilité est la norme.

Lorsqu'on les interroge sur l'origine de la maladie, les habitants d'Odienné accordent une importance centrale à l'habitat et à l'ensemble des pratiques qui déterminent la qualité de la vie à l'intérieur du foyer familial. Pour eux, les enjeux sont circonscrits à l'environnement de première proximité. C'est à l'intérieur de cette sphère privée qu'il faut rechercher et maîtriser les facteurs qui agissent sur la santé des individus. Et c'est un fait que le choix des matériaux de construction, ou celui de la forme de l'habitation, dans une grande mesure, appartiennent aux familles.

Pour les habitants de San-Pédro, les enjeux sont, d'emblée, liés aux politiques que choisissent l'État et les collectivités locales. Les décisions des particuliers ne peuvent donc influencer directement et immédiatement les facteurs responsables du bien-être physique et mental. Ainsi, par exemple, les nui-

sances qui affectent la santé des populations découlent des arbitrages des pouvoirs publics relatifs aux modalités du développement économique local, de l'échelle de priorité qu'ils établissent en matière d'investissement, ou plus généralement encore de la réglementation de l'activité économique et sociale. Durant les débats, il a été relevé que la ville de San-Pédro ne possédait pas de service de pompes funèbres, si bien que les corps des défunts sont convoyés dans des véhicules bâchés qui servent à d'autres moments au transport des voyageurs ou des aliments.

Lorsqu'on aborde les causes de la maladie, liées à des pratiques qui mobilisent un savoir sur la santé (en particulier, la nutrition), on note des attitudes très conservatrices à Odienné. Le biberon est rendu responsable d'une mauvaise alimentation des enfants. Mais, derrière ce procès, ce sont des enjeux de pouvoir qui se dessinent. Les tenants de l'ordre social ancien éprouvent le sentiment, parfaitement fondé d'ailleurs, que cette innovation apparemment inoffensive bouleverse les règles d'un monde dans lequel les rapports entre les hommes et les femmes semblaient immuables. Rien de tel à San-Pédro, où aucun problème lié à l'alimentation des enfants n'a pratiquement été abordé.

On a vu également, dans le cas d'Odienné, ressortir l'importance qu'attache la population à l'origine ethnique et à l'âge des agents de santé. Il faut ajouter à ces critères celui du sexe. Les femmes n'acceptent de s'en remettre qu'à des prestataires remplissant deux conditions : (i) être une femme, (ii) être âgée. Cette conception est également partagée par les hommes.

Il faut que ce soit une femme : les hommes, et même des personnalités administratives de haut niveau, avec qui nous avons abordé cette question en dehors de la "consultation de clients", ont tous affirmé que, dans un pays musulman, il était peu désirable de faire accoucher sa femme par un agent de santé masculin, sauf cas de force majeure ; et, pour les mêmes, il est tout aussi inconcevable d'autoriser sa femme à passer un contrôle de grossesse ou un examen gynécologique avec un homme.

Il faut que cette femme soit âgée, elle doit avoir de l'expérience, elle doit avoir eu des enfants elle-même, et le plus grand nombre possible. Les participants ont tous mentionné que cela n'était pas le cas avec les sages-femmes de la fonction publique qui sont, en général, toutes jeunes et sans enfants. Les femmes n'ont pas confiance, et leurs maris non plus.

On a posé la question de savoir si un homme hésitait avant de consulter une femme, pour des problèmes de MST, par exemple. La réponse des hommes fut unanime : *"On irait voir n'importe qui, infirmier ou infirmière, médecin*

homme ou femme, n'importe qui qui puisse nous assurer que l'on gardera notre puissance sexuelle".

À San-Pédro, le discours tranche nettement avec ce qui a été entendu à Odienné. Les participants n'expriment aucune réticence, ni par rapport à l'âge ou au sexe du personnel, ni même par rapport à l'expérience. Pour eux, l'important c'est *"d'avoir quelqu'un pour nous soigner, ou pour nous faire accoucher, on se moque que ce soit un homme ou une femme, qu'il ou qu'elle soit jeune ou vieux"*. Et ici les infirmiers, les guérisseurs et tradipraticiens masculins peuvent soigner les femmes, sans que quiconque s'en offusque.

Il y a donc des différences dans les attitudes, mais il y a aussi une forme de convergence qu'on doit signaler. On se serait attendu, en raison des différences déjà signalées entre Odienné et San-Pédro, à observer des itinéraires différents selon que le patient vit à l'extrême Nord-Ouest de la Côte d'Ivoire, ou à l'extrême Sud-Ouest. On pouvait, en particulier, faire l'hypothèse que, à San-Pédro, le recours aux herboristes, guérisseurs et autres tradipraticiens pouvait être sévèrement concurrencé par des recours du type "pharmacie-par-terre" ou, plus généralement, par les recours aux soins modernes, en raison de la plus grande disponibilité de l'offre correspondante. En pratique, pourtant, on n'observe pas de différences significatives. La seule différence tient au fait qu'il existe, à San-Pédro, un choix plus large de prestataires du type "petites infirmeries de quartier" et "pharmacies-par-terre", y compris les "pharmacies chinoises".

Les itinéraires thérapeutiques observés à San-Pédro n'en consacrent pas moins, à l'instar de ceux d'Odienné, une préférence marquée pour les tradi-thérapeutes. En outre, la montée de la pauvreté urbaine, et plus particulièrement l'accroissement de la misère à la périphérie des villes, occupée désormais par des dizaines de milliers de familles très pauvres, forment un contexte favorable aux soins à l'indigénat, qui occupent sans doute une place croissante. Pour toutes les familles vulnérables, ils apparaissent en effet comme le premier recours, le seul qui soit à la portée de leurs maigres ressources.

Conclusion : se méfier des choix de myopes

Dans les observations que nous avons rapportées, et qui concernent les comportements adoptés face à un épisode de paludisme, pris comme exemple d'une affection jugée bénigne, le choix typique est un "choix de myope". Il correspond fréquemment à la situation de bénéficiaires confrontés simultanément à une pénurie de ressources et à des besoins pressants : l'urgence

conjoncturelle conduit alors à des arbitrages à court terme, sans possibilité de replacer les choix dans la perspective d'un horizon temporel plus éloigné. Il conduit à un itinéraire thérapeutique complexe, qui passe malheureusement souvent par toutes les possibilités thérapeutiques. Cet itinéraire est long et lent, et augmente, à chaque étape, les risques pour le patient (hygiène douteuse des préparations, pratiques dangereuses, dosages incertains, attente trop longue avant une attention paramédicale ou médicale, etc.), tandis qu'il diminue considérablement ses revenus.

Le manque d'argent est invoqué comme la raison essentielle de la non fréquentation des centres de santé modernes. Néanmoins, l'examen des itinéraires thérapeutiques montre que par manque de connaissances et de ressources d'une part, en raison de l'emprise forte des pratiques traditionnelles et de l'urgence des besoins d'autre part, les bénéficiaires dépensent beaucoup plus que ce qui devrait être nécessaire, et ne semblent pas se plaindre des coûts pratiqués par les thérapeutes traditionnels, tout en admettant que dans la plupart des cas, ils doivent tout de même se résoudre à ajouter les frais de la médecine moderne pour obtenir enfin la guérison. Ce tableau contradictoire est celui sur lequel on s'arrêtera car, plus qu'aucun autre comportement, pratique et perception mis à jour plus haut, il autorise à penser que les bénéficiaires ne sont pas les mieux placés pour savoir ce qui est bon pour eux. Et, qu'en conséquence, il n'est pas éthique de promouvoir un mode de régulation du système de santé fondé sur les sollicitations d'une demande livrée à ses propres démons et à sa seule logique.

Or notre époque semble dominée par le paradigme du "bon savoir" des bénéficiaires, qu'on pare volontiers de toutes les vertus et de toutes les compétences. Mais, si les choix des bénéficiaires sont des "choix de myopes", peut-on continuer à soutenir des politiques et des programmes qui reposent sur la "participation communautaire" dont la forme idéalisée considère que les communautés, et en particulier les communautés pauvres, peuvent se libérer seules de leur situation de dépendance dans la mesure où elles sont les seules à pouvoir dire ce qui est bon pour elles ? Un tel point de vue est-il éthique ?

CARACTERISTIQUES SUBJECTIVES ET OBJECTIVES DES RECOURS SELON LES DECLARATIONS DES CLIENTS

PRESTATAIRE	DESCRIPTION ET COUT DU TRAITEMENT	AVANTAGES COMPARATIFS (SELON LES BENEFICIAIRES)	FREQUENTATION
<p>1 - Herboriste</p>	<p>Le traitement se présente sous forme de plantes vendues par tas. Le tas de plantes coûte entre 25 et 50 F CFA.</p> <p>Le coût d'un traitement complet est de 500 F CFA.</p>	<p>Avantage : La modicité du coût se conjugue à la disponibilité du « médicament ».</p> <p>Désavantage : L'efficacité est aléatoire, surtout dans le cas de paludisme résistant.</p>	<p>La plupart des bénéficiaires commencent par ce type de recours, y compris des membres du corps paramédical. Mais presque tous allient ensuite la pharmacie trottoir.</p>
<p>2 - Féticheur</p>	<p>Le traitement, qui combine des pratiques ésotériques et l'absorption de breuvages et décoctions diverses, s'élève à plus 500 F CFA.</p>	<p>Avantage : Prise en compte de la dimension mystique.</p> <p>Désavantage : Le patient doit rémunérer les conseils du féticheur et les supports matériels de son intervention (plantes, objets divers).</p>	<p>Le féticheur est consulté dans le cas d'une maladie bizarre ou mystique, ou «maladie de génies», fréquemment accompagnée de signes de paludisme. Si le mal persiste, on va voir l'herboriste, puis on continue le cycle.</p>

PRESTATAIRE	DESCRIPTION ET COUT DU TRAITEMENT	AVANTAGES COMPARATIFS (SELON LES BENEFICIAIRES)	FREQUENTATION
<p>3 - Guérisseur</p>	<p>Il en coûte, en moyenne, 3 000 F CFA + canaris (500 F CFA pour base et +). Mais rien ne sera entrepris si on ne donne pas un coq, évalué à 2 500 F CFA et si l'on achète pas un minimum de 500 F CFA de feuilles.</p> <p>TOTAL : 6.500 F CFA minimum</p>	<p>Avantage : à part l'achat initial d'un coq, le paiement peut être différé jusqu'à la guérison. Par ailleurs, le prestataire accepte sans difficultés un règlement par tranche. Enfin, le patient est toujours bien accueilli et considéré.</p> <p>Désavantage : La guérison n'est pas certaine. Il faut souvent recourir soit aux "pharmaciens-par terre", soit au médecin.</p>	<p>75 % des bénéficiaires présents vont voir le guérisseur. Si le traitement est inefficace, on se rend à l'hôpital ou au centre de santé.</p>
<p>4 - Pharmacies par terre</p>	<p>Deux types de recours :</p> <p>a) les médicaments africains (provenant du Nigéria ou du Libéria) dont le prix de base est de 500 F CFA pour une plaquette correspondant à un traitement complet.</p> <p>b) les médicaments chinois, accompagnés de conseils appropriés, soit 1 500 F CFA.</p>	<p>Avantages de a) : selon les participants, cela peut aider si le paludisme n'est pas trop grave. Mais on a souvent besoin de recours, soit vers le guérisseur, soit vers l'infirmier.</p>	<p>Pour un paludisme grave, toutes les personnes qui ont déjà consulté un herboriste, un guérisseur ou un féticheur, essayent les "médicaments-trottoir".</p>

PRESTATAIRE	DESCRIPTION ET COUT DU TRAITEMENT	AVANTAGES COMPARATIFS (SELON LES BENEFICIAIRES)	FREQUENTATION
<p>5 - Centre de santé</p>	<p>a) La prescription, au dire des bénéficiaires, porte sur 1 anti-paludéen (soit de la chloroquine en comprimés, soit de la quinine en injectable), accompagné d'aspirine et, souvent aussi, de vitamines et de fer. Deux cas de figures se présentent :</p> <p>1) Traitement par voie orale Pour les médicaments PSP, il faut acheter 18 comprimés de chloroquine 108 F CFA + un anti pyrétique 30 F CFA + 10 comprimés de fer soit 100 F CFA et une boîte de vitamines soit 500 F CFA donc au total 738 F CFA.</p> <p>2) Traitement par injection 3 injections de quinine 144 F CFA + 3 seringues/aiguilles 475 F CFA soit, au total 619 F CFA</p> <p>b) Le prix de la consultation de l'infirmier est de 100 F CFA</p>	<p>Désavantage :</p> <p>a) faible accessibilité géographique car la couverture sanitaire des centres de santé doit être amélioré;</p> <p>b) disponibilité aléatoire des médicaments essentiels. Malgré les efforts réalisés par la PSP, de nombreux centres de santé ne sont pas approvisionnés avec une régularité suffisante;</p> <p>c) l'accueil des agents de santé public est l'objet de fortes critiques. Les bénéficiaires se plaignent du manque d'égards dont ils sont trop fréquemment victimes.</p>	<p>Les personnes habitant un village doté d'un centre de santé s'y rendent lorsque tous les autres recours ont échoué. En règle générale, le centre est le dernier recours.</p>

PRESTATAIRE	DESCRIPTION ET COUT DU TRAITEMENT	AVANTAGES COMPARATIFS (SELON LES BENEFICIAIRES)	FREQUENTATION
<p>6 - Hôpital</p>	<p>1 - achat d'un carnet 100 F CFA</p> <p>2 - un billet de consultation 1 000 F CFA</p> <p>3 - une journée d'hospitalisation pour faire le traitement sous perfusion 1 000 F CFA</p> <p>4 - ordonnance minimum 4 500 F CFA (Prix PSP)</p> <p>Total : 6 600 F CFA (PSP)</p> <p>ou 15 500 F CFA non PSP</p>	<p>Avantage : La probabilité de guérison est élevée.</p> <p>Désavantages : l'attente est longue et l'accueil de qualité médiocre. L'hospitalisation est presque toujours recommandée, plutôt qu'un traitement en ambulatoire.</p>	<p>L'hôpital, comme le centre de santé, est une option d'ultime recours.</p>

PRESTATAIRE	DESCRIPTION ET COUT DU TRAITEMENT	AVANTAGES COMPARATIFS (SELON LES BENEFICIAIRES)	FREQUENTATION
<p>7 - Infirmier privé</p>	<p>La prescription est évaluée à 2.000 F CFA, mais peut aussi bien monter à 15.000 F CFA si elle comprend le matériel d'injection ou de perfusion et des médicaments achetés en pharmacie.</p> <p>A cela s'ajoute le tarif de l'infirmier qui est en moyenne de 300 F CFA pour une injection et 500 F CFA pour une perfusion. Il faut également inclure 200 F CFA de suppléments divers (voir colonne 2).</p> <p>TOTAL TRAITEMENT BASE : MINIMUM 2.500 F CFA (injection)</p> <p>MAXIMUM 15.700 F CFA (perfusion)</p>	<p>Avantages : les tarifs sont moins élevés qu'à l'hôpital et les soins sont faits en ambulatoire.</p> <p>Désavantages : l'infirmier fait payer un certain nombre de services qui s'ajoutent à la tarification de base : 100 F CFA pour prendre la température du patient et 100 F CFA pour prendre la tension. Ces prestations sont proposées avant tout autre acte.</p> <p>L'infirmier privé est supposé ne pas prescrire, donc le patient doit d'abord consulter un médecin privé ou public pour avoir son ordonnance. L'infirmier ne fera alors que les soins : pose de perfusion, injections.</p> <p>Le pharmacien a néanmoins indiqué recevoir dans sa pharmacie bon nombre de fausses ordonnances établies par des infirmiers ou autres pseudo-médecins. Ces ordonnances sont en général faites en dépit du bon sens, et comportent un nombre considérable de médicaments, souvent contradictoires.</p>	<p>Ce choix est celui de 10 % des bénéficiaires qui estiment qu'un tel recours minimise la dépense monétaire et le temps consacré à se soigner (coût d'opportunité).</p>

PRESTATAIRE	DESCRIPTION ET COUT DU TRAITEMENT	AVANTAGES COMPARATIFS (SELON LES BENEFICIAIRES)	FREQUENTATION
<p>8 - Pharmacie privée</p>	<p>Les pharmacies visitées à Odienné et à San Pédro ne vendaient pas encore de génériques en juin 1995. Pour un paludisme, les prescriptions médicales revenaient à 7400 F CFA.</p> <p>Le pharmacien présent lors de la consultation avait évalué le coût de l'ordonnance à 5 700 F CFA au minimum pour un traitement avec perfusion et 2 500 F CFA pour les anti paludéens et un anti pyrétique.</p>	<p>Avantage : les patients peuvent acheter un certain nombre de médicaments dans le cas de paludisme, sans passer par un médecin ou infirmier.</p> <p>Désavantage : auto médication, sans être sûr que l'on souffre vraiment de paludisme et absence de génériques, donc prix forts.</p> <p>Si l'on réussit à acheter le nécessaire pour perfusion, sans ordonnance, et donc sans frais de consultation, on doit de toutes les manières faire appel à un infirmier privé ou autre pour les soins.</p>	<p>L'officine privée n'est un premier recours que pour les personnes qui s'auto-médiquent, ou pour celles qui ont obtenu une ordonnance d'un médecin privé ou d'un infirmier privé.</p> <p>Mais on constate également que les patients des centres de santé publics ou des hôpitaux en rupture de médicaments PSP, n'ont d'autre alternative que de se rendre dans une pharmacie privée.</p>

Les médecins présents à SAN-PEDRO ont confirmé que 70 % des cas de paludisme pouvaient être traités avec 18 comprimés de chloroquine, ou pour les cas résistants, par trois injections de quinine, soit un coût de 108 FCFA ou de 144 FCFA plus le coût des seringues (Prix PSP) plus 100 F CFA pour le concours de l'infirmier.

Si le malade s'adresse à une pharmacie, on lui demandera 1000 FCFA pour un anti-paludéen par voie orale, ou 500 F CFA pour un injectable et 555 FCFA pour les seringues, tarifs auxquels il faut ajouter trois fois 100 F CFA pour le concours de l'infirmier qui fera les injections. Donc, en règle générale :

TRAITEMENT PAR VOIE ORALE : **108 F CFA** (PSP) quand il n'y a pas rupture de stocks
ou **1 000 F CFA** (pharmacie privée en l'absence de génériques)

TRAITEMENT PAR INJECTION : **144 F CFA** (PSP) quand il n'y a pas rupture de stocks
+ **475 F CFA** pour les seringues
+ **200 F CFA** pour les soins infirmiers
ou
500 F CFA (pharmacie privée)
+ **555 F CFA** (seringues)
+ **300 F CFA** (soins infirmier)

CHAPITRE 16

Que peut-on attendre des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA ?

La cas de l'association LUMIERE ACTION en Côte d'Ivoire sur la période 1994-1997

par Dominique KEROUEDAN

Les deux premiers cas de sida sont déclarés en Côte d'Ivoire en 1985. Le Ministère de la Santé de l'époque, comme dans nombreux autres pays d'Afrique, commence par nier les faits : "*le SIDA ne doit pas nous affoler*", "*quoi qu'on en dise, le SIDA reste chez nous un problème marginal, si on le compare à d'autres maladies (tétanos, rougeole, tuberculose), sans parler de la déshydratation consécutive à un accès diarrhéique qui tue tant de bébés*" déclare le Ministre de la santé en mars 1987 [1] : la Côte d'Ivoire étant un pays d'accueil pour tous les étrangers, il s'agit de ne dissuader ni les investisseurs étrangers ni les touristes de continuer à manifester un intérêt pour ce pays. Mais une campagne de sensibilisation officielle et télévisée se déroule en février et mars 1987. Cette même année, une enquête épidémiologique révèle un taux de séropositivité de 1% dans la population générale et de 4% chez les femmes enceintes [2], et le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) est créé.

En 1989 une nouvelle enquête sérologique dans la population générale sur l'ensemble du pays révèle un taux de séropositivité compris entre 8 et 10% selon les régions [3]. Les deux rétrovirus VIH1 et VIH2 sont présents dans le pays [4][5]. Le taux de séropositivité des tuberculeux est voisin de 50%, et la tuberculose est l'infection opportuniste la plus fréquente. Le taux de prévalence chez les prostituées est de 86 % en 1994 [6]. La fréquentation des prostituées est le risque le plus fortement associé à l'infection à VIH des donneurs de sang [7].

Un peu plus tard, en 1992, le taux de séroprévalence chez les femmes enceintes atteint 12% [8] ; il progresse et atteint 15% dans la capitale en 1995 [9]. Le taux de transmission à l'enfant est de 28% pour le VIH1, de 19% pour la double infection de la mère VIH1 et 2, et de 1% seulement pour le VIH2 [10]. Le taux de séroprévalence des enfants en milieu hospitalier est voisin de

10% [11]. Plus récemment, le taux de séroprévalence est estimé à un chiffre compris entre 10 et 15% dans la population générale en 1995 avec un sex-ratio voisin de 1. Le nombre de cas de SIDA déclarés augmente progressivement et atteint près de 38 000 fin 1996 selon le Programme National de Lutte contre le SIDA. Ce chiffre élevé sous-estime pourtant la réalité, par défaut de diagnostic sérologique et défaut de déclaration des cas. Parmi les patients tout venant se présentant au dispensaire en ambulatoire dans les formations sanitaires urbaines d'Abidjan en 1995, un sur cinq est séropositif [12]. Le SIDA est, en Côte d'Ivoire, dès le début des années 1990, la première cause de mortalité chez l'homme en milieu hospitalier, la deuxième cause chez la femme après la mortalité maternelle [13].

Réponses du Gouvernement de la Côte d'Ivoire à l'épidémie

Le système de santé ivoirien, hérité de la période coloniale française, est resté une mosaïque de services curatifs hospitalo-universitaires en milieu urbain, et de services préventifs (Grandes endémies) ou de premiers soins dans les bases de santé rurales devenues les districts de santé. Les politiques de santé évoluent au gré de l'influence conjoncturelle, politique, ou financière, de telle ou telle institution internationale: les Soins de Santé Primaires initiés par l'OMS après la Conférence d'Alma-Ata à la fin des années 70 et mis en oeuvre en Côte d'Ivoire au début des années 80; l'Initiative de Bamako proposée par l'UNICEF et expérimentée par la Côte d'Ivoire, sans grande conviction, à Bouaflé à partir de 1991; la promotion par l'Union Européenne dans les années 90 d'une politique du médicament essentiel et du médicament générique; la définition, par la Banque Mondiale, lorsqu'il s'est agi de lutter contre les conséquences sociales liées à l'ajustement structurel, d'une politique de gestion des ressources humaines, d'un paquet minimum d'activités offerts par les services de santé de base des districts, et la mise en place de mécanismes de financements des soins et de recouvrement des coûts dans les formations sanitaires publiques. La même inspiration extérieure se retrouve dans l'organisation d'une offre privée de soins à but non lucratif gérée par des associations d'usagers et la redynamisation des services publics périphériques en milieu urbain, proposées par la Coopération française dans les années 90. L'épidémie de sida, outre qu'elle appauvrit les familles atteintes, exacerbe les dysfonctionnements d'une offre de soins essentiellement hétéroclite et foncièrement inégalitaire, par ailleurs privée de tout mécanisme d'assurance maladie.

En réponse à l'épidémie, le Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire, pressé et soutenu par l'OMS, crée le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) en 1987. Rapidement les autres organisations internationales du système

des Nations-Unies et les coopérations bilatérales (canadienne, américaine, allemande et française notamment), subventionnent le gouvernement ivoirien pour mettre en oeuvre les différents volets de la lutte : des actions de prévention, de recherche clinique et socio-comportementale, et plus tardivement et dans une moindre mesure, des actions de prise en charge des séropositifs et des malades.

Les stratégies de prévention se résument en fait à l'élaboration d'outils et de supports de communication : "on fait de l'IEC" (information, éducation, communication) sans avoir défini une stratégie. Il s'agit d'informer la population sur les modes de transmission du virus, dans le seul but de promouvoir l'utilisation des préservatifs. Il n'y a pas véritablement de réflexion, en Côte d'Ivoire pas plus qu'ailleurs, sur la façon d'utiliser, dans la perspective d'une intervention visant à modifier les croyances ou comportements exposant au risque d'infection, les données des études socio-comportementales qui portent sur ces attitudes et croyances. Le thème de la séropositivité par exemple n'est pas ou peu évoqué, avec pour conséquence l'exclusion des malades du milieu familial et professionnel. Une certaine mobilisation se produit pourtant progressivement au début des années 90 contre l'épidémie, le ministère de la santé y trouvant l'occasion de s'activer devant les médias, de nombreux et vastes secteurs de la société, les milieux éducatif, sportif, culturel, privé, médiatique, enfin associatif.

La stratégie nationale de prise en charge des malades se résume, quant à elle, à l'élaboration d'algorithmes de traitement des infections opportunistes et diverses actions visant à rendre disponibles les réactifs sérologiques et les médicaments essentiels. La capitale est servie en priorité, et il apparaît moins évidemment nécessaire et beaucoup plus difficile de décentraliser vers l'intérieur du pays une offre de soins médicalement compétente à l'écoute aussi de tous les problèmes sociaux, familiaux, juridiques et professionnels de ces personnes et de leurs familles. La question de la disponibilité et surtout de l'accessibilité des antirétroviraux n'est posée qu'à l'occasion de la Journée Mondiale du Sida (décembre 1996), dont le slogan provocateur proposé par l'ONUSIDA est "Tous Unis dans l'Espoir" : l'espoir des lendemains de la Conférence de Vancouver qui annonce la maîtrise de la maladie pour les patients sous trithérapie... vivant dans la partie occidentale de la planète !

Réponses des personnes vivant avec le VIH/SIDA

L'implication des personnes séropositives est tardive. C'est huit ans après le début de l'épidémie qu'un étudiant, Dominique, invité à une émission télévisée, se déclare publiquement séropositif. Selon les commentaires entendus le

lendemain, la première réaction du public est l'incrédulité la plus totale. Néanmoins, l'événement bouscule les idées reçues : il a le virus et cela ne se voit pas ; il a une maladie "honteuse" et il le dit. Les professionnels de santé eux-mêmes sont surpris. Ce geste annonce donc véritablement un tournant de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire : le silence est rompu, les malades existent et racontent.

- La naissance de "Lumière Action"

Il faut cependant attendre près d'un an encore pour qu'Etienne se présente au PNLS. Il vient de se faire volontairement dépister au centre de dépistage anonyme et gratuit de la capitale. Il s'interroge sur sa séropositivité : *"Encore combien de temps avant la maladie ? avant la mort ? Comment agit le virus dans mon corps ? Où puis-je trouver des soins, des personnes à qui parler ?"*. Mais, surtout, Etienne est le premier à avoir l'idée d'une association. Il est décidé à agir collectivement pour lutter contre cette épidémie : *"Il faut qu'on parle de cette maladie. Il faut que tout le monde sache que ça existe. Il faut que nous, les personnes infectées, nous disions aux jeunes : Attention, le sida est là, ne faites pas comme nous ! Il faut que vous m'aidiez docteur. Je veux participer aux conférences du Programme"*.

Réunis par le PNLS, Dominique, Etienne et Jeanne créent Lumière Action. L'association a d'abord son siège dans les locaux du PNLS, puis prend son autonomie en 1995.

- Contribuer à lutter contre l'épidémie et à limiter son impact, oui, mais comment ?

La première réaction du Programme à la révélation publique de leur séropositivité par un certain nombre de personnes a été un soulagement : *"Enfin ! Ils vont nous aider à promouvoir nos messages ! Enfin le sida fantasmé peut devenir une réalité ! Ils vont témoigner, prévenir ! Ensemble nous vaincrons le sida!"*. C'est que, quoi qu'en disent les agents du programme national au début de l'épidémie, les gens ne croient pas les messages qu'on leur adresse tant qu'ils ne voient pas la maladie se répandre autour d'eux : tout se passe comme si les institutions ne pouvaient pas avoir un impact tant que l'épidémie n'est pas bien installée et constatée par chacun.

Les organisations de malades au Nord, à travers le Global Network of People with AIDS (GNP+) ont souvent conclu leurs discours lors des conférences internationales par cette phrase devenue un slogan : *"Nous ne sommes pas un problème, mais une partie de la solution"*. Les personnes vivant avec le VIH

étaient dès lors représentées à toutes les réunions dans toutes les institutions, nationales et internationales, gouvernementales ou non gouvernementales. Pouvait-il en être de même à Abidjan ?

Certes, beaucoup de personnes étaient convaincues que les malades devaient être associés à l'élaboration des politiques, aux actions menées dans le pays, aux décisions les concernant. Mais il ne s'agissait pas de les impliquer pour les impliquer, parce que c'était "politiquement correct" ou pour se donner bonne conscience, ou pour faire parler de soi dans la presse internationale. Il s'agissait de définir très précisément leur rôle et leurs tâches. La question est apparue plus complexe qu'on ne le prévoyait. Les organisations de malades regroupent des personnes infectées, souvent malades et sans ressources, et très peu nombreuses à s'impliquer, compte tenu de l'ampleur de la tâche. Ce sont, sauf quelques exceptions qui deviennent les animateurs, des personnes dont la scolarité a été brève. Les "cadres" séropositifs, par discrétion sans doute, ne s'investissent pas ou très peu dans le milieu associatif en Afrique. Ce ne sont pas des soignants, ce ne sont pas des gestionnaires de projets, ni des gens de santé publique.

Donc ce ne sont pas des professionnels, ce sont des malades, souvent appauvris, souvent peu éduqués. Comment vont s'organiser et fonctionner leurs associations ? Quel rôle peut-on leur donner ? Elles expriment des besoins. Que peuvent-elles vraiment proposer en termes de stratégies, de prévention, de recherche, de prise en charge ou d'organisation des soins en matière de sida au PNLS, aux organisations internationales ? Comment traduire un besoin en stratégie ? Comment rédiger un document de projet recevable et éligible au financement des organismes internationaux ? Quand les leaders sont malades et parfois meurent, qui reprendra la dynamique de l'association, qui assurera le suivi des activités, des projets, leur gestion ?

Leurs besoins en formation sont énormes, tant sur la pathologie elle-même, sa biologie et son épidémiologie, que sur la conception et la gestion des micro-projets. Il ne faut pas les sous-estimer. Ainsi l'accompagnement institutionnel, technique, financier, voire médical, d'une association de malades atteints de sida en Afrique, doit, à ses débuts et sur une longue période, être quotidien et méthodique. Alors, et alors seulement, les personnes vivant avec le VIH deviennent des acteurs et peuvent contribuer à la lutte contre l'épidémie et à ses effets dans leur pays.

Face à tous ces problèmes nouveaux, l'attitude des responsables sanitaires et de tout le personnel concerné est très ambivalente : certes, ils comprennent immédiatement que les malades organisés en associations vont rendre plus

crédible le discours des professionnels, mais en même temps ils se méfient de la place que ces malades pourraient prendre, du pouvoir qu'ils pourraient rapidement conquérir dans le programme, alors qu'ils ne sont après tout que des malades, dépourvus de savoir médical, voire illettrés !

- La prévention

En Côte d'Ivoire, les membres de Lumière Action participent, indépendamment du PNLs ou en liaison avec lui, à toute forme de communication sur le sida. Grâce à eux, le thème de la séropositivité a pu être évoqué dans le but de susciter une meilleure tolérance sociale à ce statut. Cependant leurs interventions restent souvent très médiatiques, en direction de la population générale ou de certains groupes comme les jeunes en milieu scolaire.

Bizarrement, ils se sont peu manifestés par exemple sur l'aspect très spécifique de la séropositivité en milieu de travail, pour prévenir les dépistages du VIH à l'insu des candidats à l'embauche, les licenciements abusifs de personnes séropositives, l'exclusion, etc... ou pour mobiliser le PNLs plus avant sur l'aspect juridique de ces pratiques. De même, ils ne sont pas intervenus sur la question de la prévention de la transmission sanguine du virus : il est encore beaucoup d'endroits, en Côte d'Ivoire comme ailleurs, en dehors de la capitale, où le sang transfusé n'est pas préalablement testé pour l'infection à VIH. Qui s'en préoccupe dans les associations ?

- L'accompagnement des malades

L'intervention majeure et irremplaçable des associations reste l'accompagnement des malades nouvellement dépistés, soit aux côtés des équipes soignantes, soit au siège de l'association, soit à domicile dans les familles. Les malades savent, mieux que n'importe quel professionnel sans doute, partager, informer, expliquer, soutenir, orienter, accompagner et aider à vivre une personne qui vient d'apprendre sa séropositivité et qui se trouve seule face à cette nouvelle. Les membres de l'association seront longtemps les seules personnes de l'entourage du malade à connaître son statut. Leur présence est alors plus que précieuse.

Le chapitre de T. Berche et de D. Esmel montre cependant en quoi leur place au sein d'une équipe soignante reste à inventer, entre les pouvoirs de la science devenue impuissante et l'incapacité de nombreux professionnels de santé à compatir, se protégeant eux-mêmes des souffrances projetées. La prise en charge du sida est toujours "une affaire de coeur" disait Etienne, et à long terme une vraie vocation: quelle personne humaine peut entendre chaque jour

de telles misères médicales, sociales, économiques, souvent sans solution, supportées dans un isolement indescriptible, et rester toujours souriante, dévouée corps et âme à ses tâches ? Les professionnels de santé doivent jouer leur rôle absolument : les associations de personnes séropositives doivent amener l'ensemble des professionnels de santé à faire tout leur travail de soignant, elles ne peuvent pas se satisfaire de reconnaître le dévouement exceptionnel de quelques-uns d'entre eux. C'est une revendication légitime qu'ils n'expriment pas assez. Mais les soignants ne peuvent assumer seuls tous les effets de l'épidémie. C'est toute la société qui doit se partager et se répartir les conséquences sociales et familiales du sida.

- Les femmes et les enfants

Les femmes de l'association Lumière Action sont intervenues, en accord et sous le contrôle technique du PNLS, dans une dizaine de formations sanitaires de la ville d'Abidjan, sur un aspect de l'épidémie non couvert par les structures publiques ou privées de soins : la sensibilisation des femmes enceintes en matière de sida et de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et la proposition de dépistage volontaire à toutes les femmes enceintes. Les membres de Lumière Action ont été formés à ces actions de sensibilisation et de dépistage-conseil, pendant que les équipes médicales des mêmes formations sanitaires étaient formées parallèlement à la prise en charge des personnes séropositives et malades. Le mode de transmission de la mère à l'enfant est très peu connu des femmes et de la population générale, et ces activités très utiles pourraient être largement étendues.

- Le dépistage-conseil volontaire

Enfin il est prévu que le siège de Lumière Action devienne, dans un des quartiers de la ville, un lieu de dépistage anonyme et gratuit à partir duquel toute personne dépistée séropositive peut être adressée à une équipe médicale formée à la prise en charge dans une formation sanitaire voisine. Certains personnels de santé expriment clairement leurs réticences à confier à des personnes séropositives, pourtant formées, ces tâches de dépistage et de conseil.

- L'accès aux antirétroviraux

Les antirétroviraux n'ont pas été spontanément revendiqués par les personnes séropositives en Côte d'Ivoire jusqu'en 1996. Mais, l'année de la Conférence de Vancouver (1996), elles sont choquées par le slogan de la Journée Mondiale du Sida "Tous Unis dans l'Espoir" [14]. L'espoir sous-entend ici la promesse de guérison obtenue sous trithérapie. Quel espoir pour les

personnes infectées dans un pays sans assurance maladie et aux ressources limitées ? Les incitations militantistes des associations de malades du Nord, la Conférence de Vancouver, la Journée Mondiale du sida en 1996, les essais thérapeutiques par Zidovudine menés en Côte d'Ivoire, même s'ils sont justifiés par ailleurs et tentent de limiter l'impact de l'épidémie, sont perçus comme autant de provocations génératrices d'une demande de prise en charge effective et de traitement [15].

Pour tenter de répondre à cette demande, un groupe de réflexion multidisciplinaire international a exprimé sa position lors de la Xème Conférence Internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, qui s'est tenue précisément à Abidjan en décembre 1997 [16]. Tout en encourageant la mise à disposition des traitements ARV pour les malades africains, la note prévient de la complexité de la mise en oeuvre de cette opération si des mesures de qualité scientifique et éthique d'identification des bénéficiaires et de prise en charge médicale et biologique n'accompagnent pas le processus. La note ne traite pas des modalités de financement d'une telle opération, et invite à respecter le préalable d'une phase pilote de recherche clinique conduite à petite échelle sous l'égide de l'ONUSIDA. Le texte met en garde par ailleurs les uns et les autres contre une baisse de vigilance vis-à-vis de la prévention.

Mais, paradoxalement, un droit qui pourrait être tout-à-fait mis en oeuvre, celui d'avoir accès à une prise en charge médicale et psychosociale de qualité, à la sérologie, et aux médicaments essentiels pour prévenir ou traiter les infections opportunistes, n'est lui non plus pas ou peu revendiqué. Sur instruction *explicite et réitérée* du Ministère de la santé, les médicaments essentiels fournis aux pharmacies des formations sanitaires publiques ne sont vendus aux malades que pour le *premier jour de traitement*, ce qui renvoie les consultants, pour le reste du traitement, aux officines privées, où les médicaments essentiels ou génériques sont en pratique inconnus et où les prix des spécialités sont prohibitifs pour la plupart des patients. Qu'attendent les associations pour exiger que tous les personnels de santé soient formés à la prise en charge médicale des malades, à l'annonce de la séropositivité? Pour obtenir la délivrance des médicaments essentiels ou génériques pour toute la durée de leurs traitements ? Pour que le secret médical soit respecté, la confidentialité maintenue, et les mesures d'hygiène appliquées dans les laboratoires et les services de soins? Qu'attendent les organisations représentant les malades au Nord pour aider les malades en Afrique à obtenir aussi cela des pouvoirs publics ou de la communauté internationale dans des délais acceptables?

- La recherche médicale

Dès la création du comité d'éthique du Ministère de la santé (car le comité d'éthique du PNLS n'a jamais fonctionné), Lumière Action y a eu un représentant pour participer aux réunions examinant les protocoles de recherche sur le sida soumis à l'approbation du Ministère de la Santé. Cette représentation a été longuement discutée au sein du ministère, puis c'est devenu une évidence.

Conclusion

La réponse à l'épidémie de sida, en Côte d'Ivoire, reste, pendant toutes les années 80, celle du gouvernement alerté, pressé et soutenu par les institutions internationales. Le milieu associatif se mobilise progressivement et la première association de personnes vivant avec le VIH naît presque dix ans après le début de l'épidémie. Ceci tient aussi au fait que la stratégie de lutte contre le sida se résume au début à informer la population d'une façon très large mais très superficielle, et à prévenir la transmission sexuelle et sanguine du virus. La stratégie relative à la prise en charge des malades n'est mise en oeuvre sur le terrain qu'à partir de 1994, et ce volet n'intéresse que peu d'organismes internationaux.

La contribution des personnes vivant avec le VIH/sida à la lutte contre l'épidémie et contre ses effets est cruciale, tant dans le domaine de la prévention que dans celui de la recherche et de la prise en charge. Mais cette contribution doit être clairement instaurée au sein du dispositif institutionnel et social de réponse, elle doit être définie et orientée efficacement. Il s'agit d'aider les personnes vivant avec le VIH à discerner ce qu'elles sont en droit d'attendre des pouvoirs publics d'une part, ce qui peut relever de leurs propres responsabilités, de leurs initiatives et de leur citoyenneté d'autre part. Elles ont une contribution profondément humaine à partager avec les professionnels de santé vis-à-vis des patients et de leurs familles. Leur immense mérite est alors de dépasser leur état de santé, leur isolement, parfois leur pauvreté et leurs contraintes personnelles pour contribuer finalement à un projet social: celui de vaincre une épidémie et de réduire la souffrance et la solitude d'autrui.

Bibliographie

1. Fraternité-Matin, 12 février 1987 p. 2-3, 18 mars 1987, p. 4.
2. Comité National de Lutte contre le Sida. Plan d'Action à Court Terme pour la Lutte contre le Sida en Côte d'Ivoire, juin 1987.
3. SORO B.N., GERSHY-DAMET G.M., COULIBALY A.: Seroprevalence of HIV Infection in the General Population of the Côte d'Ivoire, West Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2, 1193-6, 1990.
4. DE COCK K.M., ODEHOURI K., MOREAU J. et al. : Rapid Emergence of AIDS in Abidjan, Ivory Coast. *Lancet* ii : 408-11, 1989.
5. GERSHY-DAMET G.M., KOFFI K., SORO B.N. et al. : Seroepidemiological Survey of HIV1 and HIV2 Infections in the Five Regions of Côte d'Ivoire. (Correspondence). *AIDS*, 5, 462-3, 1991.
6. DJOMAND G., GREENBERG A.E., SASSAN-MOROKRO M. et al. : The Epidemic of HIV/AIDS in Abidjan, Côte d'Ivoire: A Review of Data Collected by Projet Retro-CI from 1987 to 1993. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovir* 10, 358-65, 1995.
7. SCHUTZ R., SAVARIT D., KOUADIO J.C. et al. : Excluding Blood Donors at Risk of HIV Infection in a West African City. *Br Med J* 307, 1517-9, 1993.
8. ADJORLOLO-JOHNSON G., DE COCK K., EKPINI E. et al. : Prospective Comparison of Mother-to-Child Transmission of HIV1 and HIV2 in Abidjan, Ivory Coast. *JAMA* 272, 462-6, 1994.
9. SYLLA-KOKO F. : Seroprevalence de l'Infection à VIH dans les Consultations Périnatales à Abidjan, Côte d'Ivoire. IX ème Conférence Internationale sur le Sida et les MST en Afrique, Kampala, Ouganda, 10-14 Décembre 1995. Résumé N° TuC626.
10. DE COCK K.M., ZADI F., ADJORLOLO G. et al. : Retrospective Study of Maternal HIV1 and HIV2 Infections and Child Survival in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Br Med J* 308, 441-3, 1994.
11. GAYLE H., GNAORE E., ADJORLOLO G. et al. : HIV1 and HIV2 Infection in Children in Abidjan, Côte d'Ivoire. *J Acquir Imm Def Syndr* 5, 513-7, 1992.
12. ANGLARET X., KONE K., COULIBALY S. et al. : Clinical and Immunological Stages of HIV Infected Outpatients Attending Community Clinics, Abidjan, Côte d'Ivoire, *International Journal of STD and AIDS*, 1998, 9, 432-433.
13. DE COCK K.M., BARRERE B., DIABY L. et al. : AIDS, The Leading Cause of Adult Death in the West African City of Abidjan, Côte d'Ivoire. *Science* 249, 793-6, 1990.
14. ESMEL D., TAPE BI E., KOUAME J. et al. : "Tous Unis dans l'Espoir?"

Les Cahiers Santé 2, 1997

15. KEROUEDAN D. : Access to Antiviral Therapies in African Countries. The Lancet, 349,1704, 1997.

16. COULAUD P. (sous la direction de) : Initiative Internationale "Place des Antirétroviraux dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH en Afrique", ANRS-IMEA, décembre 1997, 73 p.

CHAPITRE 17

Priorités des personnes vivant avec le VIH et changement social

par Thierry BERCHE (†) et Dominique ESMEL (†)

Une jeune fille de 22 ans, malade, consulte dans un grand hôpital de l'intérieur. Des examens de laboratoire sont prescrits et exécutés. Quelques semaines plus tard, rentrant chez sa tante qui la loge, la jeune fille s'entend dire : "C'est pas par hasard que tu as le SIDA !". Non seulement elle a été dépistée clandestinement, mais le médecin, sans l'informer elle-même de sa séropositivité, a prévenu sa famille. Désormais, tout son entourage dira que "C'est une fille qui va chercher les garçons !".

Un jeune homme de 25 ans, résidant à Koumassi (quartier d'Abidjan), vit chez son frère. Il est malade depuis plusieurs mois, un test lui est fait à son insu et s'avère positif. Le médecin l'en informe, à son tour il prévient son frère. Ce dernier, apeuré, lui dit : "Surtout, ne dis pas à ma femme que tu es sidéen, sinon elle va me quitter". On lui attribue une assiette et un verre spéciaux ; au bout de quelque temps on lui interdit même de se laver à la maison. Un beau jour, apprenant son infection, sa belle-soeur le chasse, en lui disant que s'il reste il va contaminer tout le monde. Le médecin qui le suit, informé de ces événements, convoque la belle-soeur, mais au retour, celle-ci informe tous les habitants de la cour que son beau-frère est sidéen, et ces derniers viennent présenter leurs vœux compatissants et lui conseiller de se montrer courageux. Il quitte cette maison le jour même.

Un homme de 36 ans est employé sans contrat de travail dans une grande entreprise d'Abidjan. Son sérieux l'a fait remarquer par son supérieur, qui l'informe que des emplois vont être créés, et qu'il devrait se présenter à l'embauche. Il passe donc la visite médicale préalable, et le médecin de l'entreprise l'envoie dans un grand laboratoire de la place pour les examens biologiques de routine. Quelques jours après, il est convoqué par ce médecin : "Tu es malade, on ne peut rien pour toi". Il ne lui parle pas de séropositivité, mais lui annonce qu'il n'y aura pas d'embauche pour lui. Reprenant son travail précaire, il s'aperçoit que tous ses collègues s'éloignent de lui : ils ont été informés.

Ces faits ne datent pas de 1985, mais de 1995 ! En Côte d'Ivoire, les personnes vivant avec le VIH affrontent de multiples difficultés : hostilité des familles, exclusion des emplois, pauvreté et précarité, avec impossibilité de payer les traitements médicaux, attitude de rejet de la part de certains soignants, etc. Ces difficultés éprouvées par les malades ont motivé la création, en août 1994, de l'association "Lumière-action", première association ivoirienne réunissant des personnes vivant avec le VIH, et qui se veut un lieu de visibilité ou de transparence à trois dimensions : la parole (briser le silence), le soutien (redonner l'espoir à ceux qui sont infectés), et la réorientation de sa vie. C'est de cette association qu'il est question ici.

Le contexte épidémiologique est marqué par une progression continue de l'infection à VIH, particulièrement en milieu urbain : 14 % des femmes reçues dans les consultations prénatales à Abidjan en 1995 sont séropositives, ce qui correspond à environ 150.000 adultes séropositifs à VIH, dont la plupart ignorent leur statut, dans la ville d'Abidjan. Seule une minorité de ces personnes se fait dépister. Alors que les associations s'occupant de la diffusion de messages de prévention sont très nombreuses (une quarantaine, cf. [1]), les structures de dépistage et de prise en charge se limitent à un centre public (l'USAC¹, au sein du CHU de Treichville) et deux centres associatifs : le CASM² et le CIPS³. Même si un effort est en cours pour multiplier les lieux de dépistage, cette situation traduit la priorité implicite de la lutte contre l'épidémie en Côte d'Ivoire : depuis dix ans, on a privilégié la prévention (et sans se préoccuper de ses résultats), au détriment de la prise en charge.

Associations de malades

La création d'associations de malades, de son côté, n'est pas vraiment une nouveauté. Les premières associations de lutte contre diverses maladies sont apparues au XIX^{ème} siècle en Europe [2], souvent animées par des médecins. A partir des années 1960 se sont créées des associations de personnes atteintes de différentes maladies (cancer, lupus, etc.), et l'on a commencé à parler de *self-help*, qui combine auto-soutien [3] et auto-entraide (celui qui aide s'aide en même temps). Ces associations de *self-help* visaient essentiellement à briser l'isolement des malades et à réagir à une conception trop exclusivement médico-technique de la prise en charge de la maladie, conception qui non seulement déresponsabilisait la personne atteinte, mais encore oubliait les dimensions psychosociales de la maladie.

¹ Unité de soins ambulatoires et de conseil.

² Centre d'assistance socio-médical.

³ Centre d'information et prévention du Sida.

Les associations de personnes infectées et/ou affectées par le VIH, quant à elles, voient le jour en France à partir de 1984 [4][5] avec AIDES, Vaincre le SIDA, et l'Association de lutte contre le SIDA-Lyon. Elles innovent en proposant des prestations "pour répondre aux conséquences psychosociales de l'épidémie : conseil pré- et post-test, accompagnement psychologique, soutien social et juridique, aide au logement, maintien à domicile, etc" [6]. Ces innovations ont évidemment donné naissance à des pratiques nouvelles, en particulier au développement d'une complémentarité avec les services de soins.

Notre travail est basé sur une enquête auprès d'une vingtaine de personnes : six membres de l'association Lumière-Action, six membres des équipes soignantes de l'USAC et de la Clinique des maladies infectieuses (CHU de Treichville) -trois médecins, deux travailleurs sociaux, un infirmier-, quatre membres de l'association Espoir-Côte d'Ivoire-CIPS (deux médecins, deux bénévoles) et quatre personnes vivant avec le VIH, non membres de Lumière-Action mais ayant bénéficié de ses prestations. Evidemment, les opinions recueillies sont celles de ces personnes et ne prétendent à aucune représentativité, ni de l'ensemble des «personnes vivant avec le VIH» (P-VIH) ni des équipes soignantes. Les entretiens ont été réalisés par Thierry Berche selon un canevas concerté, Dominique Esmel a été à la fois un "informateur privilégié", mais aussi l'intermédiaire ou le médiateur auprès des P-VIH. Les matériaux recueillis ont été longuement discutés et interprétés ensemble. Ainsi, dans ce travail en collaboration, le témoin prend de la distance et l'anthropologue s'approche du rôle de témoin. Bref, ce texte est le résultat d'une collaboration entre un président d'association qui se pose des questions et un anthropologue qui lui en pose.

Priorités des personnes vivant avec le VIH

A l'origine de Lumière-Action il y a évidemment d'abord le sentiment éprouvé par certaines P-VIH que les problèmes qui les concernent ou qu'elles estiment prioritaires ne sont pas compris ou le sont mal. Quelles sont les raisons de cette incompréhension ? Pour les révéler, il suffit de donner quelques aperçus de la situation avant la création de Lumière-Action.

A la fin des années 1980, en Côte d'Ivoire, les grandes campagnes contre le SIDA ont mis l'accent sur la mort : SIDA=MORT. Elles ont abouti, tant chez les P-VIH que dans les différents groupes sociaux visés, à une perception collective du SIDA comme une maladie aiguë provoquant une mort rapide, voire imminente. Très vite, les P-VIH ont su dans leur chair que la mort n'est pas immédiate et qu'on pouvait vivre des années avec le SIDA. Au début des

années 1990, des personnes de bonne volonté se sont engagées dans la lutte contre le SIDA et l'aide aux P-VIH. C'est l'époque de la constitution des premières associations. Souvent, la bonne volonté de ces protecteurs s'accompagnait, à l'égard des P-VIH, de pitié ou de paternalisme. Les P-VIH ne se sentaient pas considérées comme des personnes comme les autres, à part entière, et se sont montrées extrêmement sensibles à ce type de comportement. En outre, ces associations centraient leurs actions sur l'information et la prévention, et non sur la prise en charge, qui est la première demande des P-VIH : ce n'est que tout récemment que la prise en charge est devenue centrale dans le discours de certaines associations, qui ont donc précisément beaucoup évolué sur ce point parce que le pouvoir en leur sein a changé de mains.

Quant aux services médicaux spécialisés, en l'occurrence l'USAC, ils proposaient des solutions ignorant certaines particularités.

Voici trois exemples parmi les plus fréquemment cités par les personnes interrogées :

- la cherté des soins dans un système médical et pharmaceutique de type libéral comme celui de la Côte d'Ivoire, et l'absence d'assurance maladie pour la majorité de la population, posent le problème crucial du paiement des soins et de l'achat des médicaments ;
- la localisation de l'unique centre public de soins d'Abidjan pose un sérieux problème de coût de transport pour y accéder ;
- la délivrance des soins, dans le contexte abidjanais, reste non personnalisée, voir dépersonnalisée : le malade est plus considéré comme un organisme malade que comme une personne dans toutes ses dimensions individuelles, familiales et sociales.

Ces trois problèmes ne concernent évidemment pas que les P-VIH, mais ces dernières les vivent comme une injustice qui leur est faite, et on y reviendra plus loin. Elles voient en effet, dans le même temps, se créer de coûteuses structures qui ne leur sont pas destinées, alors qu'aucune réponse n'est apportée à leurs problèmes de prise en charge financière, ce qui leur donne l'impression que le corps médical est plus soucieux de perfectionner ses outils de diagnostic que de donner aux malades l'accès aux médicaments qu'il prescrit. Ces observations se traduisent en irritation et énervement, en partialité et en souffrance. "*Les personnes infectées ne sont pas prioritaires*" disent certaines P-VIH, "*Rien ne se fait pour la prise en charge puisqu'on n'a pas de médicaments*" disent d'autres.

Ces phrases illustrent le sentiment de beaucoup de P-VIH, surtout lors de la survenue d'épisodes de maladies, sentiment de n'être pas suffisamment aidées dans leur combat contre la maladie. Les réponses données par les dirigeants sanitaires ne semblent pas correspondre suffisamment aux attentes des P-VIH, pas suffisamment et pas assez vite, car est aussi présent ce sentiment d'une course contre la montre.

Ainsi, certaines P-VIH ont considéré qu'elles devaient elles-mêmes prendre la parole, pour dire leurs problèmes, au lieu de laisser à d'autres le soin de le faire. Lumière-Action est née de là. Le VIH fait désormais partie d'une sorte d'"identité sociale" qui s'affirme et s'affiche. Mais la prise de parole permet aussi d'exprimer les problèmes tels qu'ils sont vécus, au lieu de les laisser traduire par d'autres au travers de filtres construits à partir des normes sociales dominantes. "La" vérité des P-VIH s'affirme ainsi non seulement comme une vérité à prendre en compte, mais aussi comme une vérité unique en elle-même et irremplaçable.

Dans cette vérité, il y a essentiellement ce message : il faut prendre en compte simultanément tous les aspects de la prise en charge, en particulier les aspects psychologiques et les conditions socio-économiques réelles des malades, alors que ces dimensions sont généralement ignorées dans le système de santé (en dehors des exceptions notables que constituent précisément l'USAC, le CIPS, et le CASM).

Les P-VIH présentent en effet des spécificités par rapport aux personnes souffrant de maladies chroniques ou de handicaps. Nombreux sont ceux qui, dans la société ivoirienne, posent sur les P-VIH une étiquette d'"in-validité", cette perte de toute validité entraînant l'exclusion, la disqualification sociale, le rejet de ce groupe de malades perçu comme néfaste et menaçant pour la société. Les P-VIH sont, comme on le dit couramment à Abidjan, "indexées" (montrées du doigt, de l'index), elles portent ce que les sociologues et les psychologues nomment un "stigmat" [7]. Mais, d'un autre côté, si les P-VIH sont susceptibles de mourir plus vite que les autres, nul ne peut dire quelle est l'espérance de vie de chacune. Les P-VIH se trouvent donc à la fois porteuses d'un statut d'inutilité sociale -voire d'exclu- que leur inflige la société, et d'un désir de vivre, désir parfois exacerbé par la conscience d'une menace rapprochée, désir de vivre comme tout le monde, désir par lequel elles sont génératrices d'espérance sociale. Ainsi, toutes les actions de l'association Lumière-Action visent à convaincre le corps social que les P-VIH peuvent vivre comme tout le monde, et donc que ces personnes ont la même valeur que les autres personnes, la même capacité à penser, agir, aimer, travailler, le même désir de participer à la création d'un monde meilleur.

Pour ne donner que deux exemples d'urgence : les P-VIH demandent concrètement de pouvoir garder leur emploi, lorsqu'elles en ont un, ou de pouvoir en trouver un, si elles n'en ont pas ; et elles demandent concrètement à être soignées, car que reste-t-il d'une politique de prise en charge si les malades ne peuvent pas être traités avec les médicaments adéquats, et si les P-VIH sont chaque jour en situation de dépendance vis-à-vis de telle ou telle personne ou de tel ou tel organisme ? Droit au travail et droit aux soins sont donc les deux revendications les plus fortes des P-VIH en Côte d'Ivoire, car ces droits leur sont contestés -pas à elles seulement, il est vrai-. On peut y ajouter le droit à une vie familiale : fonder et entretenir une famille, à tout le moins former un couple, exercer ce droit sans nuire aux autres, sans nuire à celui ou à celle qu'on aime.

Etapas de la vie associative

Comme pour toute naissance, il y a ici des parents et des amis, des parrains et des marraines. Tout a commencé en 1993, avec l'association Espoir-Côte d'Ivoire, dont la présidente, le Docteur Agness Soumahoro a pensé réunir des P-VIH pour organiser des témoignages publics. Dominique Esmel y a participé. *"J'ai fait alors un témoignage à visage découvert. C'est là que j'ai rencontré Jeanne Kouamé. Cette sortie de l'anonymat, réitérée souvent depuis cette date, me vaut souvent le qualificatif de "vedette" ou de "star" du SIDA, qualificatif dont je me passerais bien et que je céderais volontiers à d'autres"*. Par ailleurs, Etienne Tapé-Bi, qui venait d'apprendre sa séropositivité, était venu au BCC¹ et y avait rencontré le Docteur Kérouedan, conseillère technique : il voulait créer une association. *"C'est à ce moment-là que, tous les trois, nous nous sommes retrouvés, à l'initiative du Docteur Agness, à la conférence de Mombasa (mai 1994) pour l'assemblée constitutive du Réseau Africain des P-VIH, ou RAP. A notre retour, nous avons commencé à démarcher les amis et connaissances, à la recherche de membres actifs. C'est à cette occasion que j'ai rencontré Amélie, par son amie Jeanne Kouamé. Elle fut l'un des huit membres de la réunion constitutive de l'association, le 5 août 1994, et elle devint vice-présidente du bureau exécutif"*. C'est ainsi que l'association Lumière-Action a pu être fondée, en concertation avec le Docteur Kerouedan et avec l'appui massif du BCC (conseils juridiques, hébergement du siège de l'association, prêt de locaux de réunion, mobilisation des ressources financières des bailleurs de fonds et tout particulièrement du Projet Santé Abidjan de la Coopération française, etc.).

Pour illustrer les différences de perceptions entre les P-VIH et ceux qui s'occupent d'elles, signalons que le nom de l'association fut l'objet de vives

¹ Bureau central de coordination du Programme national de lutte contre le Sida.

discussions. *"Le responsable du BCC à ce moment-là, le Docteur Gnaoré, proposait "association de séropositifs ivoiriens", alors que nous, nous souhaitions un nom moins tapageur, qui fut finalement retenu : Lumière-Action. En outre, au début, chacun au BCC semblait vouloir être le parrain de cette association, la première du genre en Afrique de l'Ouest".* Ne représentait-elle pas un peu une preuve de leur réussite ?

Premières activités

L'association a démarré en août 1994 et elle a lancé deux projets. Le premier, dénommé "Tournée pour l'espoir", a été élaboré avec le Docteur Kerouedan, et visait à sensibiliser les jeunes scolarisés aux problèmes du VIH, et à renforcer les attitudes non discriminatoires envers les P-VIH. Le second, élaboré avec Glen Williams, directeur de publication de "Stratégies pour l'espoir" était un projet de conseil et de sensibilisation au VIH/SIDA à Abidjan. Il s'agissait d'offrir un conseil psychosocial à l'USAC, de porter l'information au sein des familles des P-VIH qui pouvaient le souhaiter, et d'assurer une permanence au siège de l'association pour recevoir les P-VIH. Ces deux premiers projets correspondent bien aux deux grands volets de la lutte : l'information sur la prévention, la prise en charge (ici dans ses aspects psycho-sociaux).

Ces deux projets furent financés par la Coopération française, et permirent les interventions des membres de l'association (par exemple, par la prise en charge de leurs frais de transport entre leur domicile et l'USAC). Les frais de fonctionnement étaient payés par le BCC, qui logeait l'association, et il n'y avait pas de frais de personnel, puisque la base économique de l'activité est le volontariat. Durant sa première année, l'association a reçu environ 22 millions FCFA, dont 80 % provenant de la Coopération Française.

Première assemblée générale

Après un peu plus d'une année de fonctionnement, l'association était passée de 8 à 37 membres actifs (dont huit personnes affectées mais non infectées par le VIH), dont environ la moitié de femmes. La majorité des membres sont issus des classes moyennes, comme les fondateurs, mais de plus en plus de personnes non ou peu scolarisées, sans emploi ou d'emploi précaire, viennent à l'association.

Lumière-Action est elle-même membre de différents réseaux : au niveau national, partenariat avec d'autres associations de lutte contre le SIDA, en particulier le Ruban Rouge, Renaissance Santé Bouaké, Solidarité Action Sociale Bouaké et Lumière-Action Bouaké ; au niveau international, l'asso-

ciation est membre du Réseau africain des P-VIH (RAP) dont elle assure la vice-présidence (Jeanne Kouamé) et le secrétariat.

Depuis son lancement, l'association était dirigée par un bureau exécutif de quatre membres (président, vice-président, secrétaire général, trésorier). La première assemblée générale a pu être organisée le 22 décembre 1995, de façon à asseoir le fonctionnement démocratique de l'association, en particulier la légitimité de ses instances dirigeantes. Un conseil d'administration a donc été élu par les membres de l'association, et ce conseil a désigné le bureau exécutif. Dominique Esmel a été élu président de ce bureau exécutif, responsable devant le conseil d'administration. Notons que trois des fondateurs sont au bureau exécutif comme président ou vice-président, et que le président du conseil d'administration est aussi l'un des fondateurs.

Cette assemblée générale a cependant été marquée par des changements importants, dont deux auront des conséquences majeures : une certaine professionnalisation des responsables a été décidée, avec l'introduction d'un critère de niveau de compétence pour la désignation des membres du bureau exécutif, et, ceci allant avec cela, le principe d'une rémunération régulière des membres du bureau exécutif a été retenu. Ces décisions impliquaient que l'on parvienne à couvrir des frais fixes de fonctionnement, et donc à mettre en oeuvre une nouvelle politique de mobilisation des ressources. En effet, comme les bailleurs de fonds habituels (la Coopération française par exemple) ne donnent pas volontiers leur appui pour couvrir les frais de fonctionnement d'une association, il faudrait générer des ressources propres.

Relations avec les équipes soignantes

L'un des premiers projets de Lumière-Action a été d'offrir, d'abord au sein de l'USAC, un conseil psycho-social aux personnes dépistées. Ce projet a pu se réaliser à l'initiative du Docteur Agness, alors responsable de l'USAC, et dont on a dit plus haut le rôle dans la genèse de l'association. Déjà, des bénévoles de l'association Espoir-Côte d'Ivoire avaient été introduits dans le service hospitalier (la Clinique des maladies infectieuses) pour s'occuper des sidéens hospitalisés ; on demanda à des P-VIH de venir travailler à l'USAC [8].

Cette structure fonctionne comme un hôpital de jour dans le CHU de Treichville. Elle a la responsabilité de la prise en charge ambulatoire des P-VIH : elle pratique le dépistage et l'annonce du statut sérologique, et assure le suivi médical et psychosocial des P-VIH. En octobre 1995, 4 médecins, 6 infirmiers et 2 travailleurs sociaux y travaillent (en 1992 : 2 médecins, 1 infirmier et 1 travailleur social). Depuis sa création en 1990, près de 2000 patients y

ont été dépistés et conseillés (en moyenne 400 par an), mais tous ne sont pas suivis : ainsi, en 1995, une centaine de personnes sont suivies régulièrement.

Certains membres de Lumière-Action assurent donc une permanence, quatre matinées par semaine, dans cette formation sanitaire. Ils viennent en appui au service social, cas par cas, et ont peu de contacts avec les médecins. Ils offrent trois types de prestations. D'abord, les membres de Lumière-Action témoignent de leur séropositivité : leur présence contribue à briser cette image, dominante chez les nouveaux dépistés, d'une mort rapide, voire imminente, dans un état de grande détresse physique. Ensuite, ils donnent des conseils sur l'attitude à avoir, les précautions à prendre, etc. Enfin, ils informent sur les circuits thérapeutiques existants. Ils interviennent comme volontaires, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas rémunérés, mais que leurs frais (de transport) sont pris en charge.

Cette "compétence" en conseil psychosocial, sans statut professionnel défini, n'est pourtant pas innée. Les membres de Lumière-Action ont dû acquérir un savoir-faire, et se faire accepter par l'équipe soignante. Celle-ci a dû, elle aussi, s'habituer à leur présence, puis apprécier les effets de cette présence et du travail qu'ils faisaient, avant de leur proposer, en août 1995, une formation spécifique, ce qui signalait évidemment l'acquisition d'une certaine crédibilité.

La situation ainsi créée est totalement nouvelle en Côte d'Ivoire. Pour s'en rendre compte, il suffit de citer des opinions émises par les personnels de l'équipe soignante, qui tous pratiquent ce type de conseil. Il s'agit d'un "*prolongement de nos activités*" disent certains travailleurs sociaux. Pour les infirmiers, "*ils font un appui à l'annonce*", par le partage de l'expérience de la séropositivité. Les médecins sont plus réservés : "*je suis gêné*, dit l'un d'eux, *parce qu'ils sont eux-mêmes suivis à l'USAC comme patients*". Ainsi, pour les personnels sociaux et infirmiers, les membres de Lumière-Action travaillant à l'USAC font un travail complémentaire du leur dans la gestion de l'annonce et de ses conséquences. On verra plus loin où apparaissent leurs réticences. Pour les médecins, la gêne vient de la confusion entre le rôle de membre de l'équipe soignante, rôle sans statut professionnel, et le rôle de patient : ces rôles sont considérés comme incompatibles.

Il est vrai que le fait de jouer ces deux rôles met les P-VIH travaillant à l'USAC dans une situation particulière et nouvelle : d'une part, elles bénéficient d'une bien meilleure information médico-sanitaire que les autres patients, qui restent voués à subir l'habituelle rétention d'information que pratique le corps médical ; mieux informés, ils deviennent des "*patients exigeants*", et chacun sait que le "*poseur de question*" n'est plus un "*bon malade*" ; d'autre part, ils

acquièrent une expérience interne des mécanismes décisionnels et opérationnels de l'hôpital, et donc ils peuvent les utiliser à leur profit, en particulier en ce qui concerne l'accès aux soins et aux médicaments.

Ces deux éléments, se conjuguant, permettent de mieux comprendre certaines réticences exprimées par les personnels sociaux et sanitaires qui sont le plus en contact avec eux. Voici trois arguments :

1) "*Ils sont au courant de tout !*", non seulement à travers les multiples questions qu'ils posent à l'équipe soignante sur le syndrome et ses traitements, mais aussi du fait que leur présence assidue leur permet de savoir ce qui se passe dans le service. Ainsi, certains personnels se sentent "surveillés" : c'est bien là un signe que les membres de Lumière-Action continuent d'être considérés comme des éléments étrangers au service.

2) "*Il se croit plus de droits que les autres*", "*Il a tous les droits*", "*Il se croit prioritaire absolu*" : l'accent ici est mis sur l'exigence de soins. Là apparaît la contradiction entre ce qui est dit partout du SIDA, notamment dans les instances internationales, et la réalité sociale : le SIDA est priorité mondiale, mais "*notre réalité ivoirienne est toute autre*" entend-on. Cette exigence de soins est perçue, par les personnels sociaux et sanitaires, comme inconvenante, et d'autant plus qu'elle n'est pas exprimée par les autres malades, souvent enfermés dans le découragement.

3) "*Ils croient qu'on peut tout faire !*", et en effet, nombreuses sont les P-VIH qui, arrivant à l'USAC, croient qu'elles vont recevoir tous les médicaments gratuitement . "*Ils pensent que vous pouvez les aider, mais que vous refusez*" dit un travailleur social, ils deviennent donc "agressifs". Là aussi, il y a contradiction entre ce qu'annoncent les médias et la réalité quotidienne des itinéraires thérapeutiques des P-VIH, véritable parcours du combattant, d'un combattant souvent sans armes. "*Le SIDA, il y a l'argent ! Pourquoi alors on me refuse l'argent pour payer mes médicaments ?*" dit un malade. Certains volontaires sont affrontés à cette contradiction : "*Les gens nous voient en blouse, ils pensent qu'on peut faire quelque chose pour eux, alors qu'on n'a rien !*". Nombreux sont ceux qui pensent que "*ceux qui vivent la maladie ne reçoivent rien*", qu'ils "*sont dans l'impossibilité de payer leurs médicaments alors que d'autres reçoivent des per diem exorbitants*".

D'où le jugement global des personnels de santé (voir aussi [9][10][11]) : "*Ces malades sont très exigeants !*". Bien sûr, ce jugement est tempéré par une certaine compréhension tant de l'anxiété ("*ils sont obsédés par l'idée de la mort*", "*le sida, c'est pas comme les autres maladies*", "*ils me demandent tout*

le temps : combien de temps tu crois que je vais vivre encore ?") que du niveau de conscience ("*ils sont conscients de leurs problèmes*", "*ils prennent leurs problèmes en mains*"), ceci expliquant cela.

Mais une certaine incompréhension subsiste, comme on le voit dans l'exemple suivant. André est un homme de 27 ans, membre de Lumière-Action, qui souffre d'une sinusite et vient consulter un médecin à l'USAC. Des médicaments lui sont prescrits, mais, démuné, André ne peut pas les acheter. Le médecin lui conseille alors de voir le travailleur social de l'USAC, qui lui donnera ce qu'il a. Mais le travailleur social n'a rien, et il explique à André qu'il ne peut pas le servir ! André demande donc pourquoi on lui refuse cette aide, et le travailleur social lui répond : "*Ce que tu as n'est pas grave, la priorité est pour ceux qui sont couchés*". Réponse d'André, furieux : "*Attendez-vous donc que je sois couché pour me donner des médicaments ?*".

Conclusion

Les observations que nous rapportons ci-dessus montrent l'émergence de dynamiques sociales nouvelles. Le malade est très généralement dépendant des soignants qu'il consulte, c'est ce qu'on appelle le processus de médicalisation du patient. S'il est une P-VIH, "conseiller psychosocial" au CHU de Treichville, il détient un meilleur niveau d'information sur son environnement que beaucoup de personnes atteintes. Membre de l'équipe soignante, même si ce n'est pas à part entière puisqu'il n'a pas de statut professionnel reconnu, il diminue sa dépendance et gagne en autonomie. Cette autonomie est cependant fortement contrainte et limitée par sa situation socio-économique. Souvent pauvre ou en situation de précarité, il reste dépendant d'une assistance sociale quelle qu'en soit la forme (dons de médicaments, subventions à l'association, etc.) puisqu'il a de plus en plus de besoins. Cependant, du fait qu'il est membre d'une équipe soignante, il peut aussi, même modestement, accéder plus facilement aux ressources disponibles, et mieux les utiliser à son profit ou au profit de son association.

Son rôle de conseiller psychosocial est spécifique et irremplaçable dans les aspects de la prise en charge qu'il couvre de par sa qualité de P-VIH : l'auto-entraide, spécifique aux P-VIH en vertu d'un principe commun à toutes les stratégies de *self-help*, ne peut évidemment être assurée par un travailleur social désigné pour cette tâche. Ce rôle déborde même largement du cadre hospitalier, tant sur le plan géographique (visites à domicile), que sur le plan de la vie personnelle. Ne pourrait-on pas dire que la vie associative, avec ses nombreuses rencontres, ses interventions diverses, sa mobilisation de ressources, ses luttes internes et externes, etc., est en elle-même un "service de proximité" pour les membres des associations ?

Une association de P-VIH n'est pourtant pas une association comme les autres, car, dans les stratégies de lutte contre le SIDA, elle gardera une place particulière : préoccupée par les problèmes de prise en charge qui touchent directement et quotidiennement tous ses membres, à un degré ou à un autre, elle rappellera sans cesse aux "décideurs" qu'il existe des malades qui ont besoin en urgence de leur soutien concret. La prise en charge n'est-elle pas aussi une forme de prévention ?

Ne faut-il pas aussi trouver des formes nouvelles d'entraide permettant d'agir plus efficacement auprès des P-VIH et prenant en compte leurs besoins ? N'y aurait-il pas aussi à instaurer des formes d'évaluation et de contrôle pour savoir si les ressources de la solidarité nationale et internationale permettent effectivement de régler tout ou partie des problèmes des P-VIH ?

Bibliographie

1. AVOAKA J. : Les associations, l'IEC et le SIDA. Rapport d'étude, Direction régionale de la Santé publique et des affaires sociales du Sud, Abidjan, 1995.
2. HERZLICH C., PIERRET J. : Malades d'hier, malades d'aujourd'hui, Paris, Payot, 1984.
3. HATCH S., KICKBUSH I. : Self-help and health in Europe, Copenhagen, World Health Organization, 1983.
4. POLLACK M. : Les homosexuels et le SIDA, sociologie d'une épidémie, Paris, Métaillié, 1988.
5. POLLACK M., ROSMAN S. : Les association de lutte contre le SIDA, éléments d'évaluation et de réflexion, Rapport de recherche, Paris, MIRE-CNRS, 1989.
6. ROSMAN S. : Entre engagement militant et efficacité professionnelle : naissance et développement d'une association d'aide aux malades du SIDA, Sciences sociales et santé, 12, 2, 113-139 (1994).
7. GOFFMAN E. : Stigmate, les usages sociaux des handicaps, Paris, Editions de Minuit, 1975 (original anglais : Stigma, 1963).
8. AGNESS-SOUMAHORO J. : Les activités de conseil au sein d'un service spécialisé à Treichville (Abidjan), Psychopathologie africaine, XXVI, 2, 248-251 (1994).
9. VIDAL L. : Sida et représentations de la maladie, éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan, Côte d'Ivoire), Cahiers des sciences humaines 28,1, 83-98 (1992).
10. VIDAL L. : Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez les patients séropositifs pour le VIH (Abidjan, Côte d'Ivoire), Cahiers Santé, 2, 320-329 (1992).
11. VIDAL L. : Enjeux d'une anthropologie de la connaissance du SIDA, expériences des séropositifs des centres anti-tuberculeux d'Abidjan, in Dozon J.P. et Vidal L. : Les sciences sociales face au SIDA, cas africains autour de l'exemple ivoirien, Abidjan (Côte d'Ivoire), éditions du centre ORSTOM de Petit Bassam, 1993.

CHAPITRE 18

Qu'attendre des guérisseurs ?

Conflits de légitimité et stratégies dans le domaine du SIDA en Abidjan

par Thierry BERCHE (†)

Si la maladie est bien cette forme élémentaire de l'événement [1], ce signifiant social "dont le signifié est le rapport de l'individu à l'ordre social" ([2] p. 202), alors le conflit patent et historique entre les praticiens de la médecine moderne et ceux des médecines dites traditionnelles devrait révéler quelque chose des jeux de pouvoir à l'oeuvre dans la société ivoirienne. Je me propose donc d'explorer spécifiquement certains aspects du conflit entre médecins, disposant d'un diplôme de docteur en médecine délivré par l'Etat, et praticiens des médecines dites traditionnelles dans le contexte abidjanais marqué par la progression de l'épidémie de SIDA. Les nombreuses inconnues scientifiques de cette épidémie, et surtout l'absence de thérapeutique étiologique, rappelées sans cesse par les campagnes préventives, délimitent une "scène" qui n'a pas manqué d'être investie par les protagonistes tant de la médecine moderne que du guérissage. Dès lors, autour du SIDA, et tout particulièrement autour de son traitement, s'exprime et s'amplifie une confrontation entre représentants de l'institution médicale et ceux des médecines dites traditionnelles.

Une enquête et ses matériaux

Pour décrire et analyser les contours et contenus de ce conflit, qu'ils se manifestent dans les représentations, les conduites ou les logiques sociales, je me suis servi d'une partie des matériaux que j'ai réunis, surtout de février à juin 1995, pour préparer un film documentaire sur les guérisseurs s'occupant de SIDA à Abidjan [3]. J'ai réalisé à cette occasion une enquête par entretiens auprès des centres de guérissage réputés d'Abidjan (tels les centres Yepimso Abrantié de Monsieur Mian Ehui à Abobo et à Koitienkro, et l'Institut Brito à Adjamé) et auprès d'une quinzaine de "patients" actuels ou passés de ces centres, dont certains vivant avec le VIH (parfois membres de l'association Lumière-Action, qui regroupe des personnes vivant avec le VIH) et d'autres atteints - ou se croyant atteints - par le SIDA.

Mes notes d'entretiens et les *rushes* du film lui-même m'ont servi de matériau de base. J'ai aussi incorporé à ce dernier certaines des nombreuses réactions recueillies de façon informelle, à la volée, auprès des nombreux médecins

rencontrés lors de la préparation de ce film, et activement engagés dans la lutte contre le SIDA (en particulier des membres de l'association Ruban Rouge). De plus, comme, lors de la présentation publique du film, le 20 avril 1995 au Centre culturel français d'Abidjan, institutions médicales étatiques ou associatives de la lutte contre le SIDA et guérisseurs exprimèrent publiquement leurs différends et leurs différences sans jamais recourir, pour une fois, à la "langue de bois", j'ai utilisé certains des propos entendus au cours de ces vifs échanges. Enfin, de façon sélective, la presse écrite ivoirienne a été consultée.

Il ne s'agit donc pas ici d'un travail exhaustif sur l'ensemble des pratiques médicales de guérissage à Abidjan : je me suis limité à ces seuls guérisseurs réputés et reconnus, exerçant à visage découvert depuis des années, et je n'aborderai donc pas les autres types de guérissage (charismatique, prophétique, maraboutique, etc) qui ne sont pas en première ligne dans l'affrontement entre les médecines.

En outre, dans le texte qui suit, j'ai dû choisir de me centrer sur un seul groupe d'acteurs, parmi tous ceux qui interviennent et qui ont été interrogés, celui des guérisseurs. Ainsi se trouvent provisoirement laissées de côté les représentations et logiques médicales modernes. Une publication ultérieure reprendra l'ensemble des matériaux et les articulera.[4]

Rencontres avec des guérisseurs prenant en charge des patients VIH/SIDA

Sur 200 personnes vivant avec le VIH et en traitement dans les hôpitaux, la moitié (106) ont eu recours au moins une fois aux praticiens des médecines traditionnelles¹. Les plus souvent consultés sont Monsieur Brito (cité 42 fois), Monsieur Bamby (qui a aujourd'hui quitté la Côte d'Ivoire, cité 13 fois), Monsieur Mian Ehui (cité 6 fois). Les 48 autres se répartissent entre un très grand nombre de praticiens : Drobo II (assassiné en 1992), "Docteur" Aka, Lath Dologou, Tahiri Zagré, Koudou Jeannot (le prophète), "Kilomètre 17" (guérisseur et prophète), des marabouts, des prêtres catholiques du Renouveau Charismatique, etc.

- Visites à Daniel Brito

Daniel Brito, 35 ans, scolarisé jusqu'au niveau secondaire, originaire de la région Sud-Est de Gagnoa ("je suis guébyé"), zone de langue bété, est venu

¹ Didier Blibolo : communication personnelle.

s'installer à Abidjan en 1988. Il a d'abord exercé au Plateau durant deux ans, avant de s'installer en 1990 à l'entresol d'un immeuble d'habitat économique dans le quartier Ebrié d'Adjamé : c'est ce qu'il a appelé l'Institut Brito. Dans ce petit appartement, Monsieur Brito, qui porte une blouse blanche, comme d'ailleurs tout son personnel, consulte les clients. Dans son bureau, équipé d'un téléphone, on remarque deux images d'écorchés (de face et de dos) accrochées au mur. Monsieur Brito dit avoir été "choisi pour hériter", de son père thérapeute, les "secrets" concernant les plantes médicinales, mais n'avoir pas bénéficié de la transmission des pouvoirs surnaturels paternels : pouvoir de pénétration de la peau, la main remplaçant le scalpel, ou de cicatrisation rapide des plaies par exemple.

Le ton revendicatif à l'égard des médecins est fréquent dans son discours. Il attaque "les médecins conventionnels qui refusent les travaux des tradithérapeutes", instituent des barrières corporatistes à l'exercice professionnel (le diplôme de docteur en médecine), et ne veulent pas reconnaître son apport dans la lutte contre le SIDA. Pourtant, dit-il, "Brito décapote le virus" ; ou encore : "les malades de Brito sont debout, et pas couchés comme à Treichville" (c'est-à-dire : comme à l'hôpital de Treichville). Ce sujet l'enflamme rapidement : "Nous aussi, nous avons notre science, notre raisonnement !".

Dans les entretiens, Monsieur Brito se dit herboriste, ou herboriste thérapeute, ou plus simplement, au décours d'une conversation, tradipraticien ; mais il affirme toujours "être un chercheur de la médecine traditionnelle, c'est-à-dire un ethnobotaniste". Sa recherche porte sur "les plantes médicinales africaines". Il s'emploie donc à "moderniser la médecine traditionnelle pour en faire bénéficier l'humanité". Le discours se veut centré uniquement sur l'efficacité des plantes médicinales, et donc dégagé de toute surnaturalité : "Il faut débarrasser la médecine traditionnelle de son mystère... C'est la transparence et la diffusion des découvertes qui font la force de l'Occident". Ou encore : "Nous avons la forêt [*la source des médicaments, NDLA*]², le potentiel humain [*les tradipraticiens, NDLA*], mais nous [*les Africains, NDLA*], on n'a rien ! On sombre dans l'ombre !".

Les plantes africaines devraient donc remplacer avantageusement bien des médicaments importés. Monsieur Brito propose que ses préparations médicinales soient analysées par des laboratoires compétents, de façon à permettre ultérieurement une diffusion large. Toutefois, sauf cas particulier, il ne voit pas d'inconvénient à associer les deux types de médicaments, modernes et "traditionnels". Il prépare lui-même, et seul, tous les médicaments qui sont en

² NDLA : note de l'auteur.

vente dans sa pharmacie. La forme liquide est privilégiée. Le nom générique qu'il donne à ses médicaments est celui de "britothérapie". Il se veut un expérimentateur, mais, s'il se vante d'avoir découvert un traitement contre le SIDA, je n'ai rien pu apprendre des conditions de cette "découverte".

Un guide thérapeutique - "C'est mon Vidal"³, dit-il - est en cours de publication. Y figurent une soixantaine de maladies ou problèmes de santé, les noms des médicaments préparés, et leurs posologies (en "britocapsules").

Tout ce qui concerne la collecte des plantes reste entouré d'un certain mystère : elles seraient recueillies la nuit, ou au crépuscule, discrètement si non en cachette. Monsieur Brito ne répond jamais clairement aux questions sur les lieux de cueillette (il dit : "partout !") ou sur les moments appropriés selon les plantes. Il dit aussi qu'il n'utilise pas que des plantes, mais reste vague quant à ses autres moyens de soigner. D'où les rumeurs concernant son éventuel commerce avec les "esprits", quelles que soient ses propres dénégations.

La liste des maladies ou problèmes de santé dont Monsieur Brito s'occupe, liste qu'il a publiée, compte 182 items. On y trouve des maladies connues comme sorties d'un index encyclopédique. Donnons les sept premières : kyste sébacé, tache cutanée noire ou rouge, chancre mou, dysenterie amibienne, abcès de foie, cancer ou nécrose, diabète. La liste comprend aussi tuberculose ou méningite, mais aussi bilharziose et schistosomiase ! Aux maladies s'ajoutent des symptômes (fièvre, toux, etc.) et des soins particuliers pour maigrir ou grossir, pour avoir la peau lisse et brillante, ou pour féconder une femme, ou encore pour la rendre féconde. Le SIDA figure comme bénéficiant d'un traitement curatif - le Britoviral - et préventif.

Si on se fie aux registres, les trois quarts de sa clientèle viennent pour séropositivité au VIH ou SIDA. La plupart du temps, les clients viennent avec un test déjà fait. Si ce n'était pas le cas, Monsieur Brito le conseillerait, ce que les malades interrogés confirment. Une personne vient d'ailleurs chaque semaine à l'Institut Brito pour faire les prélèvements (3000 FCFA pour le prélèvement et le test). Le test serait fait au laboratoire du CHU de Treichville et les résultats transmis aux malades. Sûr de lui, Monsieur Brito fait faire un test post-cure pour vérifier l'efficacité de son traitement, et il présente à ses interlocuteurs quelques cas de séronégativité...

Le discours de Monsieur Brito sur le diagnostic du SIDA n'est pas univoque. Il affirme qu'il ne sait pas faire le diagnostic de l'infection à VIH, puisque ce n'est pas lui qui fait les examens de laboratoire, mais il dit aussi : "je sais bien

³ Le Vidal est le célèbre dictionnaire publicitaire des médicaments disponibles en France.

quand ils sont atteints par cette chose". Si le malade refuse le test de dépistage, Monsieur Brito utilise, semble-t-il, des méthodes peu orthodoxes d'orientation diagnostique (réactions cutanées allergiques à une poudre de sa préparation, par exemple). Il connaît les signes cliniques d'appel (diarrhée chronique, toux persistante, amaigrissement, etc.) qu'il cite dans le langage médical. Il a aussi établi une fiche de suivi de ses malades, fiche manifestement mise au point par une personne proche du corps médical si elle n'en est pas membre.

Sur 500 à 600 personnes venant le consulter pour VIH chaque année (elles étaient moins de 300 en 1992), la moitié seraient des fonctionnaires (policiers, gendarmes, militaires, mais aussi sages-femmes, infirmiers, médecins) et un quart des élèves et étudiants, selon les catégories enregistrées.

Monsieur Brito parle du SIDA sans hésitation : "Brito soigne le SIDA", "Brito guérit le SIDA". Lors des entretiens avec des malades soignés chez lui, le mot SIDA a aussi été employé par ces derniers (deux employés, un responsable d'une petite société de services), bien que, dans la conversation, apparaisse aussi un euphémisme : la maladie devient "la chose".

Le malade ou séropositif qui vient consulter Monsieur Brito paie des tarifs différenciés selon son niveau socio-économique : 10.000 FCFA par mois pour un étudiant, 25.000 FCFA pour un salarié ou un fonctionnaire, 16.000 FCFA une seule fois pour une femme enceinte, et gratuité pour les enfants. Le traitement dure de six à dix mois, et revient donc en moyenne à environ 200.000 FCFA, dont l'essentiel correspond à l'achat du Britoviral. Production et commercialisation de ce médicament font de Monsieur Brito un petit entrepreneur.

- Visites à André Ebrotié

Monsieur Mian Ehui est un ancien instituteur d'une soixantaine d'années, originaire des environs d'Abengourou, zone de langue agni. Il est devenu "maître tradipraticien" en 1987, à la suite d'une révélation par les génies (*bossou*, en agni). Ses capacités thérapeutiques couvrent non seulement les maladies curables par les plantes, mais aussi celles dues aux "forces occultes". Monsieur Mian est un voyant (il a des "révélations") et un contre-sorcier (voir aussi [5]). Il a créé un premier centre à Koitienkro, près d'Abengourou, en 1987, puis un second à Abobo en 1989, enfin un dernier à Bouaké, tous tenus par des parents proches (fils ou neveu).

Le hasard a voulu que Monsieur Mian Ehui soit souffrant durant toute la période de notre enquête, et qu'il désigne finalement son premier assistant, Monsieur André Kouassi Ebrotié, pour répondre à mes questions. J'ai toutefois pu rencontrer Monsieur Mian Ehui plus tard, et obtenir de lui certaines précisions.

André Ebrotié, 29 ans, est un petit neveu de Monsieur Mian Ehui. Il travaille avec lui depuis son échec au baccalauréat, il y a cinq ans, et il assume la charge de "major" du centre de soins fondé en 1989 à Abobo, au quartier des Quatre-Étages. Ce centre s'appelle, comme celui de Koitienkro, "Centre Yepimso Abrantié", expression agni qui signifie : "je suis dessus, jeune homme", ou "je m'en occupe, jeune homme", ou encore, selon la traduction libre que donne André Ebrotié "le combat continue". De quel combat s'agit-il ? "*Le combat pour avoir une place, pour insérer la médecine traditionnelle au niveau des autres médecines*". "*La médecine traditionnelle est aussi une médecine, mais qui n'a pas évolué*". "*La médecine traditionnelle doit sortir de l'état où elle est, elle doit se moderniser, se rénover*".

Je n'ai noté, durant les entretiens, aucune récrimination à l'égard du corps médical. Le mot d'ordre semble être d'éviter toute confrontation. D'ailleurs, Monsieur Mian et ses élèves savent utiliser les services hospitaliers en cas de besoin. Monsieur Mian est par ailleurs membre de l'association ivoirienne de médecine naturelle et traditionnelle (ASSIMENAT) qui regroupe des professionnels de santé (médecins ou pharmaciens), des botanistes et des tradipraticiens.

André Ebrotié a appris son "métier" aux côtés de son maître : la connaissance des plantes, leurs préparations, les posologies, les indications. Il tient un registre où il consigne tout ce que Monsieur Mian lui a appris sur les plantes. Il se considère comme un disciple, toujours en apprentissage, parmi quatre jeunes hommes qui se trouvent dans cette position actuellement. Il dit n'avoir pas les pouvoirs particuliers de Monsieur Mian. Il se présente comme tradipraticien¹, c'est-à-dire "celui qui soigne par les plantes", et non comme *disinian*, mot agni qu'il considère comme "ancien", dans le sens d'obsolète.

Sur le mur de la concession du Centre Yepimso Abrantié d'Abobo sont peints les noms des maladies traitées par Monsieur Mian et ses collaborateurs. Le centre lui-même est une petite maison en ciment sans étage. Le bureau où travaille en ce moment André Ebrotié est celui de Monsieur Mian. On y remarque deux téléphones et, dans l'une des armoires vitrées, les volumes d'une encyclopédie médicale de vulgarisation.

Les malades qui entrent au centre sont enregistrés au secrétariat, puis reçus en consultation (2000 FCFA la consultation). Ils paient ensuite le prix des médicaments prescrits et vont se faire servir à la pharmacie du centre. Voici quelques noms de médicaments : *Cansein* (contre le cancer du sein), *Bilmian* (contre les ulcères), *Egui* (présenté comme un équivalent de l'aspirine), *Sirop d'Es* (présenté comme un équivalent de la chloroquine), *Sitrako* (contre le

¹ Monsieur Mian se dit sans hésitation «médecin africain» et n'utilise aucun mot *agni* pour désigner son savoir et ses pratiques.

SIDA). Il est déconseillé de prendre des médicaments modernes en même temps qu'un traitement prescrit au centre. "*Les médicaments traditionnels devraient être exclusifs*" affirme Monsieur André Ebrotié. Les médicaments sont fabriqués à Koitienkro, où Monsieur Mian a installé son "hôpital" et son "usine" de fabrication : un simple bâtiment en ciment, comprenant une grande salle de pilage, une salle de stockage des produits bruts, et une salle de stockage des produits finis. Aucun mystère n'entoure les lieux de collecte des plantes (un jardin botanique est en création) ou les transformations qu'elles subissent selon leur forme originale (feuilles, branches, ou écorces). La forme pilée (les poudres) est ici privilégiée.

L'invention des noms s'applique aussi aux "formes cliniques" du SIDA : *monta, doca, gonocro, pitro*, qui correspondent à quatre stades de la maladie. Ainsi, *monta* est une prononciation des initiales M.T.A. (maux de tête aigus), *doca* est la contraction de "douleurs dorsales avec chaleur", *pitro* vient de "parole insensée ou incontrôlable" et *gonocro* est la contraction de "gonococcie chronique". Il est à noter que *pitro* et *gonocro* correspondent à des stades tardifs difficiles à soigner, alors que *monta* et *doca* sont des stades initiaux curables surtout avec le *Sitrako*. Remarquons aussi que ce système de codage permet non seulement de ne pas nommer la maladie devant le malade, mais aussi de se rapprocher du système classificatoire de la science médicale tout en restant dans la nosographie traditionnelle.

Pour ce qui concerne la guérison du SIDA – qu'on nous permette de ne pas discuter ici le concept de guérison selon les différents systèmes de pensée médicale ! - les affirmations diffèrent selon les interlocuteurs. "*Nous soulageons le SIDA, nous ne le guérissons pas*" est la phrase rituelle pour les médias et les "étrangers". Mais on entend aussi, de la bouche d'André Ebrotié, lors d'un entretien privé : "*Quand les démangeaisons disparaissent, quand la diarrhée s'arrête, quand le poids reprend, c'est qu'il y a quelque chose qui se passe !*". Ainsi se trouve évoquée l'intervention du guérisseur qui fait disparaître les signes, et donc "guérit" le SIDA. Car la disparition des signes est assimilée à une guérison, le tradipraticien l'affirmera à une autre occasion.

Ici, il est nécessaire d'apporter deux précisions. La première porte sur la connaissance du traitement du SIDA : comme tous les autres traitements, il est fait référence aux révélations inspirées par les "génies" ; l'homme, en l'occurrence Monsieur Mian Ehui, n'est en quelque sorte que le "messenger des esprits", ayant pour seule responsabilité d'en faire bénéficier les personnes souffrantes. La seconde précision concerne les représentations que ces guérisseurs se font du SIDA. André Ebrotié affirme "*le SIDA n'est pas une maladie nouvelle*", et la logique de cette assertion semble être la suivante : si le SIDA était une

maladie nouvelle, il n'y aurait pas de traitement, or il y a un traitement (ou même plusieurs) connu du "maître tradipraticien", et donc le SIDA est une maladie connue.

"La maladie est connue depuis longtemps, les Blancs viennent seulement de la découvrir" insiste le "major". Monsieur Mian lui-même me dira qu'en agni elle s'appelle *babasso*, terme de la nosographie traditionnelle agni pour désigner, non pas une banale MST, mais une maladie vénérienne grave pouvant entraîner la mort. Son traitement, réservé à des spécialistes, imposait d'emmener la personne en forêt. Cependant, au cours de nos recherches, d'autres guérisseurs ont donné au SIDA différents noms, selon leur langue : par exemple, pour rester en zone akan, *babazru* en baoulé ou *assongo yatan* en akié, mais un nom existe aussi en dioula, en bété, etc. Y aurait-il des réaménagements de la nosographie traditionnelle agni ? Ce serait un autre travail que de décrire le dynamisme des pensées médicales dites traditionnelles à propos du SIDA. Avançons que, pour trouver sa place dans les systèmes de pensée médicale de certains guérisseurs, une maladie doit être curable (comme le seraient les deux premiers stades *monta* et *doca*, cf. ci-dessus), d'une façon ou d'une autre, par un soignant, mais pas forcément par le guérisseur qui parle.

Revenons aux consultations. De mai à décembre 1994, 327 personnes ont été étiquetées séropositives à VIH, dont 53 dites "sidéens", et 12 décès ont été enregistrés. D'après l'examen du registre, nous estimons que la clientèle venant au centre pour "SIDA" représente environ 40 % du total des consultants. La plupart des personnes qui consultent pour SIDA ont déjà reçu le résultat d'un test de dépistage : ou bien ils sont séropositifs à VIH (la majorité) et viennent pour suivre un traitement curatif, ou bien ils sont séronégatifs et viennent pour un traitement préventif. Le test est conseillé à ceux qui ne l'ont pas fait, mais André Ebrotié n'en fait pas une obligation. A propos des décès, on signale le "retard à consulter" le tradipraticien, retard pris en s'adressant aux médecins modernes !

Le traitement du SIDA par *Sitrako* coûte de 30.000 à 100.000 FCFA selon les stades et selon la durée (six à huit mois en moyenne). Ces recettes semblent suffire au développement d'une véritable entreprise familiale comprenant une maison-mère à Koitienkro et deux filiales (Abobo et Bouaké).

Un métier en mutation ?

Retenons quelques points saillants de ces visites à Daniel Brito et André Ebrotié. Si on considère d'abord la façon dont se présentent ces hommes, l'identité professionnelle qu'ils affichent, on remarque le terme de

"chercheur", bien neuf dans cette profession, et affirmé avec force surtout par Monsieur Brito. Pourquoi ce que recouvre ce mot apparaît-il particulièrement valorisant aujourd'hui à ces praticiens ? J'avancerai deux hypothèses complémentaires. D'abord, le mot "docteur", désignant aujourd'hui tout soignant en blouse blanche, n'est-il pas de ce fait même très dévalorisé ? Appartenant à tous, il ne permet plus aux tradipraticiens qui se veulent modernistes de se distinguer nettement. Ensuite, le mot de "chercheur" ne serait-il pas perçu comme évoquant une sorte de quintessence de la science ? Si c'était le cas, n'en deviendrait-il pas plus légitimant ?

Examinons maintenant les noms donnés aux lieux d'exercice, c'est-à-dire l'identité sociale qu'arborent ces tradipraticiens. On a évidemment remarqué qu'ils se confondent avec les noms des établissements sanitaires institutionnels : ce sont des instituts, des centres, des cabinets.

Ces praticiens présentent aussi une liste de maladies, liste dont la longueur signe sans doute l'ampleur du pouvoir thérapeutique que chacun revendique, ce que, cette fois-ci, aucun médecin n'a besoin de faire. La liste paraît à la fois témoignage et revendication de pouvoir thérapeutique. On pourrait commenter encore les noms donnés aux "médicaments", leur identité thérapeutique. Ils y utilisent souvent leur patronyme ou leurs initiales, ce qui révèle un certain mimétisme par rapport aux noms des spécialités pharmaceutiques.

Monsieur Brito et Monsieur Mian me semblent représenter une nouvelle façon de pratiquer et d'exposer leur médecine "traditionnelle". Sommes-nous pour autant devant la naissance d'une "profession" au sens sociologique du mot⁵ ? Les éléments n'en semblent pas réunis.

- "Forces occultes" et guérissage dans la ville

Ce qu'on appelle vulgairement "sorcellerie", étiologie "traditionnelle" de nombreuses maladies (sur la "maladie" et ses "causes", voir [6]), est souvent caché au corps médical. Celui-ci la connaît pourtant, mais la classe simplement sous le nom de "superstition", évitant ainsi d'avoir à prendre en compte tout ce qui la sous-tend. Elle a été étudiée dans de nombreux contextes, y compris en Côte d'Ivoire (cf. [7][8] [9][10]). Ce qui m'intéresse ici n'est pas la sorcellerie en tant que telle, mais la croyance en la sorcellerie dans le contexte de l'épidémie de SIDA à Abidjan. "Le système de sorcellerie se présente comme l'explication du monde réel, non comme son reflet ; il l'interprète [...]" ([6] p. 68). En effet,

⁵ C'est-à-dire réunissant : une organisation institutionnalisée, des prestations dites de «services» à vocation sociales, des règles fixant les relations entre les membres, des procédures d'autocontrôle (code de déontologie, et instances spécifiques pour l'application de ce code, différentes des instances judiciaires...)

il m'a semblé impossible de parler de guérissage et de SIDA sans évoquer, ne serait-ce que brièvement, le rôle joué par les croyances aux "forces occultes" (maléfiques ici) dans le conflit entre les médecines.

Dans les représentations populaires (sur les représentations du sida, voir [11][12][13][14]), où s'inscrivent les pratiques de guérissage, l'étiologie surnaturelle est présente. Certains de mes interlocuteurs ne prétendent-ils pas que le SIDA est provoqué par le "travail" (l'action) d'un "sorcier" ? Alors, il s'agit de trouver une protection contre ces "forces occultes". Le protecteur - puisque dans tous les cas les médiateurs sont des personnes - aura la fonction de "contre-sorcier" et sera reconnu comme tel par les personnes qui le consultent. C'est en agni le *komian*, et non le simple guérisseur, *disinian* ; ou en bété le *zirignon* (mot à mot : génies - celui qui est proche) et non le *guepo-guepognon*, le guérisseur. La légitimité culturelle (du fait de son "capital culturel" dirait Bourdieu) et sociale de ce protecteur est importante, du moins pour la clientèle qui constitue son véritable "capital" thérapeutique. Voilà, pourrait-on dire, la "part cachée" du SIDA, celle dont on ne parle pas aux services de santé ; et ce silence fait sens dans un contexte social qui impose de taire la séropositivité à VIH ou le SIDA pour vivre "normalement", et qui impose aussi de taire la "sorcellerie".

Qui dit "sorcellerie" dit "sorcier", *bayafoe* en agni, le "mangeur d'âmes", celui qui est voué au *baye*, au pouvoir d'agression ; ou, en bété, le *gugnon* (maladie - celui qui), ce *gugnon* qui est *nakpalignon* (hommes - manger - celui qui), le mangeur d'hommes, c'est-à-dire le mangeur du "double" (*djudju*) qui fait l'homme. Mais qui dit "sorcier" dit soupçon, et accusation dans des circonstances de crise au sein du lignage, comme des conflits graves dans la famille ou en cas de décès d'un parent (car le *bayafoe* ne peut attaquer que les membres de sa propre famille, le matrilignage [15] p. 228), et donc implique l'existence d'un coupable auto-désigné ou retrouvé selon certaines procédures. Dans ce contexte, l'épidémie de SIDA, produisant du malheur et de la solitude, va générer de la persécution (l'origine du mal vient d'un tiers inconnu) et de la culpabilité (cette origine est en moi-même). Elle participe aux processus d'individualisation particulièrement marqués en milieu urbain.

"L'individualisation est un processus [...] qui se caractérise par l'intériorisation progressive de la culpabilité, et la possibilité qu'on acquiert, peu à peu, d'assumer son agressivité. D'avoir été pris en charge par le groupe, l'individu parvient, tant bien que mal, à prendre en charge lui-même son destin et son avenir. [...]"

⁶ Mais le devin (ou «féticheur» dans l'ethnologie coloniale, mot passé dans le langage populaire), celui qui a des relations avec les «génies» et pratique la contre-sorcellerie, peut aussi être guérisseur, et inversement.

Le mécanisme de projection ou d'inversion semble une donnée immédiate des rapports sociaux du monde lignager. [...] Il est à l'œuvre partout où la croyance soutient, structure et régularise le fonctionnement des groupes sociaux et les différents régimes de dépendance. L'interprétation persécutive - le mal est situé dans l'autre, mais lequel ?- est la condition de l'usage social ou plutôt socio-politique de la maladie" ([9] p. 212). Alors commence la quête de soins et la recherche du guérisseur contre-sorcier. Celui-ci va utiliser et transformer le mécanisme persécutif, et aider à la résolution des conflits familiaux ou au sein des groupes.

Ainsi, l'émergence des consciences individuelles dans la capitale ivoirienne se traduit pas un éloignement par rapport aux groupes d'origine ou d'appartenance - le "village" - et par l'insertion dans de nouveaux groupes de référence (amitié, profession, association, parti politique, etc.). Un citadin se trouve écartelé entre les multiples dépendances nées du "village" (réel et imaginaire) et celles du monde de la ville, lieu du pouvoir moderne. D'un côté, ne s'agit-il pas pour lui, par sa réussite sociale, petite ou grande, de rendre ce qui lui a été donné par son groupe d'origine ? Cette dette symbolique se rembourse tant par le respect des obligations "traditionnelles" que par des investissements au "village" [10]. D'un autre côté, ne doit-il pas tenter de rester inséré dans la société urbaine, et de maintenir cette réussite sociale dans un milieu fortement marqué par la précarité et le clientélisme ?

Les anciennes et nouvelles dépendances obligent donc à de multiples choix contradictoires, générateurs de culpabilité et de persécution. Comment donc assurer la survie de sa famille et la scolarisation des enfants, prendre en charge un frère ou un fils chômeur, payer les soins d'une soeur, assumer les funérailles d'un oncle ou ne pas mécontenter son employeur ? On pourrait résumer tout cela en posant la question suivante : comment gérer l'angoisse de l'échec ?

L'individu se trouve finalement seul à devoir donner sens au malheur réel ou potentiel sous toutes ses formes, sans pouvoir se référer aux anciens modèles sociaux plus ou moins abandonnés, ou aux nouveaux pas encore repérables. Où trouvera-t-il ce sens lorsqu'il se découvrira porteur du VIH ? Ainsi, les croyances aux "forces occultes", non seulement légitiment les guérisseurs, mais encore elles prennent place dans ce qu'on pourrait appeler le "retour au village" au coeur même de la ville et de ses malheurs individuels.

- Pratiques de guérissage et légalité

Reste à considérer brièvement la légalité de ces pratiques et l'application de la législation les concernant. Car, en Côte d'Ivoire, une loi particulière sur l'exercice illégal de la médecine existe depuis 1960⁷, relais de celle du droit français qui s'appliquait auparavant. La médecine moderne a le monopole légal de l'exercice médical, et les conditions de l'exercice légal sont sans ambiguïté : possession d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine, inscription à l'Ordre des médecins, nationalité ivoirienne (ou une autorisation d'exercer), bonne moralité (casier judiciaire vierge). Il est donc aisé de prouver l'exercice illégal de la médecine.

Pourtant, chacun peut constater en arpentant les rues d'Adjamé ou d'Abobo que la réalité est toute autre. Il existe une extrême diversité des types d'offre de soins, recouvrant de multiples pratiques illégales de la part de praticiens sans statut, y compris des infirmiers ou des aides-soignants. C'est même là, à notre avis, une des spécificités sanitaires du milieu abidjanais.

Or, à notre connaissance, aucune poursuite judiciaire pour exercice illégal de la médecine n'a été engagée depuis plus de 25 ans (début des années 1970) : la loi n'est donc plus appliquée ! Non seulement le pouvoir judiciaire semble peu empressé de donner satisfaction à l'Ordre des médecins, mais aussi les médecins sont peu enclins à porter plainte comme ils pourraient le faire selon l'article 1382 du Code civil. Pourquoi donc ces réticences ?

Tout d'abord, chacun peut constater l'encombrement des juridictions. On peut penser que les magistrats considèrent les affaires d'exercice illégal de la médecine comme mineures. Il est vrai que, s'il ne s'agissait que de l'exercice illégal, les tribunaux seraient asphyxiés par ces affaires dont les peines sont légères en première condamnation (simple amende), et donc ils les évitent⁸. Mais l'exercice illégal de la médecine peut prendre de l'importance lorsqu'il conduit à un délit ou un crime, l'homicide par exemple. Ces cas sont plus rares dans la réalité, mais même lorsqu'ils se produisent, le pouvoir judiciaire n'est pas saisi, ou bien il apparaît alors incroyablement difficile, sinon impossible, de faire aboutir la procédure : bref, le pouvoir judiciaire n'intervient pas.

⁷ Code de la santé publique du 24 septembre 1945 mis à jour, code de droit pénal ivoirien (1981), et certains articles du code civil.

⁸ Voir par exemple les difficultés rencontrées pour empêcher d'exercer les «tradipraticiens spécialistes des maladies des yeux» qui recrutent leur clientèle par annonces dans les journaux.

Il y a sans doute à cette situation une raison plus politique. Les pouvoirs publics qui, jusque dans les années 1970, participaient activement à la promotion de la médecine moderne, ne le font plus. Là aussi, le déclin de l'Etat-providence est net : la stagnation de la couverture sanitaire va de pair avec une tolérance généralisée envers les pratiques "traditionnelles". On pourrait dire qu'aujourd'hui il n'y a plus de forme judiciaire de protection de la médecine moderne parce qu'il n'y a plus de politique de promotion de cette médecine.

J'ajouterai enfin deux raisons plus quotidiennes. La première fait référence aux représentations populaires : quel policier, quel gendarme se risquerait à importuner un guérisseur dont tout le monde dit qu'il a des "pouvoirs" ? Les agents de la puissance publique qui seraient chargés de faire les constats ne croient-ils pas, eux aussi, en ces "pouvoirs" attribués à tel ou tel guérisseur, "pouvoirs" qui risqueraient de se retourner contre eux ? La seconde raison a trait à l'influence sociale de certains guérisseurs réputés. N'ont-ils pas des "grands" dans leur clientèle ? Qui donc, alors, s'aventurera à les importuner ?

Concluons donc que la légitimité des médecins modernes est judiciairement peu défendue, malgré l'existence d'un appareil juridique conséquent. Toutefois, si le corps médical est peu défendu, il faut aussi admettre qu'il est très rarement attaqué, alors même que le droit des malades semble peu ou pas garanti par les pratiques qui ont actuellement cours dans la médecine institutionnelle. Ainsi, il est fréquent que les personnes vivant avec le VIH évoquent les entorses graves à la confidentialité des diagnostics d'infection VIH, ou même dénoncent le dépistage clandestin du VIH dans certaines entreprises industrielles. Ces pratiques illégales (article 383 du code pénal sur le secret professionnel) semblent connues de l'institution médicale, mais il n'est pas fait appel à la justice pour les condamner et les faire disparaître : aucun médecin n'a jamais été poursuivi en Côte d'Ivoire pour violation du secret médical.

Le pouvoir médical n'apparaît-il pas comme trop insulaire, trop autonome, trop coupé du reste de la société ? Ne peut-on parler d'isolationnisme ? Toujours est-il que cette situation renforce, à notre sens, les processus de légitimation en oeuvre chez les guérisseurs : "us et coutumes" et force des situations acquises (acquises oui, mais peut-être faute de combattants ?) viennent donc appuyer leurs stratégies.

L'absence de consensus social dans le domaine de la médecine moderne ne voudrait-il pas dire que la médicalisation de la société urbaine - *a fortiori* pour la société rurale - est inachevée ou du moins partielle, et laisse la place *de facto* à d'autres systèmes médicaux ? Dans cette perspective, le conflit entre les médecines, actualisé sous nos yeux autour du SIDA,

loin d'être un épiphénomène, témoignerait d'une crise de croissance de la médicalisation.

Légitimités et stratégies

Dans l'histoire de la médecine occidentale, la laïcisation, qui a séparé le domaine du médical de celui du religieux, fut un moment décisif de son développement. Cette séparation n'est pas opérée en Afrique. Les médecines "traditionnelles", loin d'être de simples survivances d'un passé villageois, ont pris place dans le contexte urbain, elles se sont installées dans le présent des villes.

Evidemment, elles apparaissent souvent, dans les discours des représentants des institutions médicales, comme des "médecines du pauvre", tolérées dans l'attente que l'Etat puisse offrir à tous une vraie médecine, et naturellement cette attente reste du domaine de l'utopie ou du vœu pieux. Or l'articulation des médecines traditionnelles au contexte urbain est beaucoup plus forte que ne veut le laisser penser cette présentation. D'une part, les pratiques et les logiques des entreprises sanitaires des guérisseurs se rattachent fortement aux façons anciennes, dites traditionnelles, d'offrir les soins, et en cela elles s'adaptent aux caractères de la demande urbaine, on l'a rappelé ci-dessus. D'autre part, elles adoptent volontiers des innovations fortement marquées par le "modernisme ivoirien" : mimétisme envers le service sanitaire moderne, ses attributs et ses outils (de la blouse blanche au manuel thérapeutique, sans oublier le téléphone), son usage du langage de la scientificité ("je suis ethnobotaniste", je suis «chercheur», l'expérimentation...), sa valorisation des échanges monétarisés (tarifs, mensualités), sa logique d'entreprise privée, etc.

Ces deux faces, ou ces deux tableaux, correspondent aussi à deux registres stratégiques, selon les besoins de la "lutte". Dans un premier registre, on mettra l'accent sur toutes les légitimités qui découlent de l'étiologie et de la thérapeutique traditionnelles des maladies. Ainsi, le guérisseur qui lutte contre les "forces occultes" responsables du malheur de telle ou telle personne, malheur d'être séropositif ou sidéen par exemple, est un "contre-sorcier" reconnu par sa clientèle. De ce capital culturel, il tire sa légitimité sociale, comme le médecin tire la sienne de son diplôme ; dans un cas, les instances de légitimation sociale sont les "génies" qui inspirent Monsieur Mina ou le "choix pour hériter" dont a bénéficié Monsieur Brito, et dans l'autre, c'est la Faculté de Médecine. Mais la légitimité est aussi dans le pouvoir thérapeutique lié aux plantes utilisées. Contrairement à la vision pharmaceutique, les plantes ne sont pas pour le guérisseur de simples réservoirs de principes chimiques actifs : elles sont plutôt résultat et témoin d'un commerce avec les "esprits" ou les "génies", puisque le guérisseur "travaille" les plantes pour en faire des médicaments. Ainsi, le

pouvoir thérapeutique et les "forces occultes" bénéfiques sont associés, sinon indissociables. Pour utiliser les concepts de Bourdieu [16], disons que le discours et les pratiques des guérisseurs visent à accumuler un capital symbolique producteur de prestige moral, dont le corollaire est l'apparent désintéressement économique, et même l'abnégation, le don de soi pour améliorer l'avenir de l'humanité (en France, le guérissage a aussi été interprété en employant les concepts de Bourdieu, cf. [17]).

Pour les médecins modernes, le guérisseur n'est alors que le charlatan utilisant la "superstition" pour abuser de la crédulité populaire. Mais les médecins modernes se constituent bien, eux aussi, des légitimités fondées sur un capital culturel et sur un capital symbolique. Le conflit est donc bien idéologique, c'est-à-dire qu'il oppose deux systèmes de représentations fondamentalement inconciliables et issus de légitimités différentes.

Dans le second registre, le guérisseur est en perpétuelle quête de légitimité scientifique : "nous sommes des chercheurs" affirment-ils presque tous. En fait, il s'agit plutôt ici de légitimité institutionnelle, celle que la médecine moderne détient, parce que l'appareil administratif de l'Etat la lui confère, celle par conséquent qui pourrait être aussi bien reconnue à la médecine traditionnelle. Car, si la légitimité institutionnelle de la médecine moderne est fondée sur un savoir médical universel dont le diplôme de docteur en médecine garantit l'acquisition, celle des guérisseurs ne pourrait-elle pas se fonder sur des "savoirs endogènes" [18] ou des "savoirs africains" dont témoigne leur pouvoir thérapeutique ?

Les guérisseurs tentent donc désormais d'investir, voire d'occuper le terrain biomédical. Ce fait nouveau traduit une stratégie de mise en concurrence qui s'affirme ouvertement, et profite des faiblesses actuelles de la médecine moderne : le SIDA devient ici le talon d'Achille de cette dernière. La quête de légitimité institutionnelle utilise largement les réussites thérapeutiques, amplifiées d'ailleurs par les médias : il s'agit bien de légitimer les pratiques thérapeutiques, pas les conceptions qui les sous-tendent. Un nouveau groupe d'intérêt, non encore constitué en corps, mais qui veut faire sa place au soleil, n'est-il pas en train de se constituer ? C'est là, à mon sens, que se trouvent les enjeux économiques : produire et vendre des "médicaments" qui seront dits "traditionnels"⁹.

⁹ Dans un pays comme le Mali, le Ministère de la Santé, par sa division de la médecine traditionnelle, a déjà occupé le créneau : il produit et il vend, après autorisation délivrée par le très officiel Institut National de Recherche en Santé Publique, quelques produits appelés «médicaments traditionnels améliorés».

Cette entreprise de légitimation prend aussi en compte l'image que donne d'elle la classe médicale. La recherche de légitimité professionnelle, qui est la recherche de prestige et de biens, emprunte ses signes extérieurs au corps médical (discours du désintéressement et de l'abnégation, blouse blanche, cabinet de consultation, secrétariat, manuel thérapeutique, conditionnement standardisé des médicaments, etc.) tout en conservant la dimension surnaturelle abandonnée par ce corps. Et si le cabinet de tel guérisseur ressemble à s'y méprendre - il s'agit bien de "faire semblance" - à celui d'un médecin installé dans le secteur privé, ne s'agit-il pas de mimer la réussite sociale "à l'ivoirienne", qui passe par l'acquisition de biens tant matériels que symboliques (privilèges divers liés à la profession médicale) ? Ainsi, avec ce "faire semblance", le guérisseur cherche à s'approprier le statut de médecin moderne et son capital symbolique, qui est comme "un capital dénié, reconnu comme légitime, c'est-à-dire méconnu comme capital économique" ([16] p. 200)¹⁰. La logique est alors que toute amélioration de son capital symbolique augmente son capital professionnel et donc son capital thérapeutique (sa clientèle) et son capital économique. Notons qu'ici on rejoint les analyses de Freidson sur le camouflage, par la rhétorique médicale du dévouement, de ce qui n'est en fait que la défense opiniâtre des intérêts matériels individuels des membres de la profession [19].

Les deux registres sont articulés. Par exemple, certains guérisseurs proposent des traitements préventifs empêchant le virus d'entrer dans le corps en "stimulant l'immunité", dit l'un d'eux, contre ce virus "lancé" par quelqu'un... Le VIH devient ainsi le support des "agressions sorcières". Mais cette articulation privilégie la stratégie de légitimation institutionnelle, et donc ce que j'ai appelé plus haut le registre étiologique se fera discret, voire sera lui aussi dénié.

Toute reconnaissance institutionnelle des praticiens des médecines dites traditionnelles, véritable serpent de mer des discours médicaux en Afrique depuis vingt ans, se heurtera à une condition *sine qua non* : leur contrôle par le corps médical, seul détenteur de la légitimité institutionnelle et scientifique. Cet espace tolérable et toléré est alors conçu comme un secteur d'appoint, qui s'occuperait des maladies autrefois appelées "fonctionnelles", aujourd'hui psychosomatiques (puisque certains identifient des symptômes d'origine "sorcière" et les classent dans les maladies psychosomatiques [20]), et de certaines phases des maladies sans traitement étiologique. Cette condition

¹⁰ Toute attirance affichée pour les intérêts économiques va à l'encontre du capital symbolique accumulé, qui fait l'image «humanitaire» du médecin et du guérisseur.

suppose tant l'existence d'une organisation "professionnelle" que celle d'une unique médecine traditionnelle.

Il y a là une double illusion. Tout d'abord, l'éventuelle création d'une organisation "professionnelle" butera sur la méfiance qui règne dans les rapports entre guérisseurs : le maniement des "forces occultes" n'est-il pas toujours à double tranchant ? La mort du célèbre guérisseur Drobo II n'est-elle pas attribuée à ce genre de manoeuvre ? Les guérisseurs ne sont pas organisés pour défendre leurs intérêts communs, et l'ASSIMENAT n'est pas une organisation professionnelle de guérisseurs. En second lieu, il n'y a pas de corpus organisé et unique des savoirs et savoir-faire médicaux traditionnels. De plus, les étiologies s'insèrent profondément dans les normes sociales (transgressions d'interdits, conflits familiaux, etc.). Comment, dans ces conditions, bâtir une organisation et croire qu'elle conservera son auto-contrôle, en produisant et en faisant respecter un code de déontologie professionnelle ?

En attendant, certains guérisseurs tentent d'occuper les espaces de liberté que l'institution médico-sanitaire leur abandonne. La participation à l'ASSIMENAT entre dans ce cadre. Et même si certains de ses membres ont pris contact avec l'Ordre des médecins pour qu'il les aide à éliminer "ceux qui gâtent leur nom", c'est-à-dire les "charlatans", il ne faut voir là qu'un épisode parmi d'autres pour circonvenir l'institution médicale. La présence des guérisseurs au Forum de la santé d'Abidjan, en juin 1995, tout comme au colloque de Bamako sur le thème "Médecine traditionnelle et SIDA" en février 1994 [21], réunissant médecins et tradipraticiens, participe aussi de ces stratégies d'occupation de l'espace : on se précipite dans l'espace médiatique d'abord, surtout si on y est invité par quelque grand mandarin officiel, on se glissera ensuite, dès que l'occasion s'en présentera, dans l'espace institutionnel.

Bibliographie

1. AUGÉ M. : *Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement*, p. 35-91 in Augé M, C. Herzlich : *Le sens du mal*, Paris, Ed. Archives contemporaines, 1984.
2. HERZLICH C. : *Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social*, p. 189-215 in Augé M. et Herzlich C. : *Le sens du mal*, Paris, Ed. Archives Contemporaines, 1984.
3. *Guérisseurs-SIDA : paroles de séropositifs, paroles de guérisseurs*, 1995, 26 mn ; réalisateur : Idrissa DIABATE (Côte d'Ivoire) ; enquête, scénario et commentaire : Thierry BERCHE.
4. BERCHE T. : *Conflits de légitimité et pratiques médicales en Côte d'Ivoire*, manuscrit.
5. DOZON J.P. : *Les médecines traditionnelles et le SIDA, les modalités de sa prise en charge par un praticien ivoirien*, p. 239-259 in Dozon J.P. et Vidal L. : *Les sciences sociales face au SIDA, cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Abidjan (Côte d'Ivoire), éditions du centre ORSTOM de Petit Bassam, 1993.
6. ZEMPLÉNI A. : *La "maladie" et ses "causes"*, *l'Ethnographie*, 2, 13-44 (1985).
7. AUGÉ M. : *Les croyances à la sorcellerie*, p. 52-74 in Augé M. (sous la direction de) : *La construction du monde*, Paris, Maspero, 1974.
8. AUGÉ M. : *Théorie des pouvoirs et idéologie*, Paris, Herman, 1975.
9. ZEMPLÉNI A. : *De la persécution à la culpabilité*, in Piault C. (sous la direction de) : *Prophétisme et thérapeutique*, Albert Atcho et la communauté de Bregbo, Paris, Hermann, 1975.
10. MARIE A. : *Du sujet communautaire au sujet individuel, une lecture anthropologique de la réalité africaine contemporaine*, pp. 53-108 in Marie A. (sous la direction de) : *L'Afrique des individus*, Karthala, 1997
11. VIDAL L. : *Sida et représentations de la maladie, éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge* (Abidjan, Côte d'Ivoire), *Cahiers des sciences humaines* 28,1, 83-98 (1992).
12. VIDAL L. : *Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez les patients séropositifs pour le VIH* (Abidjan, Côte d'Ivoire), *Cahiers Santé*, 2, 320-329 (1992).
13. VIDAL L. : *Enjeux d'une anthropologie de la connaissance du SIDA, expériences des séropositifs des centres anti-tuberculeux d'Abidjan*, in Dozon. J.P. et Vidal L. : *Les sciences sociales face au SIDA, cas africains autour de l'exemple ivoirien*, Abidjan (Côte d'Ivoire), éditions du centre ORSTOM de Petit Bassam, 1993.
14. VIDAL L. : *Images du sida dans le regard d'un quotion ivoirien* (1988-

-
- 1994), *Politique Africaine*, 56, 158-163 (1994).
15. ESCHLIMAN J.P. : *Les Agni devant la mort*, Paris, Karthala, 1985.
16. BOURDIEU P. : *Le sens pratique*, Paris, Les Editions de Minuit, 1980
17. FRIEDMAN D. : *Les guérisseurs, splendeurs et misères du don*, Paris, A-M. Métaillé, 1981.
18. HOUTONDI P. (sous la direction de) : *Les savoirs endogènes, pistes pour une recherche*, Dakar, CODESRIA, 1994.
19. FREIDSON F. : *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 (original anglais, 1970 : *Profession of medicine*).
20. ADJIDJO C.T. : *La médecine psychosomatique dans ses rapports avec la sorcellerie*, pp 243-254 in Houtondji P.J. (sous la direction de) : *Les savoirs endogènes, pistes pour une recherche*, Dakar, CODESRIA, 1994.
21. BOURDARIAS F., LE PALEC A. : *Guérisseurs et médecins, interactions et stratégies, à propos du colloque "Médecine traditionnelle et SIDA"*, *Journal des anthropologues*, 60, 51-61 (1995).

CONCLUSION

Qu'attendre de la dynamique des systèmes de santé urbains en Afrique de l'Ouest ?

par J. BRUNET-JAILLY

La ville, et par excellence la capitale, est un lieu privilégié : c'est là que se forge l'avenir de nos sociétés. La ville est aussi un lieu privilégié en matière de santé, en raison de la concentration toujours exceptionnelle de ressources médicales dont elle bénéficie, mais aussi en raison des caractéristiques de la population qu'elle draine. Dans le contexte de la grande ville, la dynamique du système de santé se révèle avec ses promesses, ses problèmes et ses risques. Cet ouvrage représente un effort, rare en tous cas dans les pays francophones, d'évaluation sérieuse, c'est-à-dire soigneusement documentée, objective et critique, de programmes de santé menés en coopération. Je voudrais donc en premier lieu remercier tous les co-auteurs, qui ont fait l'effort de pousser aussi loin que possible, compte tenu de l'information disponible, l'analyse des résultats obtenus et des causes des succès et des échecs : ils ont fait un travail d'autant plus remarquable que, bien souvent, ils n'y étaient pas directement préparés. Je voudrais aussi remercier les hautes personnalités qui, au lieu de considérer que toute évaluation de l'action administrative doit être tenue confidentielle, ont permis que ces travaux soient publiés : ce courage honore ceux qui en font preuve.

Cela dit, qu'avons-nous appris sur la dynamique des systèmes de santé urbains en Afrique de l'Ouest au fil de cet ouvrage ? Rappelons d'abord que nous parlons de système de santé non pas par habitude, mais parce que nous considérons que les divers éléments qui interviennent dans l'activité sanitaire, que ce soit du côté de l'offre de biens ou de prestations ou du côté de la demande de soins, sont interdépendants. Chaque fois qu'on examinera l'un d'eux, on devra avoir présentes à l'esprit les relations qu'il entretient avec les autres : par exemple, il n'est pas possible de parler d'exercice illégal de la médecine sans chercher à comprendre les défaillances de l'exercice légal, il n'est pas possible de traiter des pharmacies par terre sans se préoccuper des circuits officiels de commercialisation du médicament, il n'est pas possible de parler de déontologie sans se soucier d'intérêts économiques, etc.

La dynamique des systèmes de santé urbains est marquée sous nos yeux par l'explosion de l'offre privée de soins, par des défaillances massives en matière

de qualité, par des inégalités phénoménales dans le recours aux soins, par une grande complexité des obstacles au recours aux soins modernes; mais visiblement les politiques de santé urbaine ne s'attaquent pas aux problèmes que créent, pour qui se préoccupe de santé publique, ces caractéristiques des systèmes qu'elles prétendent réguler. Il faudra tenter de comprendre pourquoi et de prévoir ce que, dans ces conditions, nous réserve l'avenir.

L'explosion de l'offre privée

Contrairement à ce que laissent croire beaucoup de déclarations officielles et les interventions des bailleurs de fonds, l'offre publique de soins est de moins en moins importante en proportion de l'offre totale, alors que le secteur privé fait preuve d'un dynamisme exceptionnel. Comme l'Afrique toute entière, la santé va devenir un marché, et tous les investisseurs cherchent donc à y placer leurs capitaux au bon moment et au bon endroit. Considérons quelques exemples assez bien documentés.

En matière de santé maternelle, on peut considérer que la couverture sanitaire de la Communauté urbaine de Niamey est judicieusement organisée (Vangeenderhuysen et *alii*, chapitre 1 ci-dessus). Dans 5 dispensaires et 11 centres de santé maternelle et infantile (CSMI), des sages-femmes et des infirmiers assurent les consultations prénatales. 86 % des patientes ont moins de 5 km à parcourir pour se rendre de leur domicile au centre de consultations prénatales le plus proche, et plus de 97 % habitent à moins de 15 km [1]. C'est ainsi que 93 % des femmes peuvent se rendre au CSMI en moins de 30 minutes. S'y ajoutent 8 maternités publiques, réparties dans les différents quartiers de la ville; une de ces maternités, dont le médecin-chef est gynécologue, dispose d'un bloc opératoire utilisable aux heures ouvrables, et joue le rôle de centre de référence. Toutefois, autour de ce système public bien conçu, de nombreux établissements privés ont récemment vu le jour : 2 polycliniques privées, 3 cliniques d'accouchements, 6 cliniques généralistes, 8 dispensaires privés et 45 salles de soins. L'équipement de ces centres est très variable, et certains n'assurent ni les consultations prénatales ni les accouchements. On ne pratique de césariennes dans aucune de ces cliniques privées. En cas de nécessité, les malades sont transférées vers la maternité de référence.

A Abidjan, c'est l'ensemble de l'offre de soins de santé qui peut être décrite. Pour s'en tenir aux années récentes, alors que, à la fin des années 1980 on comptait 15 cliniques privées et 139 officines à Abidjan ([2] p. 132 et p. 159), il y en a respectivement 26 ([3] p. 22) et 200 au milieu des années 1990 [4] : la croissance est considérable en quelques années, et d'autant plus

remarquable que ces années ont été marquées, comme on sait, par une crise économique sévère ; à ce mouvement, il faut évidemment ajouter celui des infirmeries privées, dont apparemment 212 disposent d'un agrément au milieu des années 1990, mais dont le nombre réel pourrait être trois à quatre fois plus important. 82 % des médecins du secteur privé sont agglutinés à Abidjan (72 % des médecins du secteur public sont dans ce cas); au contraire, les pharmaciens du secteur privé sont un peu moins concentrés à Abidjan que ceux du secteur public (respectivement 67 et 83 % d'entre eux sont installés dans cette ville).

Quant au cas, du Mali, il est particulier en ce que l'exercice privé des professions de santé n'est autorisé dans ce pays que depuis 1985 [5]. Dix ans plus tard, Bamako compte toujours le même nombre de centres de santé de commune (publics), mais une trentaine de centres de santé communautaires (privés à but non lucratif), qui se sont créés sans aucune intervention de l'administration (peut-être même malgré qu'elle en ait), 104 officines privées et au moins 58 médecins installés dans des cabinets ou cliniques en clientèle privée. L'explosion est manifeste aussi du côté de la distribution des médicaments : pour l'ensemble du pays, le nombre d'officines privées est de 179, à quoi s'ajoutent 289 dépôts ; le secteur public quant à lui ne compte que 77 pharmacies et autres points de ventes (dans les formations sanitaires) ([6] p. 9).

Dans les trois cas, les ministères de la santé ont d'ailleurs le plus grand mal à recenser les établissements privés, et donc en pratique les informations dont ils disposent ne concernent que la partie émergée de l'iceberg. Combien de cabinets de soins non agréés à Abidjan, combien de centres de santé prétendument mutualistes, ou communautaires (ou pour faire bonne mesure "mutualistes et communautaires") à Bamako ? Nul ne sait. Combien de médecins, infirmiers, sages-femmes du secteur public pratiquent aussi dans le secteur privé ? Nul ne le sait, mais chacun sait que le problème est massif à Abidjan [7], où les formations sanitaires publiques sont désertes l'après-midi.

Les défaillances massives en matière de qualité des soins

Plusieurs chapitres de l'ouvrage qu'on vient de lire montrent l'ampleur des problèmes à résoudre dans le secteur public en matière de qualité des soins prénataux et obstétricaux. Ce domaine a été choisi parce qu'il est, du côté de l'offre (c'est-à-dire, du côté des conditions de la production des services) bien circonscrit, bien réglé, et, du côté de la demande, très fréquenté par la population en même temps qu'investi de fortes charges affectives, et donc parce que, en fin de compte, il devrait être à la fois la priorité et la vitrine du système de santé.

Mais, sur 25 décès maternels étudiés à Niamey en 1994, 21 (soit 84 %) étaient "peut-être ou probablement évitables", et une étude parallèle menée à Bamako concluait que sur 25 décès étudiés, 24 (96 %) étaient "sûrement ou peut-être évitables" (Vangeenderhuysen et *alii*, chapitre 1 ci-dessus). Ceci n'est pas le fait du hasard ou de la fatalité : 10 à 30 % seulement des femmes enceintes reçoivent une prescription de fer lors de la consultation prénatale ; sur 200 dossiers tenus par la maternité de référence, on ne trouve jamais la moindre information concernant les six heures suivant l'accouchement, et 70 % des femmes enceintes sont dites "à risque", ce qui vide la notion de toute signification pratique en matière de surveillance (Vangeenderhuysen et *alii*, chapitre 1 ci-dessus). Ou encore : chez deux mères d'enfants décédés, le diagnostic de gémellité n'a été posé qu'à l'accouchement, malgré respectivement 3 et 4 consultations prénatales ; 31 % des femmes ont présenté une symptomatologie d'infection urinaire qui n'a été ni dépistée ni traitée, etc. (Barnes et Tahi, chapitre 2 ci-dessus).

De même, à Abidjan, on doit évidemment se féliciter de la concordance entre le diagnostic d'évacuation des parturientes et celui que donnent les équipes hospitalo-universitaires, puisque les maternités urbaines qui prennent les décisions d'évacuation sont "parfois dépourvues de thermomètres, de tensiomètres et de stéthoscopes" (Akoi Ahizi et *alii*, chapitre 3 ci-dessus) ; mais ensuite, la moitié seulement des évacuations se fait grâce aux ambulances des maternités, et pour l'autre moitié, qui utilise taxis ou véhicules privés, 9 % des évacuées sont "perdues de vue" ; en outre, comme il faut payer l'intervention chirurgicale -et donc aller chercher l'argent-, le délai médian entre la décision d'intervenir et l'intervention est de 3 h 55 mn ! (Portal et *alii*, chapitre 4 ci-dessus)

A Abidjan encore, 15 % des parturientes enregistrées dans les maternités sont incorrectement vaccinées contre le tétanos, alors même que la moitié d'entre elles a bénéficié de plus d'une consultation prénatale ; et 14,4 % des parturientes n'ont pas été vaccinées contre cette maladie, alors même qu'une sur trois de ces dernières a bénéficié de plus d'une consultation prénatale (Ortiz et *alii*, chapitre 6 ci-dessus).

Evidemment, pour éliminer ces défaillances toutes évitables, il faudrait que les services soient préoccupés par les résultats qu'ils obtiennent, résultats qui ne peuvent être appréciés qu'en termes d'évolution de l'état de santé. Mais qui, dans les administrations de la santé publique, se préoccupe de l'évolution de l'état de santé ? On continue à publier, sous le nom de statistique épidémiologique, de simples statistiques d'activité des formations sanitaires [8]. Et cela même ne préoccupe guère les administrations de la santé : comme deux

exemples le montrent, il faut que les indicateurs d'activité chutent très lourdement et durablement pour que les services acceptent de modifier leur organisation (Ouattara et *alii*, chapitre 5 ci-dessus, pour les vaccinations de routine, et Coulibaly et *alii*, chapitre 7 ci-dessus, pour la lutte anti-tuberculeuse, à Abidjan dans les deux cas).

Il faut ajouter pour terminer que si la qualité apparaît si défaillante dans le secteur public, on ne sait absolument rien de la qualité dans le secteur privé. Celui-ci réussit parfaitement à conserver le "secret des affaires" !

Inégalités dans le recours aux soins

Les systèmes de santé des capitales de l'Afrique de l'Ouest tolèrent des inégalités absolument phénoménales dans la distribution des prestations qu'ils offrent, et cela ne semble troubler aucune conscience, comme si la justice n'était pas l'une des exigences de l'éthique médicale depuis Hippocrate ! Cependant, ces inégalités sont mal connues : il est « politiquement correct » de les ignorer. Dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest pour lesquels des enquêtes récentes sont disponibles, les résultats sur certains indicateurs divergent considérablement, ce qui montre l'ampleur de l'effort méthodologique qui reste à faire. Pourtant, il est utile de garder présents à l'esprit certains des enseignements de ces travaux pionniers.

Considérons d'abord le taux d'incidence de la maladie, d'après les réponses (de toutes les personnes appartenant à des échantillons représentatifs, et interrogées directement à leur domicile) à des questions du genre : "la personne a-t-elle été malade au cours du mois passé ?". Ce taux serait de 219 ± 7 p. 1000 sur 1 mois à Cotonou au milieu des années 1990 [9], soit, sur l'année, 2600 p. 1000 ; il serait de 400 p. 1000 sur 6 mois à Yopougon en 1991 [10] ; il serait de 600 p. 1000 à Bankoni, quartier populaire de Bamako, en 1988-89 [11] ; pour l'ensemble de la population de Bamako en 1996, d'après les déclarations des chefs de ménages, 10,4 % (1.230 sur 11.807) des individus ont été malades au cours du mois qui a précédé le passage des enquêteurs, ce qui donne un taux d'incidence annuelle de l'ordre de 1200 pour 1000, plus fort (1600 °/°) dans les quartiers défavorisés que dans les autres (A. Juillet, chapitre 8 ci-dessus). Tels sont quelques résultats obtenus par des chercheurs professionnels.

Le taux de Cotonou paraît donc extrêmement élevé ; mais, si l'on en croit les enquêtes financées par la Banque Mondiale, et organisées en Côte d'Ivoire par l'Institut National de Statistiques, les taux d'Abidjan seraient encore beaucoup plus forts : le nombre moyen de recours à un personnel de santé qualifié

(médecin ou infirmier) par personne et par an y serait de 2 à la fin des années 1980 [12] et ces recours concerneraient 60 à 70 % des cas de maladie déclarés [13] : ces derniers correspondraient donc à un taux d'incidence sur l'année de l'ordre de 3000 p. 1000. En outre, les enquêtes du même genre réalisées en 1993 et 1995 confirment et même amplifient la différence : en 1993, environ 15 % des répondants déclarent avoir été malades au cours des deux semaines précédant l'enquête, et 19 % en 1995, ce qui correspond alors respectivement à 3,6 et 4,3 épisodes de maladie par personne et par an. Tels sont les résultats que fournissent les enquêtes menées par les instituts de statistique. Il va de soi que les méthodes sont en cause, et que la formulation des questions et la standardisation des réponses devront être améliorées avant que les comparaisons entre pays prennent sens.

Que font les malades ? Certains ne se soignent d'aucune façon : 13 % dans un quartier de Bamako et 21 % dans un autre en 1993 [14], 5,3 % pour l'ensemble de la ville en 1996 (A. Juillet, chapitre 8 ci-dessus), alors qu'à Cotonou 1,5 % seulement du nombre total d'épisodes recensés n'a donné lieu à aucun traitement ([9] p. 6) : on aurait aimé savoir pourquoi, et avec un certain détail. A Yopougon, apparemment, le taux est supérieur (6,4 % d'après [10] p. 8).

Les recours aux tradipraticiens sont faibles : 1,2 % des cas à Cotonou [9] ; 2,3 % à Dakar (Sy, chapitre 10 ci-dessus) ; 4,4 % à Bankoni, quartier populaire de Bamako ([11] p. 162) et 6,4 % chez les enseignants de Bamako ([11] p. 159) à la fin des années 1980, 3,2 % sur l'ensemble de la ville en 1995 (A. Juillet, chapitre 8 ci-dessus) ; 7,5 % à Yopougon ([10] p. 11) ou 2,6 % (selon une nouvelle exploitation des données, [15])

L'automédication atteint 54 % des cas à Cotonou (et 57 % des premiers recours, [9]) ; de même, 54 % à Bankoni si l'on ne considère que la première étape de l'itinéraire thérapeutique, mais 37 % à la seconde étape et 27 % à la troisième [11] ; et 28 % seulement des premiers recours à Dakar (Sy, chapitre 10 ci-dessus) ; plus de 50 % à Niamey comme dans les campagnes du Niger (Sardan, communication personnelle). Alors qu'on avait 54 % à Bankoni, quartier de Bamako en 1988-89, on retrouve 42,6 % dans cette ville en 1996 (A. Juillet, chapitre 8 ci-dessus), sans qu'on puisse dire si cet écart traduit une évolution ou une différence de niveau de vie des échantillons étudiés. Toutefois, sur ce sujet, les ordres de grandeur sont comparables, même à Yopougon, malgré les apparences. Là, en effet, l'utilisation de médicaments prescrits pour un traitement précédent, ou disponibles dans la pharmacie familiale, ne représenterait que 7,5 % des épisodes ([10] p. 8) ; cependant, dans l'enquête, le recours à un membre du ménage a été distingué de l'auto-

médication ([10] p. 10), alors même que le plus souvent ce recours à un proche aboutit à la fourniture par ce dernier d'un médicament (moderne dans 60 % des cas, [10] p. 11). Comme les recours à un membre du ménage représentent 32 % des recours, l'automédication personnelle et l'automédication par l'intermédiaire d'un proche représenteraient ensemble près de 40 % des recours (on lit même 52 % dans une plus récente exploitation des données, [15]).

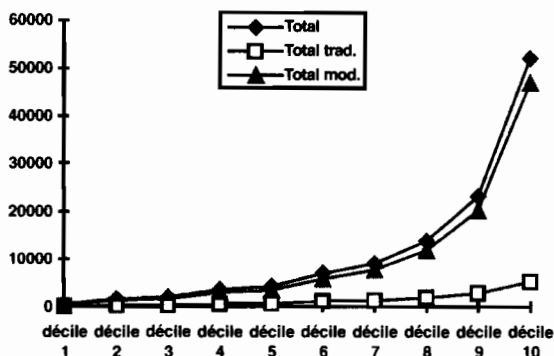
A Cotonou, si l'automédication représente la solution adoptée dans 54 % des cas de maladie, le recours à un cabinet ou une clinique privée vient juste après avec 23,5 % des cas, et le recours au centre de santé public n'est choisi que dans 16,3 % des cas ([9] p. 9). A Bamako, la situation est moins nette, mais le choix du secteur privé apparaît aussi dès que les moyens le permettent : dans les quartiers défavorisés, près de 75 % des recours correspondent à de l'automédication ou à un recours à une formation de base des services sanitaires ; dans les quartiers autochtones, qui ont un niveau de vie intermédiaire, et dans les quartiers viabilisés, qui sont relativement les plus riches, ces recours ne représentent que 57,7 % et 52,5 % du total. Parmi les malades des quartiers autochtones, une proportion relativement forte (13,0 %) décide d'aller à l'hôpital pour se faire soigner : ceux qui font de même ne sont respectivement que 8,8 % et 5,6 % parmi les malades des quartiers viabilisés et parmi les malades des quartiers défavorisés. Enfin c'est dans les quartiers viabilisés qu'on observe, sans surprise, la plus forte proportion de recours au secteur privé, comparée à ce qu'elle est dans les autres quartiers : 12,5 %, ici, 6,0 % pour les quartiers autochtones et 3,4 % pour les quartiers défavorisés (A. Juillet, chapitre 8 ci-dessus).

Ces quelques exemples montrent qu'une véritable concurrence s'est instaurée dans les faits entre le secteur public et les autres formations sanitaires. Ceux qui en ont les moyens s'adressent au secteur privé, ceux qui ne peuvent pas iront dans les formations publiques, les pauvres se contenteront des formations publiques de quartier ou bien de l'automédication.

Il faudrait enfin décrire les disparités dans les recours aux soins à proprement parler et dans les prix payés pour les prestations. Rares sont les pays qui disposent des données nécessaires, et il est d'autant plus incompréhensible, pour qui se place sur le terrain de la connaissance, que le seul exemple du contraire n'ait, malheureusement, jamais été complètement analysé (voir cependant [13][16]) : la Côte d'Ivoire dispose des résultats de toute une série d'enquêtes sur le niveau de vie, couvrant la période de 1985 à 1995, résultats à partir desquels beaucoup de questions sur la distribution des soins auraient pu et pourraient encore être posées, et ne le sont pas, évidemment parce qu'il n'était pas

politiquement correct dans ce pays de parler de répartition des revenus, de riches et de pauvres, des graves et dangereuses iniquités liées au type de développement induit par le 'modèle ivoirien' [17], etc. De ces données, nous ne tirons ici qu'un graphique, celui des dépenses de santé des ménages classés par décile de la distribution des revenus d'après l'enquête de 1993.

Graphique 1 : Montant annuel moyen, en FCFA, des dépenses de santé des ménages, par tête et par décile, Côte d'Ivoire 1993



Source : auteur, d'après données INS (enquête ménages 1993).

Un seul commentaire : la dépense moyenne par tête pour l'hospitalisation varie d'une façon exceptionnelle entre le décile des plus pauvres et celui des plus riches, dans le rapport incroyable de 1 à 3000 ! Rapport incroyable, en effet, puisqu'on nous présente toujours l'hôpital comme le séjour des pauvres, de ceux qui ne peuvent pas payer ! Visiblement, il n'en est rien !

Un autre exemple peut être cité, qui montre la complexité du problème. Une enquête réalisée en 1996 à Bamako permet d'analyser les dépenses de santé selon les quartiers, classés en trois groupes [5]. On constate bien que la dépense moyenne par malade varie à peu près du simple au double entre les quartiers défavorisés et les autres, mais la différence n'est pas toujours considérable au sein de ces derniers entre ceux qui ont un niveau de vie intermédiaire (les quartiers autochtones) et ceux qui ont le niveau de vie le plus élevé (les quartiers viabilisés) ([5] p. 186-189). Il faut se souvenir du fait que Bamako commence tout juste à structurer son système de santé, et c'est peut-être pour cette raison que la répartition de la demande entre le secteur public et le secteur privé (en termes de clientèles spécifiques, dépenses moyennes différentes, etc.) n'apparaît pas encore très nettement.

Ces exemples montrent au moins quel intérêt il y a, pour qui se préoccupe de la façon dont le système de santé distribue ses prestations aux malades, à

analyser les données des enquêtes de niveau de vie. Ce n'est pas dire que ces enquêtes donnent des informations parfaites, loin de là. Il n'y a pas si longtemps, pour Abidjan même, on disposait de trois estimations récentes du montant moyen des dépenses privées de santé par mois et par ménage : 1000 FCFA en 1985 selon une enquête de l'USAID, de 1138 FCFA selon l'Enquête prioritaire auprès des ménages (EPAM) pour la même années 1985 [18] et de 6027 FCFA en 1992 selon l'enquête santé Yopougon ([10] p. 26). Personne ne pouvait penser que ni le volume ni les prix aient pu être multipliés par 6 en 7 ans ! Par contre, l'expérience de l'enquête de terrain montre quel soin exige la mesure correcte et exhaustive des dépenses de santé d'un ménage, et le temps qu'il faut y passer : l'enquête de Yopougon était sans doute plus précise que les précédentes. On attend maintenant les résultats d'une enquête très soignée menée début 1998 (travail en cours d'Hélène Perrin, grâce à un financement de l'UNICEF-Bureau de Côte d'Ivoire, et de la Coopération Française).

L'intérêt de tout ces travaux est pourtant évident : les comportements des malades (ou de leurs familles) doivent être bien décrits et bien compris si l'on entend se préoccuper de politique des prix des services de santé, faute de quoi le décideur sera réduit à jouer les apprentis sorciers !

Complexité des obstacles au recours aux soins

On est d'abord surpris de remarquer que, lorsqu'on interroge les malades qui ont choisi de ne se soigner d'aucune façon, la proportion de ceux qui évoquent le manque de moyens financiers est beaucoup plus faible que ce qu'on aurait pu supposer. Ainsi, elle n'est que de 9,5 % à Bamako en 1996 (A. Juillet, chapitre 8 ci-dessus). Même à Yopougon, où la proportion de ceux qui ne se soignent pas est apparue élevée, 23 % seulement d'entre eux invoquent le manque de moyens, alors que plus de la moitié signalent qu'ils disposaient de médicaments à la maison pour se soigner ([10] p. 8).

Il faut en second lieu tenir compte du niveau d'information des malades et de leurs familles. Dans bien des cas, on sait que la consultation n'est pas très coûteuse, mais on sait aussi que l'ordonnance sera inaccessible. Cela vaut même lorsque le pays fait grand cas de ses succès en matière d'Initiative de Bamako. Ainsi, à Cotonou, "une proportion non négligeable d'individus ayant eu recours à ces services [ceux des centres de santé publics qui, en principe, appliquent l'Initiative de Bamako] n'ont pas obtenu sur place le traitement nécessaire, alors qu'en principe les pharmacies des centres sont dotées en médicaments essentiels" ([9] p. 7). C'est que la présence, et même la présence régulière, des médicaments dans les magasins d'une formation sanitaire ne

signifie pas que ces médicaments sont distribués aux malades. A Cotonou, on semble fondé à craindre que le personnel ne subtilise les médicaments disponibles à la pharmacie des établissements publics pour les vendre en ville à sa clientèle privée! Mais à Abidjan, une constatation similaire a été faite : les coefficients de disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires sont devenus très satisfaisants tout récemment, mais pour autant les malades ne reçoivent pas les médicaments et sans doute pour la même raison ([19] p. 126-129).

Ce qui est sûr, c'est qu'on peut prétendre pratiquer l'Initiative de Bamako, et aboutir à des coûts d'ordonnance toujours inaccessibles pour le commun des malades. A Cotonou, le coût moyen des produits pharmaceutiques prescrits à l'issue de la consultation est de 4546 FCFA dans les centres de santé publics (où 28 % seulement des malades trouvent tous les produits qu'on leur a prescrits) et de 6932 FCFA dans les cliniques privées (qui fournissent tous les produits à 24 % de leurs consultants, cf. [9] d'après le tableau p. 10). Ces chiffres paraissent très sensiblement supérieurs à ceux dont on dispose pour Abidjan (à Yopougon : dépense moyenne pour l'achat de médicaments de 3470 FCFA par recours en 1992, cf. [10] p. 19), alors que la Côte d'Ivoire a toujours considéré que ces stratégies dites de Bamako, auxquelles elle a cependant souscrit à l'occasion des grandes cérémonies internationales qui y étaient consacrées, avec peut-être – comment dire ? – un rien de condescendance, car, tout de même, voyez-vous, comment envisager un instant qu'on puisse traiter de la même façon les problèmes de l'Eléphant d'Afrique et ceux des pauvres pays du Sahel ?

Les malades, pourtant, font apparemment tout ce qu'ils peuvent : à Dakar, "73 % des ménages déclarent avoir acquis l'intégralité des médicaments prescrits sur la dernière ordonnance" (Sy, chapitre 10 ci-dessus). A Abidjan, si on ne connaît pas la proportion des malades qui, munis d'une ordonnance remise à l'issue d'une consultation, ne se présentent pas dans une officine, on sait que ceux qui s'y rendent achèteront 80 % des produits ; on sait aussi que le coût de l'ordonnance a une influence décisive sur l'achat des produits auprès des officines privées, puisque 39 % seulement des ordonnances de plus de 15000 FCFA sont achetées en totalité contre 90 % des ordonnances de moins de 5000 FCFA ([20] p. 13).

Bien entendu, il faut recourir aux techniques qui conviennent si l'on veut véritablement décrire le comportement des ménages face aux soins, et en particulier faire la part de l'obstacle que représentent les prix des services de santé et des biens médicaux. Les travaux disponibles dans ce domaine sont extrêmement rares pour les pays d'Afrique francophone, mais le cas de la Côte d'Ivoire a été étudié dès 1987 grâce aux données de l'enquête Living

Standards Measurement Study de 1985 (voir notamment [21]). Cette première tentative portait sur l'ensemble du pays et ne pouvait utiliser, en matière de prix (ou plutôt de disposition à payer), qu'une approximation assez grossière : le temps de transport nécessaire pour gagner la formation sanitaire fréquentée. Utilisant un modèle multinomial logit emboîté, elle montrait cependant que toute stratégie qui chercherait à financer l'expansion des services médicaux en zone rurale par une tarification de prestations serait "hautement régressive" : "elle augmenterait le bien-être de la moitié la plus riche de la population, elle réduirait le bien-être et l'utilisation des services médicaux par la moitié la plus pauvre" ([21] p. 3).

On dispose depuis peu d'un travail de ce genre portant sur la population de Bamako, utilisant les données d'une enquête originale réalisée sous la direction du chercheur lui-même, données qui fournissent en particulier des variables multiples et diverses pour décrire les revenus, et des variables précises pour décrire les prix [5]. Pour ce qui nous intéresse directement ici, ce travail commence par une surprise : les comportements des malades appartenant au premier et au dernier quartile de la distribution des revenus par tête paraissent comparables ; de même les comportements de ceux qui pratiquent l'automédication et de ceux qui recourent aux services modernes paraissent également comparables. En réalité, cette surprise reflète la complexité des éléments qui interviennent dans la décision de recourir aux soins : en résumé, ce sont leurs faibles capacités financières qui limitent l'accès des plus pauvres aux services modernes, alors que c'est le manque de gravité perçue de la maladie qui pourrait expliquer le faible recours des malades les plus riches aux services modernes. Par ailleurs et surtout, les observations révèlent l'existence d'une sorte d'effet de seuil à l'entrée des services de santé : les capacités financières des malades constituent bien une barrière à la décision de recourir à ces services modernes, mais, si cette barrière est franchie, c'est-à-dire si la décision de recourir au secteur moderne est prise, alors le choix du segment particulier de l'offre ne serait influencé ni par les coûts de consultation ni par les coûts de transport, tout en restant sensible aux opportunités dont le malade peut bénéficier, du fait des relations de son entourage, en matière de qualité des soins et de réduction de prix ([5] p. 240-248).

On se doutait bien qu'il fallait faire la synthèse entre les informations éparées concernant d'un côté le rôle évident des prix comme obstacle au recours (encore faut-il mesurer l'élasticité-prix de la demande, ce qui n'est pas commode et a donné lieu à des discussions très serrées entre les chercheurs !), et celles qui portaient sur les réactions des patients ou de leurs familles à la réputation que se font les établissements accessibles, à l'accueil qu'ils réservent à leurs clients, à la qualité perçue des soins, etc., voire à la spécialisation

naturelle et évidente de la médecine moderne dans certains domaines de la pathologie, la médecine traditionnelle étant elle-même considérée comme la plus indiquée pour d'autres maux ! Cette synthèse n'est pas encore faite, mais on commence à vérifier que tous les facteurs évoqués jouent leur rôle et, surtout, on commence à montrer à quel niveau du processus de décision ils pourraient intervenir et quelle importance relative ils pourraient avoir.

Face à des malades désemparés, mais souvent pauvres et mal informés, l'offre est dans une position évidemment dominante, qu'elle conforte chaque jour par la diffusion d'une image particulièrement flatteuse d'elle-même, et grâce au soutien de l'aide extérieure. On a en effet pu montrer que la stratégie des plans de développement sanitaire préparés par les équipes d'experts de la Banque Mondiale, et en pratique imposés tant aux pays qu'aux autres bailleurs de fonds, étaient essentiellement fondés sur deux principes : protéger les revenus médicaux, protéger les revenus pharmaceutiques [22]. Les thèmes de la santé publique comme les slogans de l'Organisation Mondiale de la Santé sont traités comme purement décoratifs, comme simples motifs de broderie verbale, car en pratique personne ne se soucie de la santé de la masse de la population : tant qu'il n'y aura pas de scandale, les pauvres seront mal soignés ou exclus des soins, pendant que les riches seront soignés à des coûts prohibitifs. La maladie est un marché, n'est plus qu'un marché, même si quelques professionnels d'un autre âge sont encore des praticiens désintéressés et réellement dévoués ! Un examen plus détaillé de la politique sanitaire urbaine permettra-t-il de rendre plus attrayant ce sombre tableau ?

La politique de santé dans les capitales

Si les villes sont la forge des sociétés de demain, les capitales sont aussi les vitrines des sociétés d'aujourd'hui, la face que leurs élites politiques aiment montrer au monde. Les politiques de santé menées dans les capitales ont donc assez naturellement un caractère ostentatoire : c'est là qu'on concentrera l'essentiel des ressources, l'essentiel des réalisations, au motif que les ressources rares ne peuvent pas être dispersées inconsidérément sur tout le territoire.

C'est ainsi que, en 1993, la région d'Abidjan compte 179 des 219 médecins privés (soit 82 %), et 63 des 69 dentistes installés en Côte d'Ivoire ; les pharmaciens d'officine sont répartis de façon un peu plus satisfaisante : 245 d'entre eux sont dans la région d'Abidjan, sur un effectif total de 364 (soit 67 %). Mais le personnel du secteur public n'est pas tellement mieux réparti, au moins pour les qualifications supérieures : 802 des 1106 médecins publics sont dans la région d'Abidjan, soit 72 %, 77 des 93 pharmaciens, 108 des 162 dentistes ; c'est seulement pour les infirmiers que la part de la région

d'Abidjan descend à environ la moitié [23]. La concentration des moyens à Abidjan est encore accentuée par l'état de l'équipement des formations sanitaires publiques qu'on trouve dans les villes de l'intérieur : en 1996, 21 des hôpitaux généraux seulement (sur 55) disposaient d'un bloc chirurgical fonctionnel, 37 d'un laboratoire et 11 d'un service de radiologie [4], et on imagine donc immédiatement le niveau technique des prestations qui peuvent être offertes ! On prétendra, bien entendu, que les hôpitaux et cliniques installés à Abidjan servent toute la population ivoirienne. Mais ceci est faux : chaque fois qu'on se donne la peine d'examiner la provenance des malades, on constate que la part des malades venant de l'intérieur est extrêmement réduite : par exemple 5 % aux consultations des maladies infectieuses de Treichville et 2 % aux consultations de pneumologie du même établissement, et respectivement 10 % et 8 % pour les hospitalisations dans les mêmes services ([19], III p. 2). Quant au caractère ostentatoire de la politique de santé, il est parfaitement illustré à la fois par le soin mis à développer et à entretenir trois centres hospitaliers universitaires, dont l'activité n'est ni évaluée ni maîtrisée par personne, et par l'ambition de faire fonctionner par exemple un hôpital cardiologique, le seul en Afrique dont la spécialité devait être la pathologie cardiaque congénitale.

Il ne paraît pas nécessaire de multiplier les exemples : il serait trop facile de montrer que la situation est tout à fait comparable à Niamey, à Bamako, à Dakar, à Ouagadougou ou à Bobo Dioulasso. Insistons par contre sur certains corollaires de cette concentration invraisemblable des ressources dans les capitales :

- elle ne conduit aucunement au meilleur emploi des ressources rares : à Bamako, par exemple, les services de chirurgie de l'un des hôpitaux d'enseignement réalisaient récemment plus de 80 % de leur activité en interventions telles que appendicectomie, cure de hernie, césarienne, hydrocèle, etc. [24]; en même temps, dans ce pays où les centres de santé sont équipés de blocs opératoires et où les médecins ont une formation chirurgicale de base (celle qui, précisément, permet de réaliser les interventions ci-dessus citées), le taux apparent d'incidence (rapport entre le nombre d'interventions et la population d'origine) varie, entre les 7 régions du Mali, dans le rapport de 1 à 10 pour les césariennes, et dans le rapport de 1 à 100 pour les appendicites ; le nombre de césariennes réalisées dans la région la moins bien desservie correspond à une césarienne pour 3000 accouchements (alors qu'on en attend environ une pour 20 !) ; les ressources du sommet de la pyramide sont en grande partie dilapidées en prestations relevant des niveaux inférieurs d'équipement et de compétence ; et des besoins tout à fait élémentaires, et massifs, ne sont aucunement pris en charge ;

- cette situation ne garantit aucun niveau acceptable de qualité, ni dans les établissements de la capitale, ni dans les régions rurales. Ainsi, à Bamako, chacun des centres de santé de commune est doté de plus de vingt sages-femmes, mais le nombre d'accouchements par sage-femme et par mois n'est jamais supérieur à 20 ; en outre, une proportion importante de ces accouchements est abandonnée par les sages-femmes aux infirmiers ou manoeuvres [25]. Et pour que les sages-femmes puissent rester concentrées dans les capitales, on a tenté de nous faire croire que la bonne solution était dans la formation d'agents de santé villageois ! Mais le Niger a eu le courage d'évaluer ses réalisations de ce genre, et, ce qui est plus rare encore, le courage de publier les résultats : en matière de réhydratation orale, les proportions de sucre, de sel et d'eau sont fausses dans la moitié des cas ; en matière de traitement des épisodes palustres, la posologie de la chloroquine est excessive dans 22 % des cas, insuffisante dans 12 % des cas, mal répartie au cours du temps dans 13 % des cas ; et en matière de surveillance de l'accouchement, 83 % des matrones chargées des soins aux nouvelles accouchées ne se lavent pas les mains avant de commencer leurs soins [26] ;

- cette situation correspond cependant parfaitement aux intérêts privés des professionnels de santé, qui, concentrés dans les capitales, sont certes concurrents entre eux sur le marché mais sont aussi au contact de la clientèle riche que toute capitale draine inévitablement.

Là est probablement la raison essentielle pour laquelle les politiques de santé ne s'attaquent pas aux problèmes que nous citons plus haut. Cette concentration des équipements et compétences permet de protéger les conditions de travail des professionnels, qu'ils soient fonctionnaires ou libéraux ; et elle favorise aussi la protection de leurs rémunérations, puisque les populations urbaines ont en moyenne des revenus plus élevés que les populations rurales. Voilà pourquoi les politiques de santé ne s'attaquent pas à l'explosion du secteur privé : bien au contraire, tant qu'il n'y a pas scandale public et risque politique, elles tolèrent la pratique privée (qu'on dira « illicite » pour les personnels peu qualifiés et « informelle » pour les médecins et les professeurs) des agents publics ; parfois elles organisent le partage de l'activité des agents des services publics de santé entre l'hôpital et leur cabinet privé. Souvent, elles interviennent pour fixer ou agréer des tarifs d'honoraires, et l'on y reviendra. Elles ne s'attaquent pas aux problèmes que pose la qualité des prestations tant dans les formations publiques que dans les privées : tout au plus reconnaît-on parfois, en termes très soigneusement choisis, que "la motivation professionnelle est insuffisante pour que soient valorisées à leur meilleur niveau les compétences acquises. Le sens du service public n'a pas atteint toutes les consciences" [23]. Elles ne s'attaquent pas à l'iniquité de l'accès aux soins, elles ne s'attaquent à aucun des obstacles à cet accès.

Au contraire, à vrai dire, et en voici deux exemples ! Dans deux pays au moins, le Mali et la Côte d'Ivoire, les gouvernements fixent ou agréent des tarifs d'honoraires ; dans les deux cas le tarif de la consultation du généraliste représente au moins le tiers du salaire minimum mensuel garanti par l'Etat ! Or ni dans l'un ni dans l'autre de ces pays les pouvoirs publics n'ont la charge ou même la tutelle d'un système d'assurance maladie dont l'équilibre dépendrait d'une telle décision. Il s'agit donc simplement d'aider les médecins à obtenir les revenus qu'ils souhaitent gagner. L'argument selon lequel la concurrence par les prix devrait être bannie du secteur de la santé est évidemment un simple rideau de fumée : la concurrence par les prix existe bel et bien, personne n'en parle, elle est tolérée et pratiquée au grand jour tant qu'il n'y a pas de scandale ! Dans le même sens, et on y reviendra, la lutte contre l'exercice illégal de la médecine est en pratique abandonnée partout depuis les indépendances.

Terminons en rappelant - et c'est le second exemple de leur contribution à la pérennisation des obstacles au recours aux soins - que les politiques de santé des pays dont il est question dans cet ouvrage ont délibérément évité de réaliser ce qui était concevable dans les villes, à savoir approvisionner tous les malades (sauf exception justifiée par le prescripteur, ou imposée par les exigences particulières du malade, mais alors à ses frais) en médicaments essentiels en dénomination commune internationale (DCI) à hauteur des besoins identifiés par les professionnels de santé. Le ministère de la santé de la Côte d'Ivoire a même rappelé à deux reprises au cours des années récentes à ses agents les règles de délivrance des médicaments : « concernant les malades hospitalisés, vous devez leur fournir la totalité des médicaments prescrits par le médecin, ces médicaments étant disponibles au lit du malade durant son séjour à l'hôpital » (par quoi il faut comprendre : si ces médicaments sont disponibles ; et s'ils ne le sont pas, malheur aux pauvres !...) ; « concernant les malades en consultation, vous devez leur fournir les médicaments correspondant à un jour de traitement, le reste de ce dernier devant faire l'objet d'une ordonnance à présenter à une officine privée » (ce qui est, cette fois-ci parfaitement clair !) ; « des contrôles inopinés seront réalisés et les agents pris en contravention de ces règles feront l'objet d'une mesure disciplinaire » [27]. L'affaire est donc importante ! N'était-il pourtant pas dans l'intérêt du grand nombre des malades, dans l'intérêt de la santé publique – si l'expression a encore un sens –, que les malades qui s'adressent au secteur public pour se faire soigner y reçoivent des prescriptions en DCI pour tout le traitement mis en place et qu'ils trouvent effectivement – où que ce soit d'ailleurs – tous ces médicaments aux prix les plus bas qu'on peut obtenir par une bonne organisation des achats (y compris naturellement le recours systématique à la concurrence), par une forte productivité dans le réseau de distribution, et par

une compression massive des marges des intermédiaires ? Là encore, le discours sur la qualité des produits n'est qu'un rideau de fumée : le fond de l'affaire, ce sont les intérêts commerciaux engagés dans la production, l'importation et la distribution des médicaments.

Il faut conclure que les systèmes de santé des capitales ne sont pas soumis à un contrôle professionnel : les règles de l'économie s'y appliquent, elles expliquent parfaitement les dynamiques que nous avons sous les yeux. Les notions de déontologie et de santé publique sont visiblement d'un autre âge, ce qui compte aujourd'hui c'est de gagner de l'argent. La seule concurrence qui doit être éliminée est celle qui menace directement les gains : les activités qui se développent aux marges de la pratique médicale elle-même ne sont pas considérées comme dangereuses, on en donnera une illustration plus loin.

Et c'est sans doute précisément la disparition des modalités anciennes du contrôle professionnel, ou sa démission, qui explique l'apparition d'un contrôle profane. Mais un autre élément joue sans doute aussi son rôle ici : la perte de prestige de la médecine moderne.

La légitimité de la médecine moderne battue en brèche

Il faut lire attentivement le chapitre dans lequel T. Berche nous rappelait les positions développées par les protagonistes, et notamment celles des guérisseurs (Berche, chapitre 18 ci-dessus) :

- nous sommes ethnobotaniste, tradipraticien, tradithérapeute, guérisseur, voyant, contre-sorcier, "médecin africain" (en un sens nouveau qui n'est plus celui que lui avait donné l'administration coloniale) etc., et il est inutile de démontrer chez nous que la médecine traditionnelle fait partie du patrimoine culturel de l'Afrique ; notre "légitimité" s'impose ; d'ailleurs les discours habituels des « patrons » de la médecine moderne en Afrique, à propos de la médecine traditionnelle, comme les plus récents (à propos du SIDA précisément, cf. le colloque de Bamako, organisé sur ce thème par l'OPALS en février 1994), ont toujours reconnu cette légitimité culturelle, et laissent très complaisamment supposer une probable légitimité scientifique ;

- "notre médecine est moderne, bien qu'africaine" dit clairement M. Brito : de fait les tradipraticiens adoptent de plus en plus le téléphone et la blouse blanche, ils créent leurs néologismes (britothérapie, britocapsules, britoviral...) ou leurs sigles (cansein, sitrako, pitro, gonocro...), ils n'hésitent pas à afficher dans leur bureau un écorché ou une encyclopédie médicale grand public, ils fabriquent leurs médicaments dans des "usines" ou "laboratoires", etc.

Ces comportements signifient-ils une recherche et une revendication de légitimité ? Ne sont-ils pas plutôt l'affirmation sans complexe, dans le langage de la ville, d'une légitimité à nouveau incontestée dans la société, qui peut s'affirmer aujourd'hui fièrement après avoir été combattue pendant l'époque coloniale ?

En même temps, toutefois, rares seront ceux qui s'interdiront de rappeler à l'occasion que le traitement est en réalité révélé par les "génies" à des hommes qui ne sont que leurs "messagers" ; en outre, il faut bien reconnaître que l'étiologie de la maladie est fréquemment dans la "sorcellerie", dans le "travail" d'un sorcier avec les forces occultes ; de la même façon, lorsque M. Brito parle d'un malade dont l'état s'est beaucoup amélioré à la suite des traitements qu'il lui a administrés, il dit "*il faut bien reconnaître qu'il y a eu du travail sur ce malade*", et le terme "travail" doit sans aucun doute recevoir toutes les significations qu'il prend dans le contexte ouest-africain ; il y a donc deux mondes, deux faces, l'une visible, l'autre cachée.

Mais, de leur côté, les malades, cherchant une solution à leur problème, consultent l'une et l'autre médecines sans préjugés ; ils trouveront éventuellement que c'est la médecine moderne qui tâtonne, si elle propose différents traitements les uns à la suite des autres.

Quant aux professionnels de santé modernes, il ne fait aucun doute qu'ils sont, à l'occasion, clients des guérisseurs et autres tradipraticiens ; ils savent même reconnaître les maux qui ne relèvent pas de leurs compétences, et ils n'hésitent pas, à Brazzaville, à adresser les malades concernés aux tradipraticiens ou guérisseurs [28]. Eux aussi, par conséquent, savent qu'il y a deux mondes, et passent de l'un à l'autre sans préjugé. Ne serait-ce pas pour cette raison précisément que la loi sur l'exercice illégal de la médecine est tombée en désuétude, puisqu'aussi bien, à Abidjan, elle n'a donné lieu à aucune poursuite en trente ans ? Cette raison de fond n'est-elle pas plus forte que celle qui consiste à dire que l'Etat ne défend pas la médecine moderne sur le terrain judiciaire parce qu'il n'a plus de politique de promotion de cette médecine (Berche, chapitre 18 ci-dessus) ? Le fait que, dans l'esprit de tous les protagonistes, il y ait deux mondes explique qu'il n'y ait ni action contre l'exercice illégal de la médecine, ni action contre les fautes professionnelles des agents de la médecine moderne.

Nous sommes donc au-delà du pluralisme médical : les médecines, la moderne et la (ou les) traditionnelle(s) ne sont pas côte à côte, elles commencent à s'interpénétrer sous nos yeux, et de leur métissage résulte la disparition de la distinction entre la bonne pratique et la faute professionnelle, entre le vrai et le

faux, entre le démontré et l'indémontrable, etc. On nous expliquera que, pour préparer correctement un médicament traditionnel avant de le soumettre à tous les tests de laboratoire susceptibles de déterminer ses propriétés et son innocuité, il faudra non seulement mélanger les ingrédients comme le fait le tradipraticien, mais encore ne pas omettre de prononcer les mots qu'il dit à cette occasion (serait-ce *am stram gram...* ?). Soit, mais les modernes ne sont-ils pas les héritiers des alchimistes et de tant de générations qui ont pratiqué "l'oeuvre au noir" ? Evidemment, et d'ailleurs ne sommes-nous pas en train d'y revenir ? Témoin ce dialogue dans une officine d'Abidjan :

"- Le médecin a écrit doxycycline générique, je n'arrive pas à trouver ce produit, est-ce que vous l'auriez ?

- Oh, vous savez, générique ça veut seulement dire qu'il n'y a pas de nom de marque !

- Oui, et est-ce que vous avez ce produit ?

- Je ne crois pas, vous savez, générique...

- ...

- Attendez, je vais voir !

- ...

- Je n'ai pas générique, mais j'ai Doxy 200, un bon produit, mais que je trouve un peu cher !

- Combien ?

- Il y a 8 comprimés dans la boîte, pour 3210 FCFA, pour deux mois il faudra quatre boîtes !

- ... (*pensif*)

- Vous savez, en discutant avec des amis médecins, je sais que, eux, pour des affections un peu sérieuses, ils n'aiment pas s'amuser avec les génériques, ils ne savent pas trop ce que c'est que ces produits ; ou bien ils doublent la dose, pour se rassurer !

- ... (*de plus en plus pensif*)

- Non, mais comme on se connaît, voyez-vous, si vous y tenez, j'ai un ami dans une formation publique, je peux lui demander, pour vous arranger, il me les sortira pour demain !"

Voilà dans quel contexte de confusion, de démagogie, de demi-vérités, de mensonge, de disposition à tout « arranger », de bonnes affaires, de confiance trop souvent trompée pour survivre, de nécessité, apparaissent, et essentiellement dans les capitales et les grandes villes, tant d'initiatives qui manifestent, de la part de groupes issus de la population (de la "société civile"), qu'il s'agisse de groupes professionnels (les enseignants, les fonctionnaires, etc.) ou de groupes bâtis sur une solidarité de quartier [29], ou encore de groupes de malades, une volonté de prendre en charge leur santé, ou au moins de par-

ticiper à cette prise en charge par des décisions ou des actes. Considérons d'abord les groupes de malades.

Groupe de pression ou contrôle profane

La dernière décennie a vu apparaître, à cause du SIDA, des associations de malades qui ne sont pas animées par les médecins, même si à Abidjan par exemple, l'initiative semble avoir appartenu à des médecins (Kerouedan, chapitre 16 ci-dessus) et avoir reçu "l'appui massif du Bureau Central de Coordination (BCC)" : "chacun au BCC semblait vouloir être le parrain de cette association, la première du genre en Afrique de l'Ouest" (Berche et Esmel, chapitre 17 ci-dessus). C'est là une nouveauté d'importance, dans la mesure où ces associations pourraient être le moyen d'introduire un contrôle profane dans les systèmes de santé (par exemple un contrôle sur le fonctionnement du système de santé public, sur les décisions en matière de prise en charge, éventuellement de politique de recherche et de prévention, etc.), ou bien, ce qui est très différent, signifier la constitution d'un groupe de pression.

Préfigurent un contrôle profane dans les systèmes de santé des activités telles que la participation à la prise en charge psychosociale (les membres de Lumière-Action assurent une permanence à l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil, installée au sein du CHU de Treichville, ils ont reçu une formation spécifique à cette tâche), mais aussi l'information des malades sur les circuits thérapeutiques existants (Berche et Esmel, chapitre 17 ci-dessus) ; ils deviennent ainsi des "patients exigeants". On voit aussi des responsables d'associations de malades participer, en France, sans doute bientôt à Abidjan, à la décision sur les protocoles de recherche ; on remarque qu'ils contestent certaines réalisations ("ils voient se créer de coûteuses structures qui ne leur sont pas destinées, alors qu'aucune réponse n'est apportée à leurs problèmes de prise en charge financière", Berche et Esmel, chapitre 17 ci-dessus) tant que d'autres ne sont pas développées ; ils acquièrent toute une expertise qui leur permet de remplir ces rôles de façon de plus en plus compétente. D'ailleurs, un critère de compétence est expressément introduit en décembre 1995 pour la désignation des membres du bureau exécutif de Lumière-Action, en même temps que le principe d'une rémunération (Berche et Esmel, chapitre 17 ci-dessus)

Définissent un rôle de groupe de pression les revendications du droit à garder son emploi, du droit à trouver un emploi, du droit aux soins, du droit à une vie familiale (Berche et Esmel, chapitre 17 ci-dessus). Dans tous ces cas, la revendication est formulée par un groupe particulier sans considérer qu'elle concerne beaucoup d'autres personnes. Ainsi par exemple, la question "que

reste-t-il d'une politique de prise en charge si les malades ne peuvent être traités avec les médicaments adéquats" (Berche et Esmel, chapitre 17 ci-dessus) ne concerne pas les seuls malades du sida, elle est posée par la situation objective dans laquelle se trouvent tous les malades ; la résoudre dans le cas particulier des malades du sida sans se préoccuper de la situation des autres malades revient inéluctablement à créer des iniquités. On le voit bien clairement un peu plus loin : "l'exigence de soins paraît d'autant plus inconvenante et déplaisante aux personnels socio-sanitaires qu'elle est généralement peu exprimée par les autres malades chez qui c'est surtout le découragement qui s'exprime" (Berche et Esmel, chapitre 17 ci-dessus). La "contradiction entre ce qui est dit partout du sida, notamment dans les instances internationales, et la réalité sociale" à Abidjan (Berche et Esmel, chapitre 17 ci-dessus) est bel et bien présente dans l'ensemble du système de santé, et ce n'est pas la résoudre que de lui apporter une solution cas par cas. On le voit bien en matière de médicament : à supposer qu'on puisse le faire sans violer la confidentialité, serait-ce une solution juste, au regard de quel critère, que de faciliter l'accès aux médicaments seulement pour les malades atteints du sida ?

Le malade qui "diminue sa dépendance et gagne en autonomie" (Berche et Esmel, chapitre 17 ci-dessus) est un malade d'un type tout nouveau dans le système de santé ; il peut se servir de cet acquis pour "même modestement, accéder plus facilement aux ressources disponibles et mieux les utiliser à son profit et à celui de son association" (Berche et Esmel, chapitre 17 ci-dessus). Souhaitons pourtant que, comme l'enfant que décrit Piaget, ce sujet toujours plus autonome en arrive à considérer lui aussi qu'il y a encore un monde au-delà de l'association et de ses membres, et que la justice concerne la totalité du vaste monde.

Crise de l'Etat et contrôle profane

L'émergence d'un contrôle profane se manifeste par ailleurs dans un contexte qui est caractérisé non pas tant par l'amenuisement du rôle de l'Etat, puisque ce dernier reste le canal par lequel l'aide s'acquiert et se diffuse dans chaque pays, que par une évidente crise de confiance au sein même de la bureaucratie publique, et par une évolution des rapports entre elle et les bailleurs. De ces phénomènes, seules les villes, et plutôt seules les capitales ont une idée ! Mais le secteur de la santé, qui a bénéficié de financements extérieurs massifs grâce aux programmes d'ajustement structurel, se trouve au cœur de ces transformations.

De la même façon que la légitimité de la médecine moderne n'est plus ce qu'elle était, la légitimité de l'Etat est fortement atteinte : "les modèles des

relations entre agents administratifs – la voie hiérarchique – et entre agents de l'Etat et société civile – la tutelle – sont en voie d'extinction et ne sont porteurs d'aucun message d'avenir aux yeux de l'administration" elle-même (Barbé, chapitre 14 ci-dessus); l'aide se faisant plus rare, les bailleurs plus "mesquins", plus sensibles à la critique portée par l'opinion internationale à ces Etats qui ne se préoccupent que de gérer des rentes, la redistribution de l'aide au sein de l'administration est plus limitée ; aussi les fonctionnaires sont de plus en plus engagés dans des affaires privées (les formations sanitaires publiques ne travaillent-elles pas en pratique à mi-temps à Abidjan ?) et seuls les travailleurs sociaux, notamment sous-employés, semblent mobilisables pour cette nouvelle initiative qui consiste à créer des formations sanitaires privées à but non lucratif gérées par des associations.

Il est vrai que rien ne garantit l'appropriation de ce modèle par l'administration. Certes "le sentiment de crise et d'échec des services publics de soins se développe parmi les agents administratifs intermédiaires du ministère de la santé au contact des autres éléments du projet" (Barbé, chapitre 14 ci-dessus). Il se pourrait même que ce sentiment ne concerne pas seulement les agents administratifs intermédiaires, mais qu'il ait déjà gagné d'autres couches de la fonction publique ; et il se pourrait qu'il puisse naître non pas seulement du contact avec les éléments extérieurs qui interviennent dans le cadre des projets, mais d'une simple réflexion autochtone sur l'action de l'administration elle-même. Mais, d'un autre côté, la masse des fonctionnaires se satisfait d'avoir à obéir à des instructions, à louvoyer devant le citoyen, à éviter toute décision franche et nette, bref à se réfugier dans l'irresponsabilité : un exemple au moins, dans le domaine qui nous concerne directement, a été magnifiquement documenté [30]. Un autre montre comment, dans les hautes sphères de l'administration, on sait faire mine de se préoccuper de ceci – par exemple la qualité des soins – alors qu'on a les yeux rivés sur tout autre chose – par exemple des parts de marché et des marges – [31].

Et surtout, ce modèle est difficile à accepter parce qu'il se présente ouvertement comme une contestation de l'ordre sanitaire, comme un modèle concurrent de celui de l'exploitation des malades par la bonne entente maintenue depuis des générations entre le secteur public, héritier des traditions caritatives privées, oui, mais héritier dévoyé par des corporatismes éhontés, d'un côté, et le secteur privé lucratif qui parvient encore à cacher son jeu grâce à une intense publicité essentiellement mensongère évoquant le dévouement sans limite des praticiens, les droits sacrés du malade, le combat sans merci contre la mort, etc.

Il faut donc adopter une tactique qui tienne compte de la difficulté de la greffe. Voilà pourquoi, par exemple, on utilisera le fait que le projet, "suscité et suivi

en partie par une agence de coopération bilatérale (...) offre notamment la vertu d'un partage des responsabilités et des risques entre les administrateurs et l'assistance technique" (Barbé, chapitre 14 ci-dessus). Mais n'est-ce pas là, à vrai dire, plutôt une faiblesse ? Doit-on en outre considérer pour autant que cette situation est "sécurisante" pour les opérateurs privés comme pour l'administration ? Ne s'agit-il pas de la sécurité dans la dépendance, comme le loup disait au chien ? Ne risque-t-on pas de favoriser encore la complète déresponsabilisation des citoyens par rapport à leur avenir ?

Il est vrai encore que cette création suscitée par l'administration peut simplement renforcer les chefs et notables traditionnels - qui sont encore puissants en ville, parce qu'ils sont utiles, là aussi, à l'administration, et il ne faut pas l'oublier : ce serait même l'une des caractéristiques de la démocratie africaine de savoir s'appuyer sur des potentats !- voire amener immédiatement l'action sur le terrain des luttes politiques (créer des conflits, éventuellement permettre de les résoudre, cf. Barbé, chapitre 14 ci-dessus), sans gain du côté du contrôle profane.

Par tous ces aspects, la nouvelle forme que prennent certains projets ne garantit pas à elle seule une plus forte contribution au développement et à la responsabilité que les formes anciennes de soutien à une bureaucratie chargée de distribuer l'aide.

Pourtant, il semblerait que "les agents de l'administration, notamment ceux qui sont à la base, se cherchent des espaces de liberté autonomes où ils sont partie prenante", que certains puissent "rompre avec une position subie" et surtout que "les associations (...) initient de nouveaux comportements des patients et des soignants", si bien que les politiques (en l'occurrence les mairies) évitent en règle générale de "devoir entrer en conciliation avec d'éventuelles légitimités démocratiques fortes, notamment celles des associations", pendant que certains conseillers municipaux se font exécuteurs de basses oeuvres (Barbé, chapitre 14 ci-dessus, raisonnant à partir de l'exemple d'Abidjan). Bien sûr ces nouvelles associations devront faire mieux que leurs devancières, bien sûr rien ne garantit qu'elles sauront "mobiliser les silencieux, et parmi ceux-ci les femmes" ; mais il semble qu'on puisse croire à la vertu pédagogique d'un partenariat entre l'administration et les associations ou les communes, tant pour l'une que pour les autres (Barbé, chapitre 14 ci-dessus). Et la réflexion sur ce sujet, telle qu'elle est présentée dans cet ouvrage, est largement confirmée par d'autres travaux récents, qui tous concernent aussi des capitales ouest-africaines ([30][32][33][34]).

Il va de soi par ailleurs que, dans cette perspective, il ne faut pas conclure trop vite de la médiocre cohérence des attitudes des malades, notamment dans de

petites villes, lorsqu'ils souffrent et cherchent du secours (Etté, chapitre 15 ci-dessus), à la vanité de toute participation de la population aux décisions collectives qui concernent sa santé. Au contraire, pourrait-on penser : en s'habituant à réfléchir à la maladie, et aux actions les plus indiquées pour la combattre, en s'y habituant précisément lorsqu'elle n'est pas présente et menaçante, ne risque-t-on pas de se forger de meilleures réactions, tant collectives qu'individuelles, pour les temps de malheur ? Il faut plutôt retenir de ces travaux que les malades cherchent désespérément du secours, et qu'ils utiliseront inévitablement toute source qui se présentera, jusqu'à ce qu'ils en trouvent une en laquelle ils puissent placer leur confiance. La santé étant devenu un marché, et sans aucun doute même un marché à fortes marges, les contrôles professionnels et publics ayant abandonné tout rôle de moralisation, l'appât du gain favorisera l'éclosion d'offres toujours renouvelées, qui chercheront à différencier leurs produits ; et les malades s'adresseront à toutes jusqu'à ce qu'ils aient identifié une raison particulière de faire confiance à l'une d'elles : mais pour longtemps encore, les convictions des malades seront fragiles, et les arguments non techniques (comme par exemple la simple qualité apparente de l'accueil, ou la réputation d'honnêteté, ou un subtil équilibre entre une certaine efficacité technique et une médiocre honnêteté ou un accueil déplorable) joueront un rôle décisif (voir par exemple [35]).

Concluons d'un mot sur ce point : toute l'expérience sanitaire de l'Afrique de l'Ouest depuis une génération mériterait évidemment d'être située dans la perspective de la grande discussion sur le thème "Repenser l'assistance technique" [36] et de l'évaluation corrélatrice des stratégies sanitaires (voir par exemple [22]). La question de savoir dans quelle mesure l'aide contribue au développement d'une stratégie sanitaire autochtone, ou au contraire perpétue dans le secteur de la santé des comportements autoritaires, et ancre ce secteur dans une dépendance fructueuse pour les "généreux donateurs", cette question est la même que celle qui porte sur le rôle que joue la population dans les décisions qui la concernent : on peut n'avoir à la bouche que les mots de la participation de la population à la protection de sa santé et travailler objectivement à maintenir la population dans une attitude de dépendance. Ne faudrait-il pas avoir le courage salutaire de dire que ces grandes discussions, menées sur les scènes internationales, comme par des marionnettes sur un théâtre de guignol, ont baigné dans une démagogie éhontée (cf. les projets NatCap) ? Ne serait-il pas judicieux, au contraire, de prendre appui sur des expériences telles que celles qui sont décrites dans cet ouvrage et dans quelques autres, où des projets de coopération sont documentés de façon attentive, objective et critique, pour définir avec franchise et lucidité les conditions à réunir pour coopérer de façon utile au développement ?

Un barrage contre le Pacifique ?

Les systèmes de santé des grandes villes préfigurent ce que pourraient être les sociétés dans lesquelles nous vivrons demain : des inégalités monstrueuses, des sanctuaires hospitaliers peut-être encore publics mais plus probablement privés pour les plus riches, des comptoirs d'un autre âge pour les soins destinés aux pauvres, une redistribution à rebours par le canal du secteur public, les arrangements, la bonne conscience à toute épreuve, et puis la morgue des puissants, la misère honteuse des pauvres... Voyez quelles iniquités on est prêt à instaurer en matière de SIDA, vous comprendrez ! [37]

Les puissants ont raison parce qu'ils ont une bonne formation et qu'ils peuvent prétendre avoir étudié toutes les questions sur lesquelles ils tranchent. Les pauvres ont tort, parce que tout cela leur fait défaut, et parce que, pense-t-on, ils ne seraient même pas en mesure de comprendre où est leur propre intérêt : ils auraient besoin d'être éclairés et guidés par l'administration ! Nous avons sous les yeux ces tonnes de rapports d'experts qui ont justifié et accompagné le déversement d'une aide extérieure considérable depuis vingt ans. Nous avons sous les yeux les images de ces centres hospitaliers universitaires construits et rénovés, de ces centres de santé flambant neufs ou « revitalisés », de ces magasins de stockage de médicaments, de ces équipements médicaux livrés par tonnes et par milliards. Et nous savons que dans le même temps, la fréquentation du secteur public de la santé s'est effondrée partout.

Nous avons une idée des raisons pour lesquelles les malades ont déserté en masse ! Ce vaste système d'extraction de la rente qui provient tant de l'aide extérieure que des paiements des malades enrichit à l'évidence les professionnels de santé, cherche à attirer ici ou là dans ses segments diversifiés les malades munis d'un pouvoir d'achat, mais ne se préoccupe absolument pas de l'état de santé de la population dans son ensemble, de santé publique à proprement parler. Ce vaste système n'est pas fait pour les malades, il est fait pour les professionnels de la santé, pour les industriels qui fournissent à la santé les biens qu'elle utilise, et pour les commerciaux qui ont investi ce marché !

Faut-il dresser un barrage contre un océan que nous disons pacifique pour conjurer un sort que nous savons gros de tant de dangers ? Non, on s'y épuiserait, et lui s'en jouerait, le renversant d'une seule vague. Mais, si le système de santé des villes préfigure les sociétés dans lesquelles nous vivrons demain, ne faut-il pas craindre d'avoir à vivre demain dans cet univers de violence ? Aujourd'hui, il faut que l'ordre règne, que les capitaux investis soient rentables, que les pauvres courbent l'échine, il faut donc une armée forte et une police crainte. C'est bien ce que nous avons sous les yeux, là où les investis-

seurs ont investi, et partout où on cherche à les attirer. Mais sera-ce seulement jusqu'au jour d'une prévisible explosion sociale ? Car quel développement peut-on vraiment espérer dans cette voie ?

Dresser un barrage, non pas ! Mais aménager la côte pour la rendre vivable, et durablement ? Prendre en compte une partie de cette insatisfaction qu'expriment les malades et leurs familles ? Prendre appui sur ces initiatives qui se manifestent depuis une décennie environ ? Pourquoi pas ?

Certes, l'effervescence que nous constatons n'est pas véritablement démocratique, elle n'est pas non plus décentralisatrice ! Si la décentralisation était à la mode, dans les milieux internationaux de l'aide, rien de ce qui a été financé depuis le début des années 1980 par la Banque Mondiale dans les pays ouest-africains (tels que par exemple Burkina Faso, Sénégal, Côte d'Ivoire, Mali, Niger) ne concerne la décentralisation : au contraire, la remise en état du système de santé à la périphérie est un moyen de renforcer le pouvoir de décision des professionnels de la santé, pas le pouvoir de contrôle de la population ; il n'est procédé à aucun transfert de recettes, à aucun transfert de pouvoir, à aucune modification du statut du personnel des services de santé, à aucun redéploiement du personnel au profit de la périphérie, etc. L'essentiel paraît être de procéder à un repli en bon ordre des agents publics sur les formations sanitaires qui continueront à bénéficier d'un financement public, et d'abandonner aux collectivités périphériques le souci et les charges de formations sanitaires délivrant un paquet minimum d'activités aux frais des bénéficiaires !

Quant au caractère communautaire, et peut-être démocratique, des initiatives qui ont été décrites, il doit évidemment être vérifié par des investigations précises. Là encore, les études de cas sont beaucoup trop rares, mais on peut comprendre que la démocratie effective ne s'implante pas du jour au lendemain dans des pays qui ont éduqué leur population à jouer, sous le nom de démocratie, le jeu du parti unique, le jeu de la collusion entre le parti et le gouvernement, le jeu du mensonge et du mépris. On voit cependant que les initiatives communautaires dans le secteur de la santé donnent à des personnalités de la société civile une occasion de se mobiliser et de se consacrer à une grande cause collective, en même temps qu'elles donnent à des professionnels de la santé une occasion de retrouver, dans l'exercice quotidien de leur métier, quelques-uns des sentiments de générosité, de responsabilité personnelle à l'égard de chaque malade qui se présente, de respect gratifiant des règles de la déontologie professionnelle, tous sentiments qui sont désormais absents des conditions commerciales de la pratique et souvent aussi de la pratique publique désormais incroyablement négligente et déliée de toute norme et de toute sanction.

Enfin, de la vraie question (à savoir : qu'y gagnent en fait les malades ?), nous ne pouvons pratiquement rien dire pour l'instant, admettons-le sans honte. Nous savons pourtant à peu près comment il faudrait s'y prendre si l'on voulait l'aborder [38]. Pour l'instant, on ne dispose que d'indices indirects en ce qui concerne la qualité ([33][34][39]), et d'une enquête directe en matière de fréquentation (Escalon, chapitre 13 ci-dessus).

Et pourtant, il est bien probable que la restauration d'un minimum de pratique conforme à la déontologie médicale, dans le secteur public comme dans le secteur privé, le retour à une politique de santé inspirée par la santé du plus grand nombre et pas par les intérêts immédiats des confrères, une prise en charge un peu plus attentive de ceux pour qui l'accès aux soins est le plus difficile, etc., tout cela ne résultera pas d'incantations formulées par des professionnels ou des responsables largement discrédités dans un contexte où la confusion, la concussion, la corruption, tous les arrangements que nous connaissons si bien – et auxquels tout un chacun, qu'il paie et souffre ou qu'il prescrive ou vende et gagne, participe en fin de compte – règnent sans partage ; il est par ailleurs absolument certain que cela ne résultera pas de l'action exemplaire de quelques individus isolés, même si les exemples de générosité et de dévouement sont toujours nécessaires et toujours admirables. Non, un tel retour aux notions de base de la déontologie médicale - parmi lesquelles figure la justice, on l'oublie trop souvent ! - implique une modification des conditions pratiques, notamment matérielles et financières, de l'exercice médical, dans des segments suffisamment importants de l'offre pour que le secteur assaini pèse sur la profession, sur l'opinion, sur les politiciens, sur les fournisseurs, sur les bailleurs, sur les experts ! Tel est le sens de la mobilisation de la société civile dans le domaine de la santé, même si la décentralisation, la démocratisation, la qualité parfaite des soins, ne sont pas données du jour au lendemain.

Un rôle pour les sciences sociales

J'entends déjà les commentaires : « Monsieur, vous n'êtes pas un chercheur ! Ce que vous écrivez n'est qu'idéologie ! ». Et j'entends bien : je préférerais moi aussi avoir beaucoup de choses agréables à dire, et par exemple que chacun fait pour le mieux, avec générosité et compassion, même s'il reste tant à faire ! J'entends d'autant mieux que j'ai déjà entendu, il y a peu de mois, de la part d'un ambassadeur des généreux donateurs, les injures grossières de qui ne peut tolérer qu'opinions conformes à ses propres vues !

Et d'ailleurs j'en conviens : les sciences sociales de la santé ont mieux à faire que de dénigrer ! Encore faut-il admettre que leur regard profane, souvent

insensible à toute une présentation sentimentale de l'activité sanitaire, est encore perçu, dans les pays francophones, comme une atteinte inadmissible au pouvoir médical et une contestation inacceptable de la politique librement choisie par le pays souverain ! Ce pouvoir médical ne peut supporter ces sciences que dans un rôle ancillaire. Si, par contre, à l'idéologie du médecin dévoué à son malade jusqu'à l'abnégation, à la sempiternelle "*success story*" de la médecine, les sciences sociales opposent des observations impitoyables qui renvoient au corps médical – et aux politiciens qu'il a mandatés et qui le protègent – une image de lui-même qu'il n'est pas prêt à admettre, alors c'est la guerre ! Pourtant, ne faut-il pas commencer par dire ce qu'on voit, même si on n'a pas le point de vue d'experts grassement stipendiés pour chanter "Tout va bien, Madame la Marquise", ou de responsables administratifs et politiques pour qui il est vital de dire et répéter que le parti et le gouvernement ont toujours fait, font, et feront toujours tout ce qui est pour le mieux au bénéfice de nos braves populations ?

Mais, à vrai dire, les sciences sociales de la santé n'ont strictement aucun intérêt, ni scientifique ni politique, si elles se contentent de raconter aux professionnels de petites histoires que chacun d'eux connaît déjà, ou de leur présenter des estimations dont chacun d'eux avait par avance la notion. Le profil bas qu'adoptent fréquemment les économistes ou les sociologues lorsqu'ils traitent de questions de santé a pour principal avantage de cautionner l'ordre sanitaire en vigueur : cette caution vaut souvent considération et contrats, mais elle est essentiellement dénuée de tout intérêt scientifique. L'apport des sciences sociales de la santé, sur le plan scientifique, ne peut être que l'apport d'un regard neuf et de méthodes irréprochables aboutissant à donner, du fonctionnement courant de l'ordre sanitaire, une interprétation différente de celle que véhicule l'idéologie médicale, avec son mélange de scientisme et de bons sentiments, et son silence obstiné sur tous les intérêts économiques et toutes les luttes sociales impliqués dans l'activité sanitaire.

Il est bien difficile de se placer à ce niveau d'exigence, j'en conviens. Je ne suis pas sûr d'y être parvenu, je le reconnais humblement. Veuillez le lecteur me pardonner si j'ai été trop injuste ! Mais qu'il n'oublie pas, pour autant, ce qui pourrait être juste !

Bibliographie

1. I.A. KOURGUENI, B. GARBA, B. BARRERE : Enquête démographique et de santé. Niger 1992. Ministère des Finances et du Plan, Niamey. Macro International Inc., Columbia, Maryland, 1993, 296 pp.
2. Annales de la santé 1989, Ministère de la santé publique et de la population, Direction de la planification et de la statistiques sanitaires, 187 p.
3. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, République Française, Ministère de la Coopération et du Développement : Projet Santé Abidjan, 1992-1996, sans date (1992), 163 p.
4. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé publique, Direction du contrôle, de l'évaluation et de l'information sanitaire : communication personnelle
5. A. JUILLET : Approche économétrique de la demande de soins dans les pays en développement, les recours aux services de santé à Bamako, thèse de doctorat ès sciences économiques, Université de Paris-I, avril 1998, 319 p.
6. République du Mali, Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées, Direction nationale de la santé publique, Division Laboratoire et pharmacie : Indicateurs de suivi de la politique pharmaceutique, Première évaluation, novembre 1995, 26 p.
7. République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé publique et des affaires sociales, Examen des dépenses publiques dans le secteur de la santé (rapport final, septembre 1995), volume II (annexes), Ressources humaines
8. J. BRUNET-JAILLY : L'évaluation économique des actions de santé, p. 343-459 in A. Rougemont et J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux, Doin, 1989, Paris, 751 p.
9. E. GOMES DO ESPIRITO SANTO, B. FLOURY, M. CISSE : Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou (Bénin), Bull. OMS (à paraître)
10. B. TOURE, KOFFI N'GUESSAN, SIKAL. : Enquête sur les conditions de vie et les recours aux soins dans la commune de Yopougon (Abidjan) en mai 1992, ENSEA (Abidjan)-INRSP (Bamako), août 1993, 51 p.
11. B.D. DIAKITE, T. DIARRA, S. TRAORE : Les recours aux soins dans le quartier de Bankoni (Bamako), p. 155-176 in J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : Se soigner au Mali, une contribution des sciences sociales, hommage à Claude Pairault, Paris, Karthala-ORSTOM, 1993, 342 p.
12. R. KANBUR : Poverty and the Social Dimensions of Structural Adjustment in Côte d'Ivoire, Social Dimensions of Adjustment Working Paper n° 2, The World Bank, Washington D.C., 1990, 60 p.
13. C. GROOTAERT : The Evolution of Welfare and Poverty Under Structural Change and Economic Recession in Côte d'Ivoire 1985-1988, WPS 1078, The World Bank, January 1993, 114 p.

14. A. SIDIBE, S.R. BA, X. DE BETHUNE : Comment se soigne-t-on en ville ? p. 41-58 in J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 435 p.
15. A. JUILLET : Se soigner à Yopougon, p. 59-70, in J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 435 p.
16. C. JONES, X. YE : Issues in comparing poverty trends over time in Côte d'Ivoire, World Bank Policy Research Paper n° 1711, January 1997, 77 p.
17. Bernard CONTAMIN et Harris MEMEL-FOTE (sous la direction de) : Le modèle ivoirien en questions, crises, ajustements, recompositions, Karthala-ORSTOM, 1997, 802 p
18. République de Côte d'Ivoire, Ministère du Plan, Direction de la statistique : Enquête permanente auprès des ménages, résultats définitifs année 1985, novembre 1986, 76 p.
19. CIDEF-Union Européenne- Ministère de la santé publique et des affaires sociales de la Côte d'Ivoire : SIDA et secteur de santé, analyse des conséquences et stratégies de réponse, mai 1997, pagination multiple
20. G.B. GUESSAN BI, J.L. PORTAL : Accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan (Côte d'Ivoire) deux ans après la dévaluation du franc CFA, Direction régionale de la santé du Sud-Coopération Française-Organisation Mondiale de la Santé, janvier 1996, 24 p. + annexes
21. P. GERTLER, J. VAN DER GAAG : Measuring the Willingness To Pay For Social Services in Developing Countries, LSMS n° 45, mai 1988, 28 p.
22. J. BRUNET-JAILLY : La santé dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest après quinze ans d'ajustement, p. 233-271 in J. Coussy et J. Vallin (sous la direction de) "Crise et population en Afrique : crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques", éditions du CEPED (Centre Français sur la population et le développement), Paris, 1996, 580 p.
23. République de Côte d'Ivoire : Stratégie et programme d'investissements publics 1995-1997, Réunion du groupe consultatif, Développement des ressources humaines, Secteur Santé, Abidjan, mai 1995, 16 p. + annexes,
24. J. BRUNET-JAILLY : Une simple statistique des césariennes interroge l'éthique, Communication aux Premières Journées de gynécologie et d'obstétrique de Bamako, 17-19 février 1994, 6 p.
25. M. KASSAMBARA : Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain, thèse de médecine, Bamako, 1990, 179 p. + annexes
26. République du Niger : Résultats préliminaires de l'analyse systémique du programme de santé villageoise, Ministère de la santé publique, Niamey, juin 1989, 37 p.
27. République de Côte d'Ivoire : Circulaire n° 2314/MSPS/CAB/CT1/AP du 23 août 1993, reprise deux ans plus tard par la Circulaire n° 4336/MSPAS/CAB/CT1 du 5 septembre 1995

28. M.E. GRUENAI : Mariages en ville et malnutritions aiguës, Sciences sociales et santé, III, 3-4, 57-83 (1985)
29. J. BRUNET-JAILLY (sous la direction de) : Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 435 p.
30. A. LE JEAN : L'expérience associative, vulnérable et irremplaçable, p. 117-136, in J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 435 p.
31. A. TANO-BIAN : Innover avec l'administration à Abidjan, p. 100-104, in J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 435 p.
32. T. BARBE, A. TANO-BIAN : Le modèle associatif est-il nécessaire ? p. 105-116, in J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 435 p.
33. T. BARBE, J.L. PORTAL, A. TANO-BIAN : Qualité des soins, autonomie de décision et concurrence, p. 291-304 in J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 435 p.
34. A. AG ICKNANE, H.M. DIAKITE, M. MAÏGA : Santé communautaire, soins de qualité, participation, p. 321-336 in J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, 1997, 435 p.
35. H. MEMEL-FOTE (sous la direction de) : Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens, Paris, L'Harmattan, 1998, 209 p.
36. Repenser la coopération technique : réformes pour renforcer les capacités en Afrique, Programme des Nations-Unies pour le Développement-Bureau régional pour l'Afrique, et Development Alternatives Inc., Elliot J. Berg, coordinateur, traduction française, Economica, 1994, 353 p.
37. J. BRUNET-JAILLY : AIDS and Health Strategy Options, the Case of Cote d'Ivoire, 1998, ARV Conference Discussion Area, aidsforum@forumone.com
38. A. HILL, N. DOLLIMORE : Assessing the impact of health programmes using household surveys in Mali, Health Policy and Planning, 6,4,336-347 (1991)
39. M. SY et B. TOURE : Qualité de la prescription de médicaments, un exemple, p. 305-312 in J. Brunet-Jailly (sous la direction de) : Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest, Karthala, 1997, 435 p.

ANNEXE

Programme du Colloque « Santé en capitales », Abidjan, 12-16 février 1996

Lundi 12 février :

Après-midi

Présidence : Doyen Auguste Kadio

Séance d'ouverture officielle et inauguration de l'espace associatif
(14 h 30 à 16 h)

Présentation générale du programme du colloque

Conférence introductive : A. Yapi-Diahou

Projection du film réalisé par I. Diabaté : « Santé en capitales »

Mardi 13 février :

Matinée

Présidence : Docteur Issa Malik Coulibaly

Communications sur le thème 1 : Bilans et situations évitables

S. Ouattara, J. Saracino (Côte d'Ivoire) : Développement des activités vaccinales de routine dans les établissements sanitaires publics d'Abidjan

H. Barennes, F. Tahi (Niger) : La mortalité néo-natale sans solution en Afrique sahélienne ? Bilan et perspectives en milieu urbain à Niamey

H. Barennes (Niger) : Faut-il fermer les centres de récupération nutritionnelle à Niamey ?

C. Vangeenderhuysen, Z. Moumouni (Niger) : Lutter contre la mortalité maternelle à Niamey.

J.L. Portal, F. Akoi Ahizi (Côte d'Ivoire) : Evacuation des parturientes à Abidjan

P. Ortiz, Y. Kamelan (Côte d'Ivoire) : Contribution du système d'information sanitaire à l'évaluation de l'accessibilité et l'utilisation des services de santé maternelle à Abidjan

D. Coulibaly, I.M. Coulibaly (Côte d'Ivoire) : Evolution de la lutte anti-tuberculeuse à Abidjan

L. Aventin, R. Yao Gnabeli (Côte d'Ivoire) : Organisation de la prise en charge médicale dans les entreprises abidjanaises

P. Afoya, S. Pritze (Togo) : L'accessibilité de l'hôpital secondaire de Bê à Lomé (perception des usagers)

I.Ba, J. Ladner (Côte d'Ivoire) : L'appui d'un système national d'information sanitaire pour l'évaluation du niveau d'accessibilité (l'exemple du SIG)

Mardi 13 février

Après-midi

Présidence : Professeur Leopold Manlan Kassi

Synthèse (30 mn) du thème 1 suivie d'un débat (1 h) sur la synthèse
(14 h 30 à 16 h)

Communications sur le thème 2 : Accessibilité aux soins et priorités des
acteurs sociaux (première séance)

M. Agoli-Agbo (Bénin) : Santé des enfants et milieu de vie à Cotonou

E. Gomes do Espirito Santo, B. Floury (Bénin) : Enquête sur la demande de
soins des ménages dans la ville de Cotonou

L. Kessou (Bénin) : Effets de la dévaluation du franc CFA sur la fréquenta-
tion des services en zone urbaine et rurale au Bénin

F. Sy, G. Buckhman (Sénégal) : Connaissances et comportements des
ménages en matière de consommation des médicaments, approche des cir-
cuits thérapeutiques à Dakar

Table-ronde au Centre Culturel Français (19 h à 21 h) :

A. Boli, Y. Konate, J. Tagliante-Saracino, A. Yapi-Diahou (Côte d'Ivoire) :
Cités d'Afrique, quel avenir ? Problématiques urbaines et enjeux sociaux

Mercredi 14

Matinée

Présidence : Monsieur Koffi N'Guessan

Communications sur le thème 2 : Accessibilité aux soins et priorités des
acteurs sociaux (deuxième séance)

N'Guessan Bi, N. Béchu (Côte d'Ivoire) : Devenir socio-économique des
enfants et des familles touchés par l'infection à VIH-Sida à Abidjan et à
Dabou (évolution de la situation économique du malade et du ménage)

K. Gomado, K. Wonegou (Togo) : Mise en place et gestion de latrines
publiques dans le quartier de Bê à Lomé

E. Ouendo, P. Diallo (Bénin) : Accès aux soins de santé des populations dému-
nies, l'approche de l'Association d'aide aux sans-emploi (AASE) du Bénin

G. Gbadidi, B. Massit (Bénin) : Accessibilité financière et exclusion des
soins de santé, approche de solution par l'Institut Participatif du Bénin

M. Kone (Côte d'Ivoire) : Itinéraires thérapeutiques dans la commune
d'Abobo

J.P. Olivier de Sardan (Niger) : Du village à la ville, les itinéraires thérapeutiques changent-ils vraiment ?

Synthèse (30 mn) du thème 2 suivie d'un débat sur la synthèse (1 h)

Mercredi 14 février

Après-midi

Présidence : Professeur Tapé Gozé

Communication sur le thème 3 : Démocratisation et décentralisation de la santé publique

G. Salem (Sénégal) : Offres de soins, activité des structures sanitaires et accessibilité en zone urbaine, l'exemple pikinois

M.E. Gruénais (Congo) : La santé, un objet local ?

M. Maïga, H. Cissoko (Mali) : Quel rôle joue la femme dans la création et la gestion des associations de santé communautaires (ASACO) ?

A. Niangaly, H. Samake (Mali) : De l'association à la création d'un centre de santé communautaire dans un quartier périphérique de Bamako, Kalaban Coura Nord

J. Ette (Côte d'Ivoire) : Les associations de quartier et la généralisation de la couverture maladie (apprentissage des responsabilités et solidarités communautaires)

T. Berche (Côte d'Ivoire) : Guérisseurs et sida à Abidjan, conflits de légitimités et stratégies

D. Esmel, T. Berche (Côte d'Ivoire) : Priorités des personnes vivant avec le VIH et changement social à Abidjan

G. Kponhassia (Côte d'Ivoire) : Santé par le bas ou santé pour le bas ? Analyse de la politique ivoirienne de santé communautaire

T. Barbe (Côte d'Ivoire) : L'Etat entrepreneur social, une nouvelle forme d'action en milieu urbain africain

Jeudi 15 février

Matinée

Présidence : Professeur Joseph Yao

Synthèse (30 mn) du thème 3 suivie d'une débat (1 h) sur la synthèse, de 8 h 30 à 10 h

Travaux de groupe sur le thème 4 : Inégalité devant la santé et nouvelles stratégies d'intervention

Propositions par le groupe de synthèse (Monsieur Yapi Diahou) des questions à débattre

Travaux de groupe en 5 groupes

Jeudi 15 février

Après-midi

Présidence : Madame le Professeur Nama Diarra

Poursuite des travaux de groupe et rédaction des résultats (14 h 30 à 16 h)

Présentation en plénière des résultats des travaux de groupe (16 h 30 à 18 h)

Vendredi 16 février

Matinée

Présidence : Docteur Tano-Bian Aka

Synthèse générale du colloque par le groupe de synthèse (8 h 30 à 10 h)

Séance de clôture officielle (11 h à 12 h)

Le colloque en trois tableaux statistiques :

Pays	Nombre de communications
Bénin	5
Congo	1
Côte d'Ivoire	14
Mali	2
Niger	4
Sénégal	2
Togo	2
Total	30

Institutions	Pays du lieu de travail								
	Bénin	Burkina	Cameroun	Congo	Côte d'Ivoire	Djibouti	Gabon	Guinée	Guinée Equatoriale
Experts indépendants		1	1		16				
Cadres nationaux	4	1		3	36		1	3	
Coopération française	1	1	1	1	9		2	1	1
Coopération belge									
Coopération allemande	1			1	2				
Coopération suisse	3								
Union Européenne									
Système ONU					1				
ONG Afrique	4			1	21	2			
ONG France		1		1	7				
ONG Europe									
Total	13	4	2	7	92	2	3	4	1

Institutions	Pays du lieu de travail (suite)									
	Mali	Mauritanie	Niger	Sénégal	Tchad	Togo	Belgique	France	Suisse	Total
Experts indépendants		1						1		20
Cadres nationaux	2	5		2	1	1				59
Coopération française	3	3	2	1	2	1				29
Coopération belge										
Coopération allemande						5				9
Coopération suisse										3
Union Européenne							2			2
Système ONU		1								2
ONG Afrique		2		2		6				48
ONG France			1					8		19
ONG Europe							1		1	2
Total	16	12	3	5	3	13	3	9	1	193

Table des matières

Préface par le Docteur Jean-Paul Louis et Didier Gobbers	p. 5
Remerciements	p. 7
Thierry Berche (1946-1996)	p. 9
Présentation, par le Professeur J. Brunet-Jailly	p. 11
Liste des co-auteurs	p. 21
Sommaire	p. 25
Si l'on faisait bien ce que l'on sait faire ...	p. 27
Chapitre 1 : La mortalité maternelle à Niamey, pour une analyse globale par C. Vangeenderhuysen, A. Laouel Kader, M. Nayama, D. de Groof	p. 29
Une carte sanitaire bien construite	p. 31
Une fréquentation élevée	p. 32
Une mortalité maternelle considérable	p. 33
Mortalité maternelle : un problème multifactoriel	p. 34
La patiente et son entourage	p. 35
Les soignants	p. 36
Le système de santé	p. 40
Conclusion	p. 45
Chapitre 2 : Mortalité néonatale évitable et stratégies adaptées à Niamey, Niger par H. Barennes et F.M. Tahi	p. 47
Démographie et contexte sanitaire du Niger	p. 48
Méthodes	p. 49
Résultats de l'analyse rétrospective des registres	p. 49
Résultats de l'analyse prospective	p. 51
Choix et mise en œuvre des interventions	p. 54
Conclusion	p. 59

Chapitre 3 : Evacuation des parturientes à Abidjan	
par F. Akoï Ahizi, J.L. Portal, K. Anet, P. Ortiz (†), A. Tano-Bian	p. 65
Abidjan, état des lieux	p. 65
Matériel et méthode	p. 66
Profil épidémiologique des parturientes évacuées	p. 67
Modalités d'évacuation	p. 71
Devenir des évacuées	p. 72
Accessibilité des services	p. 75
Conclusion	p. 76

Chapitre 4 : La qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur sanitaire public d'Abidjan

par J.L. Portal, C. Welffens-Ekra, K. Toure-Coulibaly et K.M. Bohoussou	p. 81
Abidjan, état des lieux	p. 81
Qualité du suivi prénatal	p. 84
Qualité de la prise en charge des accouchements	p. 88
Evacuations	p. 95
Suites de couches	p. 97
Rôle des services spécialisés	p. 97
Recommandations	p. 98
Conclusion	p. 99

Si l'on se préoccupait de l'accessibilité des soins... p. 103

Chapitre 5 : Les activités vaccinales de routine dans les établissements sanitaires publics et communautaires d'Abidjan

par S. Ouattara, J.L. Portal, P. Ortiz (†), E. Shaw, A. Tano-Bian, J. Tagliante-Saracino	p. 105
Historique du PEV et situation en 1994	p. 105
Caractéristiques des interventions	p. 107
Résultats	p. 108
Discussion	p. 114
Conclusion	p. 117

Chapitre 6 : L'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Abidjan (en 1994-1996)

par P. Ortiz (†), J.L. Portal, Y. Kamelan-Tano, A. Tano-Bian	p. 121
Dimensions des besoins : nombre d'accouchements, mortalité maternelle	p. 122

Utilisation des services de planification familiale	p. 124
Le suivi prénatal	p. 126
Les accouchements	p. 132
Conclusion	p. 137
Chapitre 7 : Evolution récente de l'organisation de la lutte anti-tuberculeuse dans la ville d'Abidjan (1994-1996)	
par D. Coulibaly, J.L. Portal, M. Peyre, A. Tano-Bian, I.M. Coulibaly	p. 141
La situation au moment de la décision	p. 141
Les étapes de la déconcentration	p. 143
Résultats	p. 145
Les résistances	p. 147
Conclusion	p. 149
Chapitre 8 : L'accessibilité des soins à Bamako (Mali)	
par Anne Juillet	p. 153
Méthodologie de sondage et questionnaire d'enquête	p. 154
Caractéristiques générales des ménages	p. 158
Les malades, leurs recours, leurs dépenses de soins	p. 160
Les dépenses de santé	p. 164
Conclusion	p. 166
Chapitre 9 : L'accès aux soins dans le quartier de Bê (Lomé, Togo)	
par S. Pritze, P. Affoya, B.T. Barandao	p. 171
L'offre de soins	p. 171
L'introduction de la tarification des soins	p. 172
Une enquête pour décrire les déterminants du recours aux soins	p. 173
Situation socio-économique de la population observée	p. 174
Dépenses de santé	p. 176
Accessibilité financière des soins	p. 177
Conclusion	p. 181
Chapitre 10 : La consommation de médicaments et les circuits thérapeutiques à Dakar	
par F. Sy	p. 183
Méthode	p. 185
Caractéristiques de l'échantillon	p. 186
Les itinéraires thérapeutiques	p. 187

Déterminants des itinéraires thérapeutiques	p. 189
Consommation de produits traditionnels	p. 192
Achats de médicaments modernes sur le marché	p. 193
Achats de médicaments sans ordonnance en officine	p. 194
Consultation d'un tradipraticien	p. 196
Acquisition et consommation des médicaments prescrits	p. 196
Impact, en 1995, de la dévaluation du franc CFA sur les modalités de soins	p. 197
Connaissance et pratique des alternatives facilitant l'accès aux médicaments	p. 198
Conclusion	p. 199

Chapitre 11 : Les «pharmaciens ambulants» de Niamey, les logiques d'une alternative thérapeutique populaire

par L. Chillio	p. 201
Le système pharmaceutique national et l'accessibilité du médicament	p. 202
La vente informelle des médicaments	p. 204
Modalités d'adaptation de la vente informelle au contexte local	p. 208
Les liens entre licite et illicite	p. 212
Conclusion	p. 215

Si l'on cherchait à miser sur les innovations qui se produisent sous nos yeux... p. 219

Chapitre 12 : Qu'attendre des dispositifs de prise en charge médicale des salariés dans les entreprises ? L'exemple d'Abidjan

par Laurent Aventin et Yvan Guichaoua	p. 223
Les services médicaux d'entreprise	p. 224
Les formes de participation des entreprises aux dépenses de santé des travailleurs	p. 228
Conclusion	p. 234

Chapitre 13 : Qu'attendre d'une gestion privée à but non lucratif ? L'exemple des FSU-Com d'Abidjan

par E. Escalon, T. Barbé, C. Ortiz, P. Eono	p. 241
Quels sont les résultats obtenus en matière de recouvrement des coûts ?	p. 242

Quels sont les résultats obtenus en matière d'accès de la population aux soins ?	p. 248
Conclusion	p. 255

Chapitre 14 : Pourquoi et comment l'Etat devient-il entrepreneur social ? par T. Barbé	p. 261
Douze créations associatives : une typologie des méthodes d'intervention	p. 262
Les raisons de l'intervention étatique, ses conditions et ses circonstances	p. 268
Conclusion	p. 274

Chapitre 15 : Qu'attendre du savoir des malades sur leur maladie ? par J. Ette	p. 277
Connaissances relatives à l'origine de la maladie	p. 279
Connaissances et pratiques en matière de prévention	p. 283
L'itinéraire thérapeutique	p. 287
Le rôle du contexte : modernité urbaine et tradition rurale	p. 291
Conclusion : se méfier des choix de myopes	p. 293

Chapitre 16 : Que peut-on attendre des associations de personnes vivant avec le VIH/SIDA ? le cas de l'association Lumière-Action en Côte d'Ivoire sur la période 1994-1997 par D. Kérouedan	p. 301
Réponses du Gouvernement de Côte d'Ivoire à l'épidémie	p. 302
Réponses des personnes vivant avec le VIH/SIDA	p. 303
Conclusion	p. 309

Chapitre 17 : Priorités des personnes vivant avec le VIH et changement social par T. Berche (†) et D. Esmel (†)	p. 313
Associations de malades	p. 314
Priorités des personnes vivant avec le VIH	p. 315
Etapas de la vie associative	p. 318
Premières activités	p. 319
Première assemblée générale	p. 319
Relations avec les équipes soignantes	p. 320
Conclusion	p. 323

Chapitre 18 : Qu'attendre des guérisseurs ? Conflits de légitimité et stratégies dans le domaine du SIDA en Abidjan


par T. Berche (†)	p. 327
Une enquête et ses matériaux	p. 327
Rencontre avec des guérisseurs prenant en charge des patients VIH/SIDA	p. 328
Un métier en mutation ?	p. 334
Légitimité et stratégies	p. 340

Conclusion : Qu'attendre de la dynamique des systèmes de santé urbains en Afrique de l'Ouest ?

par J. Brunet-Jailly	p. 347
L'explosion de l'offre privée	p. 348
Les défaillances massives en matière de qualité des soins	p. 349
Inégalités dans le recours aux soins	p. 351
Complexité des obstacles au recours aux soins	p. 355
La politique de santé dans les capitales	p. 358
La légitimité de la médecine moderne battue en brèche	p. 362
Groupe de pression ou contrôle profane	p. 365
Crise de l'Etat et contrôle profane	p. 366
Un barrage contre le Pacifique ?	p. 370
Un rôle pour les sciences sociales	p. 372

Annexe : Programme du colloque «Santé en capitales»	p. 377
--	--------

Table des matières	p. 383
---------------------------	--------



La dynamique des systèmes de santé urbains des pays en voie de développement est marquée par l'explosion de l'offre privée, un accroissement des inégalités et des obstacles aux recours aux soins et des défaillances majeures en matière de qualité.

Le colloque «Santé en capitales» organisé par le Projet Santé Abidjan en 1996 avait pour objectif principal d'ouvrir un débat sur le développement sanitaire dans les villes ouest africaines.

Le présent ouvrage contient une sélection des interventions à ce colloque, concentrées autour d'une thématique, et parfois actualisées.

L'essentiel des enseignements établis lors de ce colloque tourne autour de trois propositions :

- **si seulement on faisait ce qu'on sait faire**, pour obtenir dans les mégapoles africaines des résultats meilleurs que ceux qu'on y observe.
- **si seulement on se préoccupait de l'accessibilité des prestations**, afin d'identifier les causes essentielles de l'inefficacité des services sanitaires urbains.
- **si seulement on cherchait à miser sur les innovations qui se produisent sous nos yeux**, pour répondre à l'attente des malades et reconstruire des systèmes de santé urbains assurant les services que la population est en droit d'attendre d'eux.

Les conclusions que nous propose le professeur Brunet-Jailly constituent un appel à renoncer à la fatalité invitant chacun à agir pour une meilleure santé en Afrique. Cet ouvrage n'apporte pas de solutions toutes faites, mais engage à poursuivre la réflexion et l'action.

