

# Santé publique

Joseph BRUNET-JAILLY (IRD\*)

Les politiques de santé que nous connaissons, tout spécialement dans les pays les plus pauvres d'Afrique, ceux de l'Afrique francophone, ces politiques que pratiquent les États indépendants depuis plus d'une génération déjà, celles que financent les bailleurs de fonds, celles qui font l'objet de tant de grands titres dans les journaux de ces pays et de tant de beaux discours de leurs ministres devant les assemblées mondiales de la santé à Genève, ne se préoccupent pas tant des problèmes de santé publique que des intérêts corporatifs des professionnels de la santé (Brunet-Jailly, 2000). Il faut toutefois consentir un sérieux effort pour se dégager de cette pensée largement répandue et soigneusement entretenue selon laquelle tout serait fait, avec la meilleure bonne volonté et les meilleures compétences, pour que les malades soient pris en charge au mieux dans tous les pays, parce que l'éthique qui inspire tous les comportements médicaux est sans cesse à l'œuvre, et parce que les partis et les gouvernements n'ont de préoccupation que pour la santé de leurs populations. Deux exemples seulement :

— c'est au titre du soutien aux importations que la Côte d'Ivoire a été aidée, depuis une dizaine d'années, par l'Union européenne, à approvisionner ses formations sanitaires publiques en médicaments essentiels. Mais il est tellement important, dans ce pays, de protéger les intérêts pharmaceutiques que le ministre de la Santé n'hésitera pas, notamment en 1993 puis en 1995, à rappeler aux prescripteurs du secteur public que les malades en consultation ne doivent recevoir en médicaments essentiels que le traitement du premier jour, « le reste de ce traitement devant faire l'objet d'une ordonnance à présenter à une

---

\* IRD : Institut de recherche pour le développement (ex-Orstom).

officine privée » et que « les agents pris en contravention de ces règles feront l'objet d'une mesure disciplinaire<sup>1</sup> » ;

- les professionnels de santé peuvent se mettre et rester en grève pendant une semaine entière, à Bamako et dans quelques autres villes du Mali, en se dispensant d'assurer le service minimum (avec l'accord de la centrale syndicale nationale, semble-t-il<sup>2</sup>), pour des motifs strictement corporatifs (sous le nom de « statut particulier », il s'agit d'obtenir une augmentation des salaires, une amélioration des conditions de travail, le droit de prendre sa retraite à soixante ans, un régime particulier d'hospitalisation, la gratuité des consultations et du logement), sans que quiconque, du côté des Ordres professionnels par exemple, se lève pour sauver l'honneur de ces professions ! Le Premier ministre affirmera que la grève a causé « la mort de certains malades », mais personne ne va jusqu'à imaginer qu'on puisse sanctionner les responsables directs de ces décès<sup>3</sup>.

Il y a donc visiblement de très violents conflits d'intérêts dans le secteur de la santé, et les normes qui ont été, pendant des siècles, imposées aux professionnels par la déontologie enseignée au cours de leur formation, sont désormais oubliées par beaucoup. Ceux-là guident leurs comportements sur d'autres normes qu'ils jugent probablement plus appropriées et qui n'entraînent pas leur « stigmatisation » par leurs confrères. Dans ce qui suit, nous désignons par normes des règles que l'on énonce et prétend appliquer, voire que l'on applique. Dans la vie quotidienne de la production et des échanges, comme dans celle des relations personnelles, chacun respecte plus ou moins consciemment les normes qui lui ont été inculquées par l'éducation et transmises par la culture. Mais chacun peut aussi invoquer certaines normes qu'il respecte plus ou moins et, à l'occasion, une norme qu'il ne respecte pas. En fait, les normes invoquées sont nombreuses, reflétant en particulier la diversité des valeurs, des intérêts à défendre et aussi des situations objectives. Les normes effectivement mises en pratique sont moins nombreuses que les normes invoquées.

- 
1. 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° 4335/MSPAS/CAB/CT1 du 5 septembre 1995.
  2. *Les Échos*, 6 octobre 1999, p. 3.
  3. La grève illimitée sans service minimum a été lancée le 4 octobre ; elle avait été précédée d'une grève d'avertissement les 30 septembre et 1<sup>er</sup> octobre. Bien que le Conseil des ministres ait donné satisfaction aux revendications des grévistes dès le 6 octobre, le protocole d'accord n'a été signé que le 10, et la grève a été poursuivie jusqu'au 11 octobre (cf. *Le Jour*, 13 octobre 1999, p. 8 ; *Les Échos*, 7 octobre 1999, p. 3).

Bref, les groupes sociaux transmettent à leurs membres des normes qui créent un *habitus*<sup>4</sup>, c'est-à-dire un comportement acquis, caractéristique de ce groupe social, quelle que soit son étendue, et transmissible au point de sembler inné. En outre, c'est encore une position courante chez les moralistes d'admettre que « l'absence de références normatives dans la vie personnelle et sociale conduit à l'aliénation personnelle (par perte d'identité) et à un état de violence sociale (anomie) » (Höffe, 1993). Enfin, les normes mises en pratique sont probablement plus nombreuses aujourd'hui qu'elles ne l'étaient hier, parce que notre monde est désenchanté<sup>5</sup> et disloqué<sup>6</sup>. Il convient donc de commencer par l'esquisse d'un tableau des normes dont on pourrait repérer le rôle dans les comportements des acteurs au sein du système de santé.

### Diverses et nombreuses catégories de normes

Les catégories de normes qui, en première analyse, semblent jouer un rôle dans le secteur de la santé, peuvent se ranger en deux catégories : les unes sont inspirées, de façon plus ou moins directe, de l'expérience de la médecine, ou du moins de la médecine occidentale, depuis vingt-cinq siècles ; les autres sont celles que développe progressivement l'extension de la rationalité économique à des activités toujours plus nombreuses, et à laquelle la santé n'échappe pas. Il semble donc que le secteur de la santé illustre les problèmes que pose l'apparition de nouvelles normes, en particulier la nécessité de combiner ou hiérarchiser des normes d'origines diverses.

Le premier groupe rassemble des normes qui trouvent leur origine dans un combat ancien et toujours actuel de la médecine contre les charlatans. Dès le VI<sup>e</sup> siècle avant notre ère, la critique des conceptions religieuses et magiques a ouvert la voie, par bien des disputes, à d'incontestables progrès dans les méthodes d'argumentation et de vérification (Lloyd, 1979). De ces progrès est née la démarche scientifique qui, peu à

---

4. Le terme est aujourd'hui associé aux publications de Pierre Bourdieu, mais on sait qu'il remonte à Aristote.

5. C'est ce qu'explique Marcel Gauchet (1999).

6. Ici, ce n'est pas le vocabulaire de Marcel Gauchet ; mais c'est bien lui qui explique que, au moins dans les sociétés occidentales dont il parle, le fait que la famille soit devenue sous nos yeux une affaire privée (alors qu'elle était une institution, dans laquelle « mon lien avec les autres obéit à une norme qui n'est pas de moi ») achève la concentration exclusive du lien social sur l'État (Gauchet, 1998).

peu (n'oublions pas les colères de Claude Bernard au siècle dernier), s'est imposée à la médecine elle-même. Se diffuse donc, de l'Ancien au Nouveau Monde et du Nord au Sud, une norme de vérité scientifique qui est fondée sur une expérimentation scientifique toujours inachevée, toujours reprise, avec des ambitions et des moyens de plus en plus importants, et une incessante discussion de résultats reproductibles. La forme dégénérée de cette norme, c'est la certitude qu'il n'y a qu'une vérité, celle qui vient de nos maîtres du Nord, la nôtre !

En corollaire à cette norme de vérité scientifique, il est une norme de qualité des soins, qui part de l'idée que ceux qui ont été bien formés à la médecine sont seuls capables de définir les conditions dans lesquelles les actes médicaux sont correctement exécutés. Naturellement, rien de ce qui concerne la pratique individuelle des « confrères », tous liés par le serment d'Hippocrate, ne doit être étalé sur la place publique, et les ordres professionnels sont là précisément pour veiller aux bonnes pratiques (respect de la déontologie, des règles de bonne pratique, tant sur le plan technique que sur le plan des relations entre confrères ou entre médecin et malade) avec toute la discrétion qui s'impose. Mais tout ce qui a trait à la politique de santé doit également être laissé à la discrétion et à la décision de la profession ou de représentants qu'elle désigne ou qu'elle contrôle. La forme dégénérée de la norme de qualité des soins est là : au lieu de contrôler la qualité des soins, il s'agit de contrôler le système de santé, pour éviter que les plaintes ne se manifestent de façon bruyante.

En corollaire à cette norme de vérité scientifique, il est aussi une norme d'éthique médicale, dont les formulations ne cessent de s'étendre et dont les invocations tendent à devenir purement allusives, sans perdre pour autant, au contraire même semble-t-il, leur pouvoir de régulation. Dans le serment d'Hippocrate, que prononcent encore beaucoup de jeunes médecins, les principes essentiels sont celui de la gratuité des soins donnés aux indigents et plus généralement de la modération des rémunérations, celui du secret médical, celui de l'indifférence à l'égard de la religion, de la race, de la nationalité, etc., du patient (tous doivent être traités de la même façon, selon le principe de justice), celui du respect de la vie humaine dès la conception et du respect des lois de l'humanité, enfin celui de la transmission du savoir médical au sein de la corporation (chacun transmet aux fils de ses maîtres). Comme le monde a beaucoup changé depuis Hippocrate, les principes éthiques ont dû être précisés et reformulés chaque fois qu'un problème nouveau se posait ou qu'une discussion surgissait. Au cours des deux dernières décennies, des domaines nouveaux immensément étendus ont été ouverts par les progrès de la biologie de la reproduction et de la génétique, notamment. Une

discussion approfondie sur l'éthique des soins médicaux est également devenue inévitable depuis que le coût des soins proposés par la science médicale dépasse de très loin les montants que nos sociétés sont disposées à consacrer à la santé (Brunet-Jailly, 1999a ; Williams, 1999). Dans ce contexte, l'éthique médicale est fréquemment invoquée aujourd'hui pour contester des décisions publiques qui restreindraient les soins gratuits ou subventionnés, c'est-à-dire financés par la solidarité nationale, à telle ou telle catégorie de la population. La forme dégénérée de cette norme est donc l'imitation pure et simple des conditions d'exercice de la médecine dans tel pays du Nord, accompagnée d'un silence assourdissant sur les principes de l'éthique, sur les conditions dans lesquelles ils sont respectés, sur les violations constatées.

La meilleure présentation de l'*habitus* de la profession médicale par la profession elle-même et pour le grand public est issue de la vision caritative que le serment d'Hippocrate donne du médecin. Toutes les grandes figures de la profession ont été mises à contribution, de l'Antiquité jusqu'aux *French doctors*, récemment distingués par l'Académie suédoise, pour présenter les médecins comme dévoués corps et âme, jour et nuit, à la lutte contre la maladie et à la plus grande compassion envers les malades. Dans les années 1930, le « colloque singulier » entre le malade et son médecin était présenté comme « la rencontre d'une confiance et d'une conscience ». Comme on l'a déjà compris, la réalité est plus complexe et les intérêts économiques affleurent avec brutalité, comme des hauts fonds, dès qu'on veut bien ne pas s'en laisser conter.

Que la rationalité économique pénètre des domaines que l'on croyait régis par les bons sentiments n'est peut-être une grande découverte que pour ceux qui préféreraient mettre l'accent sur ceux-ci plutôt que celle-là. Car, tout de même, l'introduction de modalités de paiement particulières dans le code de déontologie ne pouvait pas ne pas être interprétée par les éthiciens comme un coup de force ! Mais on lit de nos jours des argumentations bien plus directes, pour ne pas dire franchement rustiques :

« la question finale qui se pose est de savoir si les Maliens veulent une médecine privée de qualité ou une médecine au rabais. Si effectivement nous voulons avoir le choix entre aller à l'hôpital ou dans une clinique privée pour une meilleure prestation, qui doit payer la différence de coût ? Ce ne sera certainement pas le praticien privé, qui a avant tout le souci de rentabiliser son entreprise pour faire face aux multiples dépenses incompressibles et rembourser éventuellement les prêts qui lui ont permis de s'installer<sup>7</sup>. »

7. Dr Bokar Sall, in *L'Essor*, 8 février 1988, p. 8.

Voilà qui est clair : il y a bel et bien, dans le corps médical, une norme de l'intérêt, avec tous les *habitus* qui en découlent, au point qu'on peut en venir à ignorer telle ou telle autre norme. Comme l'un des exemples cités en introduction nous l'a rappelé, une norme de l'intérêt dirige aussi les comportements du personnel soignant dans le secteur public, et tout aussi naturellement dans le secteur privé. Les professions médicales sont comme les autres, elles doivent d'abord nourrir leur homme. Les professions de santé sont même parmi celles qui créent les plus grands espoirs, les plus grandes attentes, dans les familles des jeunes en cours d'études. Et, après avoir été supporté par ces attentes, chaque médecin devra y répondre libéralement, si l'on ose dire.

Il faut aussi faire une place à une norme du corporatisme qui a commencé à apparaître dans le personnel subalterne et professionnel du secteur public de la santé à l'époque coloniale, où le simple fait d'entrer dans le système, fût-ce comme planton, était une chance et permettait d'accéder à une promotion. Le personnel politique des États découvrant l'indépendance dans les années 1960 a, en très grande partie, été formé dans les rangs d'un syndicalisme immédiatement politisé. Après les indépendances, il n'est plus guère resté dans les organisations syndicales que le personnel de second choix et le corporatisme le plus étroit, puisque les grands frères étaient au pouvoir. Et, aujourd'hui, les écoles de formation d'infirmières et de sages-femmes étant dans un état pitoyable, les seules normes qui sont transmises à ces professions sont, sur le plan privé, celle de l'« arrangement » (tous les petits trafics qu'autorise l'exercice de la profession dans les formations publiques : pratique privée clandestine, mais bien tolérée, perception indue d'honoraires, petits vols de matériel et de médicaments dans les établissements publics pour les revendre dans la pratique privée, etc.) et sur le plan collectif, celui du corporatisme. Les résultats, d'ailleurs, sont là : dans les pays d'Afrique francophone, le salaire moyen des agents de l'État est, en proportion du produit national par habitant, très supérieur à ce qu'il est dans les pays d'Asie à faible revenu (Banque mondiale, 1989 ; pour le cas du Mali, voir J. Brunet-Jailly, 1995). Et la revendication d'avantages nouveaux se combine avec le refus de toute rémunération au mérite, de tout avancement au choix. Définissant « l'État autogéré » comme celui dans lequel seul compte le bien-être des fonctionnaires, J. P. Azam a conclu, à partir de données de 1987 : « les champions de l'autogestion de l'État dans l'échantillon considéré ici sont des pays membres de la zone franc, tels le Burkina Faso, le Tchad, le Mali et la Côte d'Ivoire » (Azam, 1995).

Faut-il ranger ici, comme corollaire de la norme de l'intérêt économique, ou aurait-il fallu citer déjà plus haut lorsqu'il était question de la qualité des soins, cette norme de la tutelle publique qui, dans certains pays lourdement pénalisés par une longue pratique de la confusion entre l'État, le parti et la société, définit tous les comportements des cadres ? Ce qui est sûr, c'est que la tutelle publique sur tout ce qui concerne la santé est défendue par la profession médicale comme le seul moyen de contrôler la qualité des prestations par le biais d'une série de procédures (autorisations, normes d'équipement, de personnel, visites de conformité, prix imposés, etc.) qui sont censées compléter les activités des ordres professionnels. Ce qui est sûr aussi, c'est que les professions médicales, comme les métiers de l'administration en général, ont été le moyen pour les aînés sociaux de placer des jeunes dans les rouages de la société coloniale, pour qu'ils y fassent leur chemin (Memel-Fôté, 1999), et donc de parvenir aux commandes dans la société post-coloniale, ce qui est advenu. Héritage parfaitement intériorisé de l'administration coloniale française, cette norme de la tutelle publique a permis de concentrer tous les financements extérieurs sur la bureaucratie, et donc peu ou prou sur les bureaucrates<sup>8</sup>, et d'étouffer les initiatives privées, sauf si, confessionnelles, elles devaient être tolérées pour orner l'image du pays à l'extérieur<sup>9</sup>, et sauf si, ostensiblement lucratives, elles manifestaient la réussite incontestable de l'*establishment* médical dans l'imitation de ce qui se fait à Paris ou à Bordeaux<sup>10</sup>. Il en résulte qu'aujourd'hui encore, dans plusieurs pays, les comportements des cadres moyens et supérieurs restent totalement dépendants des moindres signaux du système parti-État (voir par exemple Barbé, 1999).

Parfaitement compatible avec les normes de l'intérêt économique, du corporatisme et de la tutelle publique est enfin la norme de la dépendance : de la même façon que les agents de l'État ne sont plus jamais « dans les conditions » qui leur permettraient de faire ce qu'on attend d'eux – de sorte que tous les projets ne peuvent être mis en œuvre que grâce aux suppléments de rémunérations qu'ils prévoient et distribuent généreusement, faute de quoi les agents de la santé se diraient « frustrés » –, les États ne peuvent plus vivre sans projets. Ils en sont devenus dépendants pour le fonctionnement courant de leurs adminis-

---

8. On ne parle pas ici des détournements, encore qu'on ne doive pas les oublier ; mais il faut ouvrir les yeux sur l'importance des activités de formation, de recyclage, des bourses, etc., toutes formes de suppléments de salaires jalousement réservées aux agents de l'État, dans les financements des programmes de santé de la Banque mondiale (pour un exemple, voir J. Brunet-Jailly, 1995).

9. Par exemple au Cameroun.

10. C'est la voie ivoirienne par excellence.

trations et pour la redistribution qui constitue à elle seule toute leur assise sociale<sup>11</sup>. Il faut même considérer que l'ajustement structurel, période extraordinairement favorable à l'augmentation de l'aide extérieure au secteur de la santé, a été l'occasion d'accentuer les travers de cette tendance des États à acquérir de l'aide, toute l'aide qui peut être obtenue, en répondant immédiatement et dans les termes qui conviennent à toute sollicitation de la « communauté internationale », où l'on oublie trop souvent que les bailleurs sont concurrents. La dépendance économique des pays pauvres à l'égard de l'aide se double alors d'une totale abdication de l'intelligence nationale devant les modes en cours chez les bailleurs : cette attitude n'a strictement rien à voir avec quelque notion de développement que ce soit, mais elle est devenue la norme des États francophones d'Afrique.

Mais la rationalité économique joue aussi sur les comportements des malades. Depuis qu'il est devenu banal, dans la profession, de faire payer à chacun tout ce qu'il peut payer (et donc de développer sélectivement une offre de prestations sanitaires pour ceux qui peuvent les payer au prix fort), la fixation des prix est considérée comme un moyen de réguler et d'orienter la demande : décourager la demande non justifiée, diriger celle qui l'est vers la formation la plus susceptible d'y répondre<sup>12</sup>. C'est faire peu de cas de l'asymétrie de l'information entre le malade et le professionnel de santé. Le malade n'a guère de moyens d'apprécier la qualité objective des prestations qu'on lui propose ; en fait, il apprécie la qualité sur des critères qui sont largement indépendants de ceux qu'utilise l'expertise professionnelle ou scientifique. Ainsi, pour lui, certaines affections relèvent de la médecine traditionnelle et, dans les formations sanitaires modernes, la connaissance personnelle d'un agent ou la chaleur de l'accueil ont plus d'importance que la bonne exécution du geste qui pourrait sauver. Du fait que l'information et l'éducation en matière de santé sont systématiquement limitées à la portion congrue dans la pratique courante, qu'elle soit publique ou privée, traditionnelle ou moderne (il vaut mieux que le malade fasse confiance, plutôt que d'adhérer de toute son intelligence), et tout spécialement dans les pays pauvres, où le médecin comme le guérisseur veulent apparaître comme détenteurs d'une science inaccessible au commun des mortels, et comme tout l'effort d'acquisition de la clientèle porte sur les apparences (Memel-

- 
11. On n'en parle guère depuis que la bonne gouvernance est à la mode ; mais l'idée selon laquelle le pouvoir et la richesse à laquelle il donne accès doivent être partagés, et d'abord avec les proches, est ancrée dans les traditions les plus anciennes. Cf. pour la tradition mandingue, Bagayogo (1987) ; pour des exemples célèbres, voir notamment Losch (1997) ou Ekanza (1997).
  12. C'est là une des règles que préconise la Banque mondiale, cf. J. Brunet-Jailly (1999b).



Fôté, 1999), on peut dire que la norme est celle du prix comparé pour des prestations non comparables.

### **Jouer des normes : le jeu des acteurs sociaux**

Ce sont les acteurs sociaux qui mettent en œuvre les normes, soit qu'ils les appliquent, soit qu'ils les invoquent sans les appliquer. Mais tous les acteurs sociaux n'ont pas le pouvoir d'en appeler, pour justifier leur action, à toutes les normes : au contraire, certains sont mieux armés que les autres dans ce jeu. Sans prétendre donner ici une description exhaustive de la manière dont les normes sont utilisées par les acteurs sociaux, nous pouvons considérer quelques exemples importants.

À les en croire, toutes les attitudes des professionnels de santé, largement guidés par les médecins, sont officiellement justifiées par la norme de vérité scientifique (en pratique, le respect des conduites à tenir enseignées par les facultés) et par la norme de qualité des soins (c'est-à-dire en pratique l'imitation aussi fidèle que possible des conditions d'exercice et de rémunération des pays du Nord, spécialement de la France) ainsi que par l'intérêt des malades (qui serait défendu au mieux non pas par ces derniers eux-mêmes, mais par le respect d'une éthique médicale dont seul le corps médical saurait parler).

Dans la pratique, la norme de vérité scientifique subit bien des affronts : n'est-il pas surprenant tout de même que, en Côte d'Ivoire, où l'activité de la médecine traditionnelle, avec tout son spectre qui va de l'application de connaissances sur les propriétés curatives des plantes ou sur les conditions favorables à l'atténuation de certains symptômes psychiatriques par exemple jusqu'aux activités de simples charlatans ou de groupes de prière, aucun procès en exercice illégal de la médecine n'ait été engagé depuis l'indépendance (Berche, 1999) ? Certes, il n'est pas injustifié de parler de syncrétisme médical (Memel-Fôté, 1999), et certains grands patrons de la médecine et de l'anthropologie françaises font de curieuses courbettes devant des tradithérapeutes<sup>13</sup>. Mais n'avons-nous vraiment rencontré aucun escroc dans les professions médicales, ou bien sommes-nous devenus incapables de les démasquer et de les condamner ? Et, pour considérer un second exemple : n'est-il pas surprenant que, à Dakar, l'enseignement de la médecine tropicale soit resté une spécialisation jusqu'au milieu des années 1980 ?

---

13. Lors d'un colloque « Médecine traditionnelle et sida » organisé à Bamako en 1993.

Si donc la norme de vérité scientifique paraît souvent bafouée, la norme de qualité des soins donne lieu à des réalisations, mais qui sont visiblement surdimensionnées : fallait-il vraiment un hôpital spécialisé en cardiologie infantile à Abidjan ? Fallait-il vraiment reconstruire un hôpital ophtalmologique neuf à Bamako ? Fallait-il vraiment que l'hôpital de Tombouctou soit équipé d'une climatisation centrale ? Visait-on vraiment la qualité des soins ou le prestige des bailleurs et la vanité des bénéficiaires ? Quant à la qualité courante des prestations fournies, elle est au contraire un sujet tabou, et seule la Banque mondiale<sup>14</sup> et telle ou telle Faculté de médecine, lorsqu'il se trouve en son sein quelque enseignant courageux, peuvent émettre quelques observations sur ce sujet.

Derrière les positions officielles que prennent les professions de santé se fait donc jour, en pratique, une stratégie qui vise essentiellement à conserver un contrôle total du système de santé et à développer l'offre de services dans tous ses aspects. L'imitation d'un modèle étranger devient la forme pratique des normes de vérité scientifique, de qualité des soins et d'éthique médicale. Il suffit de dire « nos malades, comme ceux du Nord, ont droit à ces soins », pour emporter l'adhésion ; et les bailleurs, qui cherchent des projets pour placer leur aide, et les experts, qui cherchent des consultations pour vivre, et les bâtisseurs et les fournisseurs de matériels, de renchérir en chœur ! Derrière ce jeu, c'est celui des intérêts matériels et professionnels qui se révèle.

C'est aussi toutefois, au moins dans les pays d'Afrique noire francophone, l'influence d'une confiance assez mal assurée dans les vertus de la médecine moderne et d'une adhésion individuelle persistante aux représentations traditionnelles de la maladie, de sa nosologie, de son étiologie, de son cours naturel, des thérapeutiques efficaces : il faut voir les professionnels de la santé moderne de la moderne Côte d'Ivoire recourir aux tradipraticiens (Memel-Fôté, 1999) ; il faut voir comment ces professionnels savent à Brazzaville orienter les malades vers les tradipraticiens pour certaines affections qui leur échappent (Gruénais, 1985). Cependant, l'organisation de la profession reste très forte, avec ses piliers que sont dans chaque pays la Faculté de médecine et son doyen, le ministre de la Santé et toute son administration, les ordres professionnels, le médecin du chef de l'État, etc., et toute cette diplomatie secrète dans laquelle excellent les médecins courtisans. Les intérêts de la profession sont bien défendus.

Les malades, de leur côté, sont bien incapables de proposer ou de revendiquer l'application de normes originales au moment de la maladie,

14. Mais sa règle d'or est d'obtenir le « consensus » sur ses projets, c'est-à-dire l'accord des professionnels de la santé, cf. J. Brunet-Jailly (1999b).

car ils sont alors essentiellement accaparés par l'angoisse qu'elle provoque et méfiants à l'égard de leurs compatriotes professionnels de la santé moderne. Ils sont aussi fortement attirés par les représentations traditionnelles de la maladie et par les opportunités de diagnostic et de traitement peu coûteux qu'offrent les praticiens de la médecine traditionnelle (norme du prix comparé pour des prestations non comparables), depuis les dépositaires de connaissances effectivement transmises de génération en génération jusqu'aux charlatans les plus éhontés, en passant par les guérisseurs, sorciers, expérimentateurs, bonimenteurs, marabouts, sans oublier les assemblées de prière qui produisent des guérisons, etc.

Plus grave, les malades ne sont pas défendus par les hommes politiques, quoi qu'on en dise : devant « nos braves populations », chacun d'eux trouvera quelques phrases pour faire entendre qu'il compatit et se soucie, mais cet intérêt ne va pas au-delà de l'inauguration d'un nouveau centre de santé, ce qui tout de même n'est pas très fréquent. En revanche, là où les politiques se décident, dans les débats budgétaires par exemple, on fera confiance aux collègues médecins ou aux consignes du parti. D'ailleurs, il faut bien le dire aussi, le niveau de l'assistance technique et de l'expertise est souvent extrêmement décevant : les programmes financés ces dernières années par la Banque mondiale en Afrique de l'Ouest ont eu pour caractéristique commune de développer les échelons d'une pyramide bureaucratique de la santé publique, donc de créer des formations nouvelles – ce qui permet de dépenser de grands montants d'aide – sans aucun vrai débat sur l'intérêt de cette stratégie du point de vue de la santé publique<sup>15</sup>.

Tout le bruit fait autour de la participation de la population à la solution de ses problèmes de santé n'a en rien contribué, depuis plus de vingt ans (Conférence d'Alma Ata, 1978), à un progrès dans la participation. Ce sont en effet les agents des ministères de la Santé – grands boubous<sup>16</sup> et gros jupons<sup>17</sup> – qui sont venus, avec les assistants techniques de l'Unicef, dans des véhicules quatre-quatre flambant neufs payés par la Banque mondiale, expliquer aux populations que si elles s'organisaient en association, élaient un président, votaient des statuts contenant telle et telle disposition, on leur construirait un centre de santé : applaudissements, photos, nos braves populations sont enthousiastes ! Et pourtant : rien qui ressemble en quoi que ce soit à la mobilisation des compétences et des énergies de la base, rien d'autre une nouvelle fois que les activités

15. J. Brunet-Jailly, 1998, « Health and aid in West Africa », article proposé à *Social Science and Medicine*.

16. Comme on dit en Afrique de l'Ouest pour les grands messieurs.

17. Comme on dit en Haïti pour les grandes dames.

de l'État-parti. Les populations connaissent : elles ont été flouées plus d'une fois, il aurait fallu régler beaucoup d'anciens contentieux avant de leur proposer quoi que ce soit (Tinta, 1997). C'est donc dans une direction toute différente qu'il fallait repartir : en faisant confiance à des initiatives spontanées, si toutefois elles apparaissaient. Or, le mouvement de libéralisation économique du début des années 1990, accompagné ici et là de libéralisation politique, ouvrait des perspectives que certains cadres de la société civile ont su saisir. C'est ce qui s'est produit à Bamako à partir d'une première expérience de centre de santé communautaire géré par une association de quartier (voir notamment Ag Ikhmane *et al.*, 1997 et Le Jean, 1997), et ailleurs au Mali autour de médecins de campagne soutenus par les collectivités locales qu'ils allaient desservir (Anaheim-Jamet *et al.*, 1997) ; l'expérience s'est aujourd'hui étendue à Madagascar et en Côte d'Ivoire, notamment (Barbé et Tano-Bian, 1997 ; Escalon, Barbé, Ortiz et Eono, 1997 ; Barbé, 1997).

Les pouvoirs publics, qui se présentent à l'opinion publique et internationale comme si leurs ministères de la Santé géraient l'ensemble du domaine des soins, qu'il soit public ou privé, en quantité comme en qualité, et y compris par la formation et la supervision des personnels et des établissements, ne font en réalité rien de tout cela. Leur ambition de tout régenter (norme de la tutelle publique) se traduit en pratique par une activité purement bureaucratique de réglementation, sans qu'on considère jamais la capacité effective de l'administration à faire appliquer ses textes. Or cette capacité est extrêmement limitée, voire nulle : par exemple, quel ministère de la Santé connaît le nombre et la localisation des cabinets médicaux ou infirmiers privés, et le nom du professionnel qui en est responsable ? Cette incapacité est révélée par le soin mis à faire croire à l'opinion que le monde entier concourt à aider le pays : si l'on en croit la presse, les ministres de la Santé passent leur temps à recevoir des dons, à signer des accords de crédit, à inaugurer des établissements nouveaux.

Si l'on cherche, derrière les apparences, les normes implicites de l'action des pouvoirs publics dans le domaine de la santé, en analysant des résultats objectifs, on met en évidence les suivantes : éviter le scandale public qui pourrait avoir des conséquences politiques (sur des domaines sensibles comme les épidémies), acquérir de l'aide (norme de la dépendance : la santé étant un candidat privilégié aux yeux des bailleurs de fonds, toujours préoccupés de savoir que faire des sommes considérables qui doivent être injectées pour réaliser l'ajustement), enfin

et surtout protéger les revenus professionnels et les profits pharmaceutiques (norme du corporatisme)<sup>18</sup>.

Malgré l'importance de l'aide internationale (à eux seuls les engagements de la Banque mondiale dans le secteur de la santé ont connu une croissance exponentielle au cours des quinze dernières années ; voir Stout, 1997), l'expertise internationale ne met pas en application les solutions particulières que ses capacités d'analyse lui ont pourtant permis de formuler. Pour sa part, l'OMS n'a plus l'expertise incontestée qui a été la sienne pendant quelques décennies, et les pamphlets ont fusé ces dernières années (par exemple Deveaud *et al.*). En outre, si la Banque mondiale, par son secteur de recherche sur la santé, la population et la nutrition, a conquis la première place en matière d'expertise, elle n'applique pas, dans les opérations qu'elle finance, les principes qu'elle dégage de ses analyses scientifiques (Barlow, 1997).

Pourtant, la Banque mondiale a vite appris quelles étaient les difficultés de la réforme nécessaire des services de santé. Elle a dégagé une méthode de choix des priorités de santé publique pour les pays en développement (Jamison, 1993 ; Banque mondiale, 1993). Elle a proposé de jouer sur la libéralisation du secteur de la santé, sur l'autonomie de gestion au sein même du secteur public et sur la politique des prix pour modifier les structures du système de santé et donc les rôles respectifs des différents acteurs. Elle s'est souciée de l'efficacité de ses interventions, portant un jugement empreint d'une grande modestie et définissant des moyens d'améliorer ses actions. Après tant de déclarations de politique sectorielle, elle s'est interrogée sur la réelle volonté de ses partenaires de réformer les systèmes de santé (Brunet-Jailly, 1999b).

Mais, dans la pratique, il faut placer l'aide. La norme de vérité scientifique ne sert plus, alors, que d'ornement au fronton d'un bailleur qui, comme les autres, cherche à placer son aide sans regarder plus loin, et se contente d'obtenir l'accord des États sur les prêts qu'il leur fait. Ces États sont indépendants, leurs dirigeants signent des accords en respectant un grand cérémonial, soit. Nous sommes dans un système, celui de la dépendance.

Malgré la multiplicité de leurs interventions, les ONG ne mettent pas non plus en application des normes particulières dans le domaine de la santé. Cela tient en partie à la formation – très insuffisante, notamment en santé publique dans le contexte du sous-développement – des médecins qui sont chargés de concevoir, diriger et évaluer les projets des ONG. Cela tient aussi au financement des projets que les ONG exécutent

---

18. Brunet-Jailly, 1998, « Health and aid in West Africa », art. cit. ; voir aussi l'exemple hautement significatif décrit par A. Tano-Bian, 1997.

(norme de la dépendance). Cela tient enfin au contrôle auquel les États essentiellement non démocratiques de l'Afrique francophone soumettent les ONG, qui ne doivent en rien représenter une tentative d'auto-organisation de la société civile (norme de la tutelle publique interprétée comme le contrôle total du système, de sorte qu'aucune critique, aucune plainte ne s'en échappe).

Bref, jouer des normes revient à invoquer des normes pour faire prévaloir des intérêts : il faut entendre « jouer des normes » au sens de « jouer des coudes ». La notion n'est donc pas aussi intéressante ici qu'elle paraît l'être dans d'autres secteurs, où elle permettrait, semble-t-il, d'être plus pertinent en évitant de « parler uniquement en termes d'intérêts ». Quant à la capacité à jouer des normes, elle tient en grande partie à l'organisation dont dispose chaque catégorie d'acteurs, et ils sont très inégaux à cet égard :

- les médecins sont tous organisés en ordres, censés veiller au respect des normes de qualité et d'éthique médicale, mais les ordres ne font que le travail d'un syndicat, c'est-à-dire ne s'occupent que de faire respecter au mieux la norme de l'intérêt économique ;
- les malades ne sont jamais organisés ; même les associations de malades du sida n'ont déjà plus le poids qu'elles ont pu avoir il y a quelques années ;
- les pouvoirs publics pèsent toujours beaucoup, en raison de l'idée selon laquelle la politique publique est seule capable de prendre en compte certains objectifs sociaux<sup>19</sup> ; ils pèsent d'autant plus sur tous les autres acteurs qu'ils sont eux-mêmes sous la coupe du parti unique ou d'un parti majoritaire bénéficiant de l'appareil d'État ;
- les ONG du monde francophone, où les citoyens n'ont pas l'habitude de se cotiser volontairement pour résoudre leurs problèmes, et où le mécénat d'entreprise en est à ses premiers vagissements, et probablement beaucoup d'ONG des autres pays d'Europe également, sont dans la main des pouvoirs publics et des bailleurs, car c'est de là que viennent leurs plus importants financements.

Par rapport à cette situation générale, la création au début des années 1990 au Mali d'un premier centre de santé communautaire à l'initiative d'une association spontanément constituée dans ce but, puis la diffusion extrêmement rapide de ce modèle, le tout avec un soutien technique et financier extérieur minimal, est un phénomène extrêmement intéressant.

19. L'expérience montre que les politiques publiques de la santé, au moins en Afrique de l'Ouest, n'ont fait que protéger des intérêts qui ne sont pas ceux de la santé publique, cf. Brunet-Jailly (2000a).

Au risque de paraître simpliste, il semble donc que, dans le secteur de la santé, les normes revendiquées par les rares acteurs capables de s'exprimer ne sont qu'un rideau de fumée permettant de masquer la domination sans partage de l'offre sur la demande (il s'agirait donc d'un cas patent d'instrumentalisation des normes). Cette domination permet non seulement de garantir aux professionnels du secteur de la santé des revenus d'un niveau totalement injustifié compte tenu du niveau de vie des pays considérés, mais encore d'orienter l'offre vers des prestations, des affections et des types de formations dont une certaine expertise internationale – celle qui sait se montrer indépendante – a abondamment montré depuis des décennies qu'ils ne sont pas prioritaires.

La domination de l'offre sur la demande tient en partie, d'ailleurs, à ce que la demande spontanée est très faible : les consommateurs ne sont pas disposés à consacrer de grandes sommes aux soins, que ce soit par fatalisme ou parce que la médecine moderne a, depuis l'origine, été présentée comme un bienfait gratuit et obligatoire des colonisateurs. Lorsqu'il s'est agi, pour les professionnels libéraux, de créer le marché de leurs prestations et produits, il a fallu – et il faut aujourd'hui encore – faire un énorme effort de publicité : ce sont donc les équipements, prestations et traitements « à la mode » qui sont développés, au détriment de tout ce qui est susceptible de répondre à une demande quotidienne de soins élémentaires, peu spécialisés, peu coûteux, peu rémunérateurs.

Il n'y a donc pas de régulation des acteurs par les acteurs eux-mêmes, même sur le plan de la déontologie la plus élémentaire. Il n'y a pas non plus de régulation par la confrontation des acteurs, ni entre l'État et les professions (les ministères de la Santé ne représentent que les professionnels de santé ; les cadres des administrations sanitaires étant dans la main des « grands patrons », professeurs de médecine/chefs de service hospitaliers), ni entre l'État et les malades ou la population (même s'il y a débat au Parlement, seuls les députés-médecins interviennent, on s'en remet à eux, ils ne toléreraient d'ailleurs pas qu'il en soit autrement), ni entre la profession et les malades (compte tenu du paternalisme médical, et de l'angoisse du malade, ce dernier ne peut voter que par les pieds). Il n'y a pas de régulation par les acteurs extérieurs, notamment parce que les bailleurs (bi- ou multilatéraux) sont avant tout soucieux d'entretenir la fiction qu'ils traitent avec des États souverains qui décident en toute liberté d'emprunter auprès de tel ou tel (et ces États ne se privent aucunement de mettre les bailleurs en compétition), et parce que l'OMS s'est déconsidérée à courtiser les ministres sans être capable ensuite de financer leurs projets. Le seul élément nouveau est, semble-t-il,

l'apparition d'une forme de « contrôle profane » dans les centres de santé « communautaires » à proprement parler.

Quelques conséquences de cette situation doivent être indiquées avant que les grandes lignes d'une politique alternative, d'une politique de « santé publique » à proprement parler, soient tracées. Ces conséquences se résument en un mot : les politiques que nous connaissons n'ont fait que créer, entretenir et agrandir les inégalités structurelles dans la prise en charge de la maladie.

### Les inégalités structurelles

Cette partie ne prétend pas à l'originalité : toute personne qui veut bien s'informer se convaincra facilement des profondes inégalités qui caractérisent la prise en charge des malades (Brunet-Jailly, 2000b). Ce qu'il faut comprendre, c'est que ces inégalités ne sont pas le fait d'un hasard malheureux, ni l'exception qui confirmerait le bon fonctionnement du système dans son ensemble et l'immense dévouement des praticiens : ces inégalités sont bâties par le jeu même des normes qui construit tout le système de santé.

Les inégalités structurelles sont coulées dans le béton : non seulement les cathédrales hospitalières engloutissent plus de la moitié du budget public de la santé dans la plupart des pays d'Afrique francophone, non seulement elles ne traitent en pratique que la clientèle des capitales, nettement plus riche que la clientèle des campagnes, mais encore elles se spécialisent de façon totalement anarchique et inconsidérée dans des activités qui n'intéressent en rien la santé publique. Le procès des hôpitaux, du point de vue de la santé publique, a été fait depuis longtemps par les spécialistes de la Banque mondiale (World Bank, 1975 ; Barnum et Kutzin, 1993), et cette dernière a eu le mérite de conserver, jusqu'à ces toutes dernières années, l'attitude conséquente qui consistait à ne pas financer de nouvelles créations, ni même des extensions, ni même des rénovations des grands hôpitaux urbains. Cela n'a pas empêché les aides bilatérales<sup>20</sup>, ou l'Union européenne, de répondre aux demandes des *establishments* médicaux relayés par les gouvernements. Que, dans le cadre des programmes décennaux préparés depuis cinq ans dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, la Banque mondiale ait incité à présenter des

---

20. France, Italie, Japon, notamment.



propositions de financement pour les hôpitaux<sup>21</sup> signifie essentiellement qu'il fallait trouver un moyen d'augmenter sensiblement le volume des financements engloutis par la santé : aucun argument nouveau concernant la santé publique n'a été avancé pour justifier la reprise de l'investissement hospitalier.

Les inégalités structurelles sont coulées dans les choix de politique sanitaire. Ainsi, tout récemment, la Côte d'Ivoire s'est battue pour être, avec l'appui de la « communauté internationale », le premier pays d'Afrique à « offrir la trithérapie » à ses malades du sida (en pratique elle est parvenue au bout de deux ans à subventionner le traitement pour 300 malades – concentrés dans la capitale – sur 4 000 au bas mot ; on avait parlé initialement de soigner 4 000 malades sur peut-être 12 000 et d'y consacrer 32 milliards de francs CFA annuellement), mais ce pays n'est pas capable, même dans sa capitale, d'assurer à toute femme enceinte dont l'état l'exige une césarienne bien faite, et en temps utile, qui sauverait sa vie et peut-être aussi celle de son enfant, ni de vacciner systématiquement les générations de nourrissons (Akoï Azizi *et al.*, 1999 ; Portal *et al.*, 1999 ; Ouattara *et al.*, 1999 ; Ortiz *et al.*, 1999). On voit encore ce pays, mais aussi le Mali par exemple, fixer par arrêté du ministre des Finances les tarifs des honoraires médicaux de la pratique privée : comme cette disposition ne peut pas avoir pour but de protéger les finances publiques, puisque ces dernières ne prennent pas ces honoraires en charge, ni directement ni par l'intermédiaire de caisses d'assurance maladie, il faut comprendre qu'elle est faite seulement pour défendre les intérêts des professionnels exerçant dans le privé. Et quel est le niveau de ces honoraires ? En ordre de grandeur, pour une consultation de généraliste, le tiers du salaire minimum mensuel garanti ! Ne crée-t-on pas intentionnellement, de cette façon, des inégalités structurelles inacceptables ? Enfin, lorsque ces pays créent des assurances sociales, les salaires du personnel qui y est embauché et les autres dépenses de fonctionnement représentent plus de la moitié des recettes (contre 6 à 10 % dans les institutions équivalentes des pays développés) : l'objectif est clairement le bien-être des agents de l'État, non celui des assurés.

Les inégalités structurelles sont aussi coulées dans les politiques d'approvisionnement pharmaceutique. Alors que dans plusieurs pays d'Europe<sup>22</sup>, les médicaments génériques représentent environ la moitié de la consommation pharmaceutique totale, en particulier parce que les hôpitaux ont adopté une liste restreinte et s'approvisionnent essentiellement en médicaments génériques, la part de ces produits est déli-

---

21. En particulier au Mali et au Sénégal.

22. Allemagne et Pays-Bas notamment.

bérement limitée à 5 ou 10 % du marché dans des pays considérablement plus pauvres, ceux de l'Afrique de l'Ouest francophones en particulier. Alors que la Banque mondiale intervient massivement dans ce secteur depuis vingt ans, elle a visiblement eu pour premier souci, sur ce point, de protéger les revenus pharmaceutiques privés et l'emploi dans les sociétés d'État chargées de l'importation et de la distribution des médicaments<sup>23</sup>. On a cité plus haut les circulaires parfaitement explicites du ministre de la Santé de Côte d'Ivoire : l'objectif est de préserver le chiffre d'affaires et les marges des pharmaciens d'officine.

Et pour conclure sur les inégalités structurelles, les systèmes de santé publics de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest – notamment ceux de Côte d'Ivoire, de Guinée et du Bénin, tous ceux sur lesquels l'étude a été faite – contribuent à la redistribution en faveur des riches et au détriment des pauvres<sup>24</sup> !

Les inégalités sont construites dans le système de santé et précisément par le « jeu des normes » au sens que nous avons donné à cette expression : c'est la qualité des soins qui est invoquée par les médecins pour justifier des tarifs d'honoraires inabordables pour le commun des mortels ; c'est la qualité des produits qui est invoquée par les pharmaciens pour justifier l'approvisionnement en spécialités aussi coûteuses que possible ; c'est l'égalité des droits des malades du Nord et du Sud qui est invoquée par les politiciens du Nord et du Sud pour justifier l'ingérence humanitaire, et des choix de politique de santé qui favorisent les technologies que les pays du Nord peuvent vendre ; c'est la responsabilité de l'État en matière de santé qui est invoquée pour mener une politique de protection des revenus des professionnels de santé, qu'ils soient commerçants, libéraux ou salariés. Les normes ne sont que prétextes, elles ne font qu'habiller les discours qui présentent et justifient des mesures contraires à leur esprit.

Admettons que cette situation provient en partie de ce que le regard du clinicien est entièrement centré sur ce malade qui est devant lui, et de ce que rien ne prépare les médecins à considérer les problèmes qui n'apparaissent que lorsqu'on s'intéresse à des populations (Roemer, 1984). Mais alors, tirons immédiatement la conclusion qui s'impose : cette situation détestable provient de ce que la société abandonne aux cliniciens la résolution de problèmes qui dépassent de très loin leurs compétences. Et dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne, elle provient de l'influence soigneusement construite et entretenue des « mandarins »

23. Tel est à l'évidence le cas au Sénégal et au Mali.

24. Voir les résultats dans : Castro-Leal *et al.* (1998) ; Demery L. (1997) ; République du Bénin (1998).

français sur les Facultés de médecine, sur les ministères de la Santé et sur les chefs d'État et leur entourage : hélas, ces mandarins n'ont jamais eu d'autre idée que de reproduire là-bas le système médical français (non seulement le complexe hospitalo-universitaire, mais aussi le contenu de l'enseignement – on a cité plus haut l'exemple de Dakar dans les années 1980 – et la prescription en spécialités, et la collusion avec les laboratoires pharmaceutiques, etc.).

Il est temps de prendre au sérieux l'esprit des normes et de se souvenir de celles que la tradition médicale occulte : la justice par exemple. L'éthique n'exige pas que le médecin mette tous les moyens fournis par la solidarité nationale au bénéfice de ce malade qui est devant lui. Elle exige au contraire que les traitements soient distribués dans la justice (Jouana, 1992). Y parviendrait-on par la libéralisation qui est à l'ordre du jour ?

### **Libéralisation et démocratisation**

La libéralisation a été le leitmotiv des prescriptions politiques des bailleurs de fonds, dans tous les domaines, depuis les années 1980. Et la démocratisation a été l'antienne des années 1990. Il serait dangereux toutefois de prétendre que démocratisation et décentralisation sont simplement des « normes extérieures » : d'une part, il existe des minorités politiques qui demandent depuis longtemps la démocratisation des régimes autoritaires que l'extérieur soutient depuis les indépendances ; et, d'autre part, il n'y aura pas de développement tant que les élites locales n'auront pas fait elles-mêmes l'articulation entre développement, démocratisation et décentralisation (Mamdani, 1998). En revanche, il faut se demander si ce contexte est favorable à la réduction des inégalités structurelles dans la santé, et au retour à une application effective des normes héritées d'une tradition médicale multiséculaire.

Dans le secteur de la santé, rien ne ressemble aujourd'hui à ces organisations sociales et instances de médiation, éventuellement mises en place par les pouvoirs publics, qui seraient alors eux-mêmes susceptibles de reconnaître leur existence et leur fonction d'intérêt public. Il n'y a ni médiation ni régulation dans le secteur de la santé, mais une lutte pour la défense d'intérêts matériels particuliers. En réalité, les facteurs déterminants d'une évolution du secteur de la santé semblent être étroitement liés à ces intérêts, et strictement économiques : l'évolution des effectifs

des professions médicales depuis les indépendances, d'une part, et la faillite des systèmes publics de santé, de l'autre.

Les pouvoirs publics ont évidemment cherché à limiter les conséquences de ces deux faits majeurs. Ainsi, pour lutter contre la concurrence que les nouveaux diplômés feraient aux anciens, c'est-à-dire pour protéger les rentes de ces derniers, ils ont légiféré sur les tarifs (cf. ci-dessus) et sur les conditions d'installation (superficie et organisation des locaux, équipements – en particulier équipements de confort : climatisation par exemple –, effectif minimum de personnel par qualification, etc.<sup>25</sup>). Ces dispositions invoquent la qualité des soins, mais dans un objectif clairement malthusien : il faut rendre difficile l'installation des jeunes diplômés. La Banque mondiale, qui a essayé de suggérer des aides à l'installation (information, crédits, subventions, etc.<sup>26</sup>), n'a jamais longtemps persévéré dans cette direction<sup>27</sup>. De même, pour lutter contre la faillite des systèmes publics, ruinés par le corporatisme insensé de ses agents et par la corruption, ils ont dirigé vers lui, au mépris de tout bon sens, la totalité des financements reçus de l'extérieur : les bailleurs traitent avec les États et les États pensent uniquement au bien-être de leurs agents. Il n'était donc pas question de faire bénéficier le secteur privé, fût-il non lucratif, de l'aide extérieure.

Néanmoins, ce sont ces mêmes faits qui ont contraint à libéraliser l'exercice des professions de santé. Or, cette libéralisation n'a pas simplement favorisé la médecine libérale et le secteur sanitaire privé (cabinets, cliniques, distribution pharmaceutique...). Elle a aussi offert une chance inespérée aux pays qui étaient prêts, en raison d'une expérience ou d'une volonté bien déterminée de démocratisation, à laisser apparaître et se structurer, dans les secteurs sociaux, des initiatives prises par la société civile. Tel a été le cas du Mali dans les années 1990. L'expérience de ce pays, qui a laissé se développer dans sa capitale des centres de santé communautaires, créés par des associations constituées spontanément dans ce but, avant de réglementer leur fonctionnement, a prouvé qu'il est possible de fournir, dans les quartiers populaires des

25. On fixe par exemple les tarifs des actes dans la pratique privée à partir de comptes prévisionnels d'exploitation bâtis par un bureau d'études et prenant en considération, du côté des charges, des éléments de ce genre (mais aussi une voiture, etc.), et du côté des recettes des niveaux d'activité individuelle correspondant à ceux – incroyablement faibles – qui sont pratiqués dans le secteur public, dont les agents pratiquent un absentéisme éhonté.

26. Par exemple en Côte d'Ivoire, cf. *Plan national de développement sanitaire 1996-2005*, tome II, avril 1996.

27. La Coopération française, qui a su accompagner intelligemment le mouvement au Mali pendant quelques années, s'en désintéresse aujourd'hui, alors que de nouveaux problèmes (prise en charge de l'indigence, contrôle de la qualité, etc.) sont à résoudre.

grandes villes, les soins de premier recours, en volume suffisant et de qualité satisfaisante, à une large population qui ne pouvait pas accéder aux services publics de santé (Ag Icknane *et al.*, 1997). Du point de vue économique, le miracle tient à l'application d'une recommandation très ancienne de l'OMS : « Approvisionnez-vous en médicaments essentiels génériques ! » : ce que le malade gagnera en payant moins cher<sup>28</sup> les médicaments prescrits, pourra être consacré à rémunérer l'acte médical ou infirmier lui-même. Il est vrai que cette solution est partielle : elle ne s'applique pas telle quelle aux populations rurales, généralement dispersées, et disposant d'un revenu en moyenne plus faible que celui des citadins. Mais c'est une solution pour les grandes villes, et il est significatif qu'elle s'étende actuellement en Côte d'Ivoire (Tano-Bian, 1997 ; Escalon *et al.*, 1997 ; Barbé, 1997). Vers 1995, à Bamako, les centres de santé communautaires représentaient environ le tiers des consultations de premier recours, et le secteur public se trouvait donc face à un sérieux concurrent.

Les pouvoirs publics ne sont donc pas impliqués dans un processus de médiation entre les acteurs, processus qu'ils auraient organisé pour trouver une solution négociée aux problèmes dramatiques qui se posent dans le secteur de la santé ; en fait, ils sont impliqués dans un processus de contestation des privilèges qu'ils ont longtemps garantis à leurs agents et à leurs structures, et cette contestation naît de l'apparition d'une forme de contrôle profane sur des formations périphériques. La dureté des conflits récents entre le gouvernement malien et le personnel de la santé publique pourrait sans doute être interprétée dans cette perspective : le personnel commence à admettre que la situation est sérieuse, mais il n'a plus rien à perdre ; le ministère de la Santé n'a pas encore compris qu'il devra modifier complètement sa politique pour s'adapter à la concurrence, il continue à temporiser, à proposer des solutions qui n'en sont pas, à refuser de définir une stratégie claire, il n'arrive à choisir ni ses alliés ni ses adversaires. Pendant ce temps, le secteur associatif se développe et prend confiance en lui-même. On ne peut plus exclure que le fonctionnement des formations sanitaires publiques soit progressivement bouleversé par la concurrence de formations privées, à but lucratif ou non, qui se montreront plus accueillantes, plus disponibles, et éventuellement plus compétentes. De ce point de vue, il est probable que la Côte d'Ivoire n'en soit qu'au tout début de ce processus : l'État y est encore assez fort pour

---

28. Le coût moyen des ordonnances en médicaments essentiels éventuellement génériques est dans la pratique le quart ou le tiers du coût moyen de l'ordonnance en spécialités ; et une partie de la différence tient à la rationalisation (c'est-à-dire à l'amélioration de la qualité) de la prescription.

capter toute l'aide, pour imposer une tutelle pesante sur toute initiative, et pour contrôler par le parti dominant toutes les associations ; et le secteur associatif est dans l'enfance, les notables ayant gardé tous les réflexes – quelles sont les consignes des chefs ? – acquis sous le régime du parti-État.

Du côté du secteur associatif, pourtant, un sérieux effort d'organisation s'impose encore, mais il est commencé. Au Mali, afin d'éviter l'étouffement des centres de santé communautaires par la politique d'approvisionnement pharmaceutique qu'aurait été tentée de mener la société d'État chargée d'importer pour le secteur public, les associations ont créé un groupement d'intérêt économique pour importer des médicaments essentiels génériques (Maïga, 1997). Ensuite, il a fallu apprendre à gérer cette activité, et par voie de conséquence, imposer un peu de rigueur à la gestion des associations elles-mêmes, ce qui n'est pas allé sans grandes difficultés. Par ailleurs, pour participer plus directement à la discussion de la politique de santé, une Fédération nationale des associations de santé communautaires a aussi été créée, qui elle aussi ne survit pas sans difficulté ni conflits. Mais à travers ces difficultés, assurément grâce à elles, on voit bien se lever une génération de cadres et notables locaux<sup>29</sup> qui prennent des responsabilités dans les activités des associations. On voit aussi apparaître une génération de professionnels de santé à qui de grandes responsabilités sont données – avec tout le pouvoir professionnel d'appréciation et de décision nécessaire – en ce qui concerne la bonne marche des services qui leur sont confiés, et qui sont des services à but non lucratif.

Il est vrai qu'une solution de ce genre n'empêche pas les phénomènes d'exclusion, de domination, de clientélisme. Sur le premier point cependant, divers travaux récents ou en cours, menés dans plusieurs capitales ouest-africaines, ne confirment pas que le prix des services lui-même soit un des déterminants majeurs du choix par le malade du segment de l'offre auquel il va s'adresser : l'idée *a priori* que se fait le malade de la cherté des soins (Juillet, 1998), ou la qualité perçue de ces derniers, ou leur qualité objective semblent avoir une importance bien plus grande. En ce qui concerne les phénomènes de clientélisme, ils sont très visiblement liés à la rareté, et l'entretien de la rareté des biens et services médicaux a longtemps garanti la rente dont bénéficiaient les professionnels. Or, contrairement à ce qu'on pouvait craindre (« des centres de santé entièrement autofinancés vont créer encore plus

---

29. Il s'agit nécessairement de notables ; personne ne peut attendre que des chefs de famille illettrés et affamés consacrent une partie de leur temps à des activités collectives ; on a pourtant vu des critiques s'étonner de l'étroitesse de la base sociale des associations.

d'injustice et d'exclusion dans la santé »), les centres de santé communautaires ont desserré la contrainte de rareté, en entraînant une nette augmentation du nombre des bénéficiaires de services simples mais de qualité. Plus inattendu encore, cette augmentation s'est produite spécialement dans les segments les plus pauvres de la population<sup>30</sup>.

Quant à la solution qui consiste, pour les administrations publiques, à capter l'aide internationale pour développer des centres de santé dits communautaires, elle est une absurdité et un pur et simple gaspillage de l'aide. Pourtant, c'est exactement ce qu'encourage et finance la Banque mondiale depuis le milieu des années 1980, l'Unicef lui servant d'assistant technique sur le terrain : en Guinée, au Mali, au Burkina Faso, au Sénégal, en Côte d'Ivoire, en Mauritanie, au Bénin, etc., ce sont des missions de fonctionnaires et d'experts venus de la capitale ou de l'étranger qui proposent aux villageois de s'organiser en association, leur promettant en échange la construction d'un centre de santé. Comment ne pas accepter ? Mais on le fait sans illusion (Tinta, 1997). Il faudrait pourtant être capable d'admettre que les administrations publiques, aujourd'hui, en Afrique francophone, ne sont pas capables de mobiliser les énergies de la population. On ne peut libérer les énergies qu'en démocratisant la vie politique, et c'est évidemment là que le bât blesse<sup>31</sup>.

À la réussite d'initiatives de santé communautaires, il faut aussi d'autres conditions qui tiennent aux rapports entre les professionnels de santé et la population qu'ils servent. Précisément, la notion de service a été complètement oubliée, tout dialogue est devenu impossible. Tous ceux qui ont porté un intérêt, si fugitif soit-il, aux innovations dans les systèmes de santé savent pourtant que, pour obtenir une participation effective des bénéficiaires des soins aux décisions individuelles et collectives qui concernent leur santé, il faut, d'une part, « structurer des lieux de dialogue » et, d'autre part, lier les aspects techniques et les aspects économiques de ces décisions, de façon à ce que tous – professionnels et patients – soient dans une vraie perspective de choix, de sélection des activités prioritaires. Les données de l'expérience de Kasongo sont ainsi radicalement à l'opposé de la pratique autoritaire et suffisante des bureaucraties des ministères de la Santé (Van Balen et Van Dormael, 1999).

---

30. Cf. le travail d'Hélène Perrin, en cours, sur Abidjan (l'enquête a été réalisée grâce à un financement de l'Unicef-Bureau de Côte d'Ivoire, et du Projet Santé Abidjan-Coopération française).

31. La démocratie n'est pas dans l'élection à 99 %, à la suite de campagnes nationales organisées avec tous les moyens du système parti-État, de présidents ou députés tous désignés au niveau national par le système parti-État ; les anglophones d'Afrique le disent bien plus clairement que les francophones, cf. Mamdani (1998).

## Quelques conclusions pratiques

Il fallait, croyons-nous, ce très long détour par la critique impitoyable du « jeu des normes » au profit des intérêts matériels les plus évidents des professions de la santé pour que puisse apparaître ce que pourrait être une véritable politique de « santé publique ». Nous ne pouvons ici qu'esquisser trois de ses aspects.

Si l'on se préoccupe de la santé du plus grand nombre, au motif que toute vie en vaut une autre, il nous faut disposer d'un moyen de comparer les résultats attendus des actions médicales (préventives ou curatives) proposées par la Faculté de médecine. Ce moyen existe, il est désormais appliqué d'une façon assez étendue et assez détaillée pour qu'on prenne en considération ses résultats : on peut mesurer la charge de la maladie, comme aussi bien les effets d'une action préventive ou curative, en années de vie corrigées de l'invalidité (AVCI<sup>32</sup>). Nous savons aujourd'hui que la charge globale de la maladie est très différente pour la population de l'Afrique de ce qu'elle est dans le reste du monde : les maladies transmissibles, maternelles et périnatales représentent ici 70 % de la charge (contre 45 % dans l'ensemble du monde et moins de 10 % pour les pays du Nord ; cf. Banque mondiale, 1993). Nous pouvons donc demander que les systèmes de santé en tiennent compte dans leurs activités et donc dans leurs structures. Nous savons désormais par exemple que les pathologies cardiaques ne représentent pas plus de 4 % de la charge globale, la lèpre 1,5 %, l'onchocercose 0,2 %. Les priorités sont-elles là ou bien sont-elles du côté du paludisme (10 %), des infections respiratoires aiguës (10 %), du sida (6,3 %) ou de la tuberculose (4,7 %) ?

Voir où sont les grands problèmes ne suffit pas. Il faut aussi savoir si nous sommes capables de les réduire et à quel coût. Car il serait certainement contestable d'employer toutes les ressources dont nous disposons à lutter par des moyens extrêmement coûteux contre quelques affections de peu de poids ou pour tenter de sauver quelques malades en état désespéré : cette façon de faire priverait d'autres malades de soins qui auraient pu les guérir. On peut gagner une AVCI en dépensant entre 2 et 10 \$ si cette somme est affectée à la vaccination ciblée contre le tétanos, ou au BCG, ou à la polychimiothérapie de la lèpre ; mais il faut dépenser 100 \$ pour gagner une AVCI avec un programme de lutte contre le cancer du col à l'aide d'un programme de dépistage précoce ; et il faut

---

32. En anglais Quality-Adjusted Life Years (QALYs) ou Disability-Adjusted Life Years (DALYs).



dépenser plus de 200 \$ et peut-être jusqu'à 500 pour gagner une AVCI dans la lutte contre le paludisme en combinant traitement des cas repérés par dépistage passif et contrôle chimique des vecteurs ; certains traitements des infections aiguës du myocarde peuvent, quant à eux, coûter jusqu'à 30 000 \$ par AVCI (Banque mondiale, 1993).

Cela étant, nous disposons là d'un instrument qui permet d'établir des priorités dans le contrôle des maladies. Cet instrument combine l'étendue du problème (son effet sur la durée de la vie et sur l'agrément de la vie), l'efficacité des moyens proposés par la Faculté, et le coût de la mise en œuvre de ces moyens. Il est difficile de prétendre que l'usage de cet instrument serait contraire à l'éthique médicale (Williams, 1999).

La première proposition pratique est donc la suivante : passons les activités du système de santé, et ses structures, au crible des connaissances que nous avons sur les priorités de santé publique dans les pays d'Afrique, et tirons les conséquences qui s'imposent. Dans les grandes lignes, on sait dans quelle direction ce travail nous conduira, puisqu'il a déjà été mené sur des données représentant des pays typiques (Banque mondiale, 1993), et dans quelques pays réels<sup>33</sup>. La distinction entre activités de santé publique, activités cliniques essentielles et activités cliniques discrétionnaires s'impose, mais les définitions doivent être adaptées à chaque situation épidémiologique et à chaque niveau de ressources. Toutefois on sait par avance que, dans beaucoup de contextes, certaines activités n'ont aucun intérêt de santé publique, et n'ont donc pas à bénéficier de la solidarité nationale ; que certaines activités sont beaucoup trop coûteuses pour les résultats qu'on peut raisonnablement en attendre, qu'il faut les supprimer dans le secteur public et ne pas les subventionner dans le secteur privé.

Une seconde proposition concerne les médicaments. L'objectif doit être de fournir au malade les seuls médicaments dont il a besoin et au prix le plus bas. La rationalisation de la prescription fait partie du respect de la norme de vérité scientifique, elle doit être un objectif prioritaire dans la réforme des services de santé. En matière de thérapie, il est loisible à tout praticien d'avoir ses préférences, et il est loisible à tout malade d'avoir ses exigences particulières ; mais ni les unes ni les autres ne peuvent s'imposer à la solidarité nationale. Il faut donc imaginer que, pour les malades hospitalisés comme pour les malades externes, seuls les produits d'une liste restreinte soient disponibles (comme c'est le cas à l'Assistance publique de Paris, parmi bien d'autres exemples au Nord), liste établie en

---

33. Par exemple : *Malaysia, Fiscal Reform for Stable Growth*, Report n° 10120-MA, 24 avril 1992 ; ou : Jha, Ranson et Bobadilla (1996).

s'inspirant suffisamment de l'expertise internationale<sup>34</sup>. En outre, on peut imaginer que tous les produits de cette liste soient rendus disponibles en quantité égale aux besoins dans les établissements (publics et privés à but non lucratif), soient acquis et prescrits en dénomination commune internationale, sous forme générique chaque fois que possible, et mis à la disposition des services ou des consultants externes par une pharmacie publique ou privée installée au sein même de l'établissement et chargée de délivrer ou vendre exclusivement ces produits ; enfin, que les produits prescrits sur cette liste soient fournis gratuitement aux patients hospitalisés (donc payés pour eux par la solidarité nationale), et vendus à prix coûtant aux malades externes. Cette façon de faire généraliserait l'utilisation des médicaments essentiels et éventuellement génériques dans le secteur public ; elle rendrait ces médicaments immédiatement accessibles aux patients, et au plus juste prix, et elle éviterait que les médecins soient les rabatteurs des officines pharmaceutiques privées. La pratique libérale, financée entièrement par les ressources propres de ses clients, pourrait aussi recourir aux médicaments essentiels et génériques, mais rien ne l'empêcherait de recourir aux spécialités<sup>35</sup>.

La troisième proposition consiste à suggérer de laisser se développer les initiatives de base (quartier, village) en matière de création, puis de gestion, de formations sanitaires de premier niveau. Toute initiative de la base doit être encouragée, même s'il est souhaitable qu'une forme d'assistance technique, capable de s'adapter à chaque interlocuteur, soit mise à la disposition des groupes qui prennent des initiatives dans ce domaine et se sentent mal armés<sup>36</sup>. Dans un second temps, il sera possible de favoriser la mise en place de nouveaux mécanismes de solidarité (dans lesquels les pouvoirs publics ne doivent avoir aucun rôle de gestion ou de contrôle, faute de quoi la population refusera de participer, exemple tout récent du Niger, où les gens cotiseraient bien pour payer une partie des soins de santé, mais à la condition que l'administration ne soit pas concernée par la gestion). Dans un troisième temps, il sera peut-être possible de reprendre à la base (c'est-à-dire aussi à partir de l'enseignement donné par les Facultés de médecine, aujourd'hui dans un état intellectuel et moral pitoyable) les problèmes de la déontologie et de la qualité des soins. Il faut très peu de lois, très peu de règlements, très peu

34. Parce que l'expertise nationale est encore parfois limitée.

35. On a montré au moins sur un exemple qu'une répartition un peu similaire des tâches ne compromettrait pas l'équilibre de la gestion de la société d'État chargée de l'importation et de la distribution des médicaments ; cf. J. Brunet-Jailly (1990).

36. La Coopération française a su le faire pendant plusieurs années au Mali, à la fois par un poste d'assistance technique spécifiquement dédié à cette tâche, et par une utilisation judicieuse des capacités de recherche-action à Bamako.

de contrats : le moins possible, parce que tout le système a été vicié par ces moyens-là. Il faut laisser les gens résoudre leurs problèmes eux-mêmes.

Et, pour les bailleurs, il faut travailler uniquement avec la base. On objectera peut-être que l'aide américaine avait apparemment choisi cette solution lorsqu'elle s'est réorganisée en Afrique il y a quelques années<sup>37</sup>. Naturellement, cette forme d'intervention, comme l'autre, peut simplement créer une classe de clients, ces intellectuels entièrement dépendants des rémunérations que leurs compétences leur permettent d'obtenir s'ils travaillent sur les financements extérieurs. La question intéressante est donc en fait de savoir quelles conditions il faut remplir si l'on veut parvenir à structurer un milieu pour le rendre plus autonome, voire indépendant. Cet objectif implique notamment que les bailleurs suivent pendant de longues années les réalisations qu'ils aident à la base, jusqu'à ce qu'elles soient capables de voler de leurs propres ailes : il implique que l'aide forme des compétences, qu'elle ne se contente pas de montrer que les étrangers savent réaliser ceci ou cela et le gérer pendant un an ou deux. Mais aussi, au lieu de mettre sur la table dès le premier jour des programmes tout prêts et de grosses sommes d'argent, il faut susciter la formulation de programmes par des leaders locaux, leur accorder juste cette aide dont ils ont besoin pour démarrer, accompagner leur effort en les aidant à résoudre au jour le jour les difficultés qu'ils rencontrent et en leur donnant la formation au fur et à mesure que le besoin en est ressenti, puis susciter lorsque le moment est venu les actions complémentaires (par exemple, après la création de centres de santé communautaires, il faut se préoccuper de l'approvisionnement en médicaments essentiels génériques, puis de la prise en charge des indigents, puis du contrôle permanent de la qualité des soins, etc.), et aider à l'effort de structuration juridique qui donnera à la fois les garanties souhaitées et la légitimation nécessaire.

Utopie ? Certainement jusqu'à un certain point, et fort heureusement, mais nombreux sont ceux qui pensent qu'« un changement imposé de l'extérieur ne peut pas se réaliser », que le système des conditionnalités « renforce les relations hiérarchiques traditionnelles, au lieu de donner du pouvoir à ceux qui pourraient servir de catalyseurs du changement », que « les ingrédients essentiels d'une stratégie de développement réussie est l'appropriation et la participation », parce que « le développement ne peut pas être simplement une affaire de négociation entre un bailleur de fonds

---

37. Nous ne disposons d'aucun bilan de cette expérience. En revanche, on pourrait chercher à savoir quel est ce bilan en Haïti, où l'aide américaine intervient de cette façon depuis des années.

et le gouvernement », et parce que « le développement doit aller plus profond, il doit impliquer et aider des groupes de la société civile » (Stiglitz [économiste en chef à la Banque mondiale], 1998).

Quant à la nécessaire légitimation de ces initiatives fréquemment fondées au départ sur une logique d'intérêts locaux, l'expérience malienne dans le domaine de la santé communautaire montre qu'elle peut provenir de la taille qu'atteignent les réalisations « déviantes » et des difficultés qu'elles rencontrent. Il est vrai que, dans le même temps qu'une pyramide d'activités se met en place, un minimum de structuration juridique s'impose (Lévy, 1999). Mais il n'y a que des inconvénients à édicter les textes juridiques avant que les réalisations n'aient pris corps : c'est un travers administratif ordinaire dont il faut au contraire sortir.

En un mot, ce qu'il faut trouver, c'est le moyen de sortir de « l'indigénisation du colonialisme », telle qu'elle a été décrite de façon véritablement prophétique par Aimé Césaire lors du second congrès des écrivains noirs, à Rome, il y a quarante ans.

« Au sein de nations imparfaitement décolonisées, on risque de voir apparaître à n'importe quel moment des phénomènes de récurrence typiquement colonialistes, utilisés non pas par un colonialiste ou un impérialiste, mais par un groupe ou une classe d'hommes qui, dès lors, dans la nation libérée, se situent en épigones du colonialisme et se servent des instruments inventés par le colonialisme » (cité par R. Depestre, 1998).

L'essentiel est probablement de briser la norme de la dépendance, instaurée par l'encombrante générosité des bailleurs, et dont ont si bien su profiter des mains éminemment africaines<sup>38</sup>, avec les tristes résultats que nous voyons. Il resterait à développer tous les aspects proprement éthiques de cette perspective, pour l'opposer clairement aux utilisations scandaleuses de notions éthiques.

---

38. L'expression est empruntée à René Depestre, *op. cit.*, p. 73, lorsqu'il parle de « mains éminemment haïtiennes ».

## Bibliographie

- AG ICKNANE A., H. SANGHO et A. DIAWARA, 1997, « Inventer une médecine de quartier, l'expérience de Bamako », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- AKOI AZIZI F. *et al.*, 1999, « Évacuation des parturientes à Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- ANNAHEIM-JAMET I., S. TRAORE et H. BALIQUE, 1997, « Réinventer la médecine de campagne », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- AZAM J. P., 1995, « L'État autogéré en Afrique », *Revue d'économie du développement*, n° 4.
- BAGAYOGO S., 1987, « L'État au Mali, représentation, autonomie et mode de fonctionnement », in E. Terray (dir.).
- BANQUE MONDIALE, 1989, *L'Afrique subsaharienne, de la crise à la croissance durable, étude de prospective à long terme*, Washington DC.
- 1993, *Rapport sur le développement dans le monde*, « Investir dans la santé », Washington DC.
- BARBÉ T., 1997, « Pourquoi et comment l'État devient-il entrepreneur social ? », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- BARBÉ T. et A. TANO-BIAN, 1997, « Le modèle associatif est-il nécessaire ? », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- BARLOW R., 1997, « Investir dans la santé », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- BARNUM H. et J. KUTZIN, 1993, *Public Hospitals in Developing Countries, Resource Use, Cost and Financing*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- BERCHE T., 1999, « Qu'attendre des guérisseurs ? Conflits de légitimité et stratégies dans le domaine du sida en Côte d'Ivoire », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- BRUNET-JAILLY J., 1990, « La pharmacie populaire du Mali dans le contexte de l'Initiative de Bamako », ministère de la Santé publique-Unicef, Bamako, juin (polycopié).
- 1995, « L'ajustement macroéconomique et le secteur de la santé au Mali », in *Environnement macroéconomique et santé*, avec études de cas dans les pays les plus démunis, Aupelf-UREF-ESTEM-Organisation mondiale de la santé.
- (dir.), 1997, *Innover dans les systèmes de santé, expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- (dir.), 1999, *Santé en capitales : la dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA.

- 1999a, « Introduction », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 161 consacré au thème « Politiques de santé et valeurs sociales », septembre, Unesco/Erès.
- 1999b, « La Banque mondiale a-t-elle une stratégie en matière de santé ? », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 161, septembre.
- 2000a, « La politique publique de santé dans les faits en Afrique », *Politique africaine*, juin.
- 2000b, « Quels systèmes de santé pour l'Afrique à l'aube du III<sup>e</sup> millénaire ? », in C. Pairault (dir.).
- CASTRO-LEAL F., J. DAYTON, L. DEMERY et K. MEHRA, 1998, « Public social spending in Africa : do the poor benefit ? », *Lutte contre la pauvreté et gestion économique*, ronéo, Banque mondiale, Washington DC.
- CONTAMIN B. et H. MEMEL-FOTÊ (dir.), 1997, *Le Modèle ivoirien en question, crises, ajustements, recompositions*, Paris, Karthala.
- DEMERY L., 1997, « Benefit incidence analysis. Poverty reduction and economic management », Banque mondiale, Washington DC, ronéo.
- DEPESTRE R., 1998, *Ainsi parle le fleuve noir*, Éditions Les Paroles de l'aube.
- DEVEAUD B. et B. LEMENNICIER, 1997, *L'OMS, bateau ivre de la santé publique, les dérives et les échecs de l'agence des Nations unies*, Paris, L'Harmattan.
- EKANZA S.-P., 1997, « Pillage, fraude et corruption sur la filière bois », in B. Contamin et H. Memel-Fotê (dir.).
- ESCALON E., T. BARBÉ, C. ORTIZ et P. EONO, 1997, « Qu'attendre d'une gestion privée à but non lucratif ? L'exemple des FSU-Com d'Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- GAUCHET M., 1998, « Essai de psychologie contemporaine », *Le Débat*, n° 99, mars-avril.
- 1999, *Le Désenchantement du monde : une histoire politique de la religion*, Paris, Éditions de Minuit.
- GRUÉNAIS M.E., 1985, « Mariages en ville et malnutritions aiguës », *Sciences sociales et santé*, 3, 3-4.
- HATZFELD H., 1971, *Du paupérisme à la sécurité sociale 1850-1940*, Paris, Armand Colin.
- HÖFFE O. (dir.), 1993, *Petit dictionnaire d'éthique*, Cerf-Éditions universitaires de Fribourg.
- JAMISON D. et alii, 1993, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Oxford Medical Publications.

- JEAN J.-C. et M. MAESSCHALCK, 1999, *Transition politique en Haïti, radiographie du pouvoir Lavalas*, Paris, L'Harmattan.
- JHA P., K. RANSON et J.-L. BOBADILLA, 1996, « Measuring the burden of disease and the cost-effectiveness of health interventions, A case study of Guinea », *World Bank Technical Paper* n° 333, Washington DC.
- JOUANA G., 1992, *Hippocrate*, Paris, Fayard.
- JUILLET A., 1998, *Approche économétrique de la demande de soins dans les pays en développement, le recours aux services de santé à Bamako*, thèse de doctorat es sciences économiques, université de Paris I, avril.
- KERSHAW I., 1999, *Hitler, 1889-1936, Hubris*, traduction française par Pierre-Emmanuel Dauzat, Flammarion.
- LE JEAN Y., 1997, « L'expérience associative, vulnérable et irremplaçable », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- LÉVY M., 1999, *Synthèse d'étape*.
- LLOYD G.E.R., 1979, *Magic, Reason and Experience, Studies in the Origin and Development of Greek Science*, Cambridge University Press (traduction française : *Magie, raison et expérience : origine et développement de la science grecque*, Flammarion, Paris, 1990).
- LOSCH B., 1997, « À la recherche du chaînon manquant, pour une lecture renouvelée de l'économie de plantation ivoirienne », in B. Contamin et H. Memel-Fotê (dir.).
- MAÏGA A., 1997, « Prendre en mains l'importation des médicaments essentiels », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- MAMDANI M., 1998, « The politics of civil society and ethnicity, reflections on an african dilemma », *Political Power and Social Theory*, vol. 12.
- MEMEL-FOTÊ H., 1999, « La modernisation de la médecine en Côte d'Ivoire », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 161, septembre.
- OUATTARA S. et al., 1999, « Les activités vaccinales de routine dans les établissements sanitaires publics et communautaires d'Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- ORTIZ P. et al., 1999, « L'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Abidjan en 1994-96 », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- PAIRAULT C. (dir.), 2000, *Citadins et ruraux au sud du Sahara*, Paris, Karthala.
- PORTAL J.-L. et al., 1999, « La qualité de la prise en charge obstétricale dans le secteur sanitaire public d'Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.).

- République du Bénin (1998), *Financement des services sociaux essentiels* (suivi de l'Initiative 20 %/20 %), Programme des Nations unies pour le développement et Organisation des Nations unies pour l'enfance.
- ROEMER M., 1984, « More schools of public health. A worldwide need », *International Journal of Health Services*, 14, 3.
- STIGLITZ J. E., 1998, *Towards a New Paradigm for Development : Strategies, Policies and Processes*, Prebisch Lecture, CNUCED, Genève.
- STOUT S., 1997, *Evaluating Health Projects, Lessons from the Literature*, World Bank Discussion Paper n° 356, World Bank, Washington DC.
- TANO-BIAN A., 1997, « Innover avec l'administration à Abidjan », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- TERRAY E. (dir.), 1987, *L'État contemporain en Afrique*, Paris, L'Harmattan.
- TINTA S., 1997, « Innover dans la participation, des mots aux actes », in J. Brunet-Jailly (dir.).
- VAN BALEN, H. et M. VAN DORMAEL, 1999, « Professionnels et usagers des services de santé », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 161, septembre.
- WILLIAMS A., 1999, « L'économie, l'éthique et le public dans la politique des services de santé », *Revue internationale des sciences sociales*, n° 161 consacré au thème « Politiques de santé et valeurs sociales », septembre, Unesco/Erès.
- WORLD BANK, 1975, *Health Sector Policy Paper*, Washington DC.