

UFR
SCIENCES DE L'HOMME
ET DE LA SOCIETE

Intitut d'Ethno Sociologie

UNIVERSITE D'ABIDJAN
COCODY

DOCTORAT DE 3^{ème} CYCLE

OPTION : SOCIOLOGIE ET ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE

**LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE ET
COMPORTEMENTS SOCIO-SANITAIRES
EN COTE D'IVOIRE :
ETUDE DE CAS REGIONAUX**

PRESENTEE PAR

ASSEMIAN MOSSOUMA EMMA

DIRIGE PAR

Pr. KOUAKOU N'GUESSAN François

ABIDJAN JANVIER 2001

REMERCIEMENTS

Ce travail est le fruit d'un effort soutenu de cinq années. Cet effort a été possible et constant grâce à notre famille, à nos maîtres et à nos amis et camarades à qui je rends un hommage sincère.

Qu'il me soit permis de dire aux parents que cette thèse est peut-être un substitut intellectuel à une certaine attente non réalisée et qu'ils l'acceptent comme le produit de leurs sacrifices.

A mes maîtres, j'exprime ma reconnaissance pour leur aide académique et scientifique pendant ces longues années de formation. Cette recherche dans ses aspects positifs est aussi le résultat de leur bienveillante contribution.

A mes amis et camarades, je dis merci pour les mots d'encouragement et pour les conseils et les soutiens affectifs et renouvelés.

A V A N T - P R O P O S

La politique de promotion sanitaire est un objectif affiché du Ministère de la Santé Publique. L'atteinte de cet objectif prioritaire se heurte à de nombreuses difficultés d'ordre matériel et financier ; social et psychologique. Au niveau financier, le budget de l'Etat, appuyé par l'apport de la coopération bi et multilatérale, la formation des hommes bien que soutenue, ont leurs revers psychologiques au plan des relations humaines (soignants-soignés).

La question sanitaire est fort complexe car elle implique non seulement les difficultés évoquées plus haut mais elle concerne aussi une culture des soins de santé dont la maîtrise fait l'objet de la présente étude qui va couvrir les trois principales parties de cette thèse.

PRINCIPAUX SIGLES UTILISÉS

- ANADER : Agence Nationale de Développement Rural
- BAD : Banque Africaine de Développement
- B.F : Budget de Fonctionnement
- BSIE : Budget Spécial d'Investissement et d'Equipement
- CAMES : Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur
- C.H.R : Centre Hospitalier Régional
- C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire
- C.I.D.T : Compagnie Ivoirienne de Développement de Textiles
- E.P.N : Etablissement Public National
- F.A.C : Fonds d'Aide et de Coopération
- FNUAP : Fonds des Nations-unies pour les activités en matière de la Population
- F.R.A.R : Fonds Régionaux d'Aménagement Rural
- G.V.C : Groupement à Vocation Coopérative
- I.E.P : Inspection d'Enseignement Primaire
- I.N.F.A.S : Institut National de la Formation des Agents de Santé
- I.N.F.S : Institut National de Formation Sociale

- O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé
- O.N.G : Organisation Non Gouvernementales
- ONU-SIDA : Organisation des Nations-Unies pour le SIDA
- O.S.E.R : Office de Sécurité Routière
- P A H : Programme Hospitalier
- P.M.I : Protection Maternelle et Infantile
- P.N.D.S : Programme National de Développement Sanitaire
- PNUD : Programme des Nations-Unies pour le Développement
- P.S.P : Pharmacie de Santé Publique
- S. S. P : Soins de Santé Primaire
- U F R : Unité de Formation et de Recherches
- U N I C E F : Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance

S O M M A I R E

| | <u>PAGES</u> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <u>INTRODUCTION GENERALE</u> | 10 |
| 1 - La Présentation du sujet et de son objet | 10 |
| 2 - Les termes de la Problématique | 12 |
| 3 - Les Objectifs visés..... | 15 |
| 4 - La Méthodologie | 18 |
| <u>PREMIERE PARTIE : LA POLITIQUE SANITAIRE EN COTE D'IVOIRE</u> | 37 |
| <u>CHAPITRE I</u> : Le Ministère Chargé de la Santé Publique : Quelle Politique et quelle Administration ?..... | 49 |
| <u>CHAPITRE II</u> : Contradictions et Incohérences de la politique sanitaire | 86 |
| <u>CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE</u> | 105 |
| <u>DEUXIEME PARTIE : ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES POPULATIONS F ACE AUX SYSTEMES SOCIO- SANITAIRES</u> | 107 |
| <u>CHAPITRE III</u> : Perception et représentations de la santé et de la maladie | 109 |
| <u>CHAPITRE IV</u> : Les formations hospitalières de l'espace aux Hommes | 150 |
| <u>CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE</u> | 194 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <u>TROISIEME PARTIE : LA FORMATION ET L'INFORMATION COMME FONDEMENT DE LA POLITIQUE SANITAIRE</u> | 204 |
| <u>CHAPITRE V : La formation des personnels : un point l'appui</u> | 207 |
| <u>CHAPITRE VI : L'éducation et la communication : un moyen de promotion de la politique sanitaire</u> | 249 |
| <u>CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE</u> | 265 |
| <u>CONCLUSION GENERALE</u> | 280 |
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | 292 |
| <u>ANNEXE</u> | I |

INTRODUCTION GÉNÉRALE

- 1 - La présentation du sujet et de son objet
- 2 - Les termes de la problématique
- 3 - Les objectifs visés
- 4 - La méthodologie

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'introduction générale de cette recherche est organisée à quatre niveaux complémentaires :

- . La présentation du sujet ;
- . La problématique de ce sujet ;
- . Les objectifs de recherche visés ;
- . La méthodologie.

LA PRÉSENTATION DU SUJET

L'histoire de la santé publique en Côte d'Ivoire comme celle des autres Etats, surtout les ex-colonies africaines, s'est essentiellement préoccupée de la médecine curative.

Cette orientation qui va privilégier à tort ou à raison l'administration des soins aux différents malades, négligera par la même occasion l'aspect communautaire de la santé.

Bien que dans ce secteur, l'organisation de la lutte contre les grandes endémies ait structuré des réseaux d'actions, son impact en matière de santé publique est restée faible¹. Pourquoi cette faiblesse ? Cette faiblesse de la médecine coloniale et même post-coloniale s'explique par l'orientation prothérapeutique qui a fini par l'emporter sur la partie éducative et curative.

Cela peut se comprendre car si les urgences qu'impose la maladie nécessitent une action rapide et immédiate, la prévention semble un luxe à côté de la misère des malades affligés.

Cependant, la logique des résultats à long terme de la sensibilisation et de l'éducation sanitaire est plus porteuse pour la politique de promotion sanitaire. La médecine communautaire, celle de masse, est incontestablement moins spectaculaire, mais souvent plus difficile, car elle requiert une véritable stratégie pédagogique et des stratégies d'action psychosociologique plus élaborées et plus subtiles.

L'option communautaire, avec le nombre de plus en plus croissant de nos populations rurales et urbaines, n'est-elle pas à privilégier ? Sans remettre en cause l'importance, la portée et l'opportunité de la médecine curative, ne faut-il pas plus encourager les initiatives de la médecine préventive ?

¹ C'est le cas du réseau O.C.C.G.E. (Organisation de Coordination et de Coopération pour la lutte contre les Grandes Endémies) en Afrique de l'Ouest.

C'est cette réflexion qui est ici initiée à travers notre sujet de thèse dont la formulation est la suivante :

"POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ET COMPORTEMENTS SOCIO-SANTAIRES EN CÔTE D'IVOIRE : ETUDE DE CAS RÉGIONAUX".

C'est ce sujet qui fera l'objet de cette recherche et dont les principales articulations sont exposées dans la problématique qui suit.

2 - LES TERMES DE LA PROBLÉMATIQUE

La politique de santé publique en Côte d'Ivoire est marquée par une constance : la priorité accordée à la médecine curative et comme corollaire à cette option majeure, la construction des infrastructures sanitaires :

- . Centres Hospitaliers Universitaires (Treichville, Cocody, Yopougon et Bouaké)
- . Hôpitaux, dispensaires et maternités
- . Centres de protection maternelle et infantile
- . Centres médico-scolaires et universitaires
- . Centres spécialisés (Institut de Cardiologie, Léproseries...)

Pour rendre opérationnelles ces formations, on s'efforce de les pourvoir en personnel qualifié : d'où une politique de formation à travers les UFR sciences médicales comptant aujourd'hui plus de 6000 (six) étudiants avec un rythme de soutenance de plus de 100 thèses par an, toutes spécialités confondues. Trois écoles d'infirmiers et sages-femmes (Abidjan, Bouaké et Korhogo) pour un objectif de 250 infirmiers, infirmières et 90 sages-femmes par an.

L'ensemble des infrastructures et le personnel sont complétés par un équipement technique dont la quantité et la qualité sont à la mesure des moyens de l'Etat.

Faut-il considérer qu'une politique de santé publique ne peut atteindre sa pleine efficacité qu'avec ces trois paramètres : infrastructures - personnel qualifié et équipements ?

Certes, il faut des locaux appropriés, des spécialistes confirmés et du matériel indiqué, pour assurer une politique de santé publique digne de ce nom. Cela suffit-il pour garantir l'efficacité de cette politique ? Où situe-t-on les populations, principales destinataires et bénéficiaires de la politique sanitaire ?

S'il est évident que le service médical n'est pas un service vétérinaire, il faut considérer l'homme au centre du système sanitaire de soins, en ne le considérant pas comme un objet d'application de théories scientifiques et de pratiques technologiques à travers structures, superstructures et infrastructures médicales.

N'importe-t-il pas d'apprécier l'efficacité de la santé par rapport à cet homme-sujet ? Ne faut-il pas désormais inverser l'ordre de jugement et d'appréciation de l'efficacité des systèmes sanitaires ?

Ne convient-il pas dans cette même perspective, de privilégier la prévention sanitaire qui justement en appelle à l'intelligence et à la conscience des individus et des collectivités au détriment des soins ?

L'importance de cette nouvelle perspective au plan de la politique de santé tient à deux raisons :

. La première est d'amener tous les personnels de santé à apprendre à reconsidérer leur sujet malade, qui n'est pas un animal, ni un objet d'exercice professionnel, mais bien un homme, certes affecté dans son corps et son esprit, mais un homme, au sens noble et philosophique du terme.

. La seconde tient aux closes de l'objectif de « la santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Dans cette perspective, il est urgent d'accorder à la santé publique une place de choix ; pour ce faire, un véritable dialogue doit s'instaurer entre soignants et soignés. Comment l'instaurer ?

on est
en 2000
Alors ?

Avant de se demander comment établir une communication viable et permanente entre les populations concernées et les responsables de santé publique, il importe d'identifier les comportements socio-sanitaires des dites populations. Cette identification relève d'une étude essentiellement qualitative de type psychosociologique et socioculturel. Elle implique des interrogations : comment réagissent les différentes strates sociales face aux structures hospitalières, (personnels techniques, médecins, sages-femmes, infirmiers, infirmières) aux ordonnances, aux médicaments, aux conseils : slogans et directives diverses ?

Quelles sont les conséquences de ces questions ?

A priori, les conséquences de ces questions sont très importantes pour la politique de santé publique en Côte d'Ivoire. Elles permettent aux pouvoirs publics d'ajuster les objectifs, de corriger les insuffisances et de tenir compte des "personnalités collectives" des bénéficiaires de cette politique, dont la dimension humaine est prépondérante. La prise en compte de cette dimension humaine ouvre sûrement de nouvelles perspectives, impose au système médical tout entier un nouveau regard et l'adoption de nouveaux critères d'efficacité.

La contribution de la méthodologie et le langage des sciences (anthropologie et psychologie sociales) ne pourraient-ils pas aider à la programmation de cette médecine communautaire et la promotion sanitaire en Côte d'Ivoire ?

Ces différentes interrogations nous permettent d'esquisser les objectifs visés par cette étude ; quels sont-ils ?

3 - LES OBJECTIFS VISÉS

Ils sont de trois types : l'un est académique l'autre est opérationnel et le troisième est stratégique.

3-1- L'objectif académique

Cet objectif procède de l'originalité de la problématique indiquant la spécificité du sujet. En ce qui nous concerne, nous pensons que l'efficacité de la médecine dans la politique de santé publique doit prendre comme référence essentielle les satisfactions du malade-sujet et non simplement se focaliser sur la recherche d'une infrastructure, celle de professionnels et d'équipements et s'en contenter.

Il s'agit donc pour ce premier objectif, de montrer les modalités de fonctionnement des formations sanitaires en Côte d'Ivoire, à partir d'un échantillon qualitativement représentatif, choisi dans le Sud, le Centre, l'Est et le Nord du pays.

Cette perspective académique nous conduit à rechercher les objectifs de "la santé pour tous d'ici l'an 2000" ; ailleurs et au-delà des C.H.U, des équipements sophistiqués et de la science des professeurs, des médecins et des infirmiers dont la somme d'efforts est impérative et indispensable mais non suffisante.

Notre analyse s'emploiera à démontrer les limites de ces éléments portés vers la médecine curative et du reste peu promoteurs de la médecine communautaire et par ailleurs trop onéreux pour le plus grand nombre.

3-2- L'objectif opérationnel

Le second objectif découle de la prise en compte de notre projet, avec lequel on instaure des circuits permanents de communication. Cette manière de voir, implique pour les cadres de la santé une nouvelle manière de considérer le malade, de façon positive et humaine et non de façon accessoire comme un simple objet de travail : ce qui amène la politique de santé à appuyer davantage la politique préventive par programmes d'hygiène, d'assainissement, d'information, d'éducation sanitaire et ce, en relation plus étroite avec les collectivités locales (responsables et communautés de base, groupements associatifs, classes d'âge, clubs...). Ce second objectif vise également à saisir les attitudes et les comportements des populations à partir d'entretiens avec les milieux sociaux et humains.

3-3- L'objectif stratégique

Le dernier objectif est davantage stratégique. Il vise à élaborer des programmes d'action concrets pour la promotion des communautés, en privilégiant l'information, l'éducation et la communication comme moyens de réconciliation de l'hôpital, du médecin et du malade et de la société globale au système sanitaire.

De la présentation du sujet aux objectifs visés en passant par les termes de la problématique, nous avons situé les premières données de cette recherche. Comment procéder pour accéder aux informations afin de répondre aux nombreuses questions posées ? Quelles sont les voies théoriques et les moyens d'investigations pratiques utiles à emprunter pour y arriver ?

C'est à travers des méthodes et des techniques appropriées, c'est-à-dire la méthodologie, que nous allons préciser ces "instruments" afin de confirmer notre démarche.

4 - LA MÉTODOLOGIE

La méthodologie se définissant comme "l'étude systématique par observation de la pratique scientifique des principes qui la fondent et des méthodes de recherche utilisées", est aussi considérée comme l'ensemble des méthodes et des techniques d'un domaine de recherche défini.

Pour ce qui est de la démarche méthodologique envisagée ici, il est d'abord retenu : la revue critique de la littérature (celle de la politique sanitaire), la thèse à soutenir, les hypothèses envisagées, les méthodes choisies, les techniques de collecte, les champs d'intervention, l'analyse des données et le plan de travail.

4-1- L'examen critique de la littérature médico-sanitaire

La santé, pour être un des biens essentiels prioritaires de l'homme, fait partie des préoccupations de tous :

- . les pouvoirs publics à qui il revient de créer les conditions de sécurité sanitaire,
- . les collectivités rurales et urbaines confrontées quotidiennement à la question sanitaire,

. les formations professionnelles pour leurs personnels dans le processus de la production économique.

. les familles pour qui la santé est une obsession quotidienne.

Dans la recherche de l'efficacité, des moyens de collaboration, de nombreux travaux de recherche, de prises de positions, de séminaires, de concertations scientifiques, politiques et culturelles se tiennent chaque année. De ces différentes considérations qui situent du reste la complexité de la question médico-sanitaire, l'on peut ressortir plusieurs tendances. Nous n'en retiendrons que quatre (4) :

. La tendance dialectique, la tendance antagonique, la tendance technoscientifique et la tendance psychosociologique.

a) La tendance dialectique

Elle est évoquée dans la relation médecine curative et médecine préventive. Elle se présente comme une position classique dans la politique médicale. Il faut considérer cette position dépassée au plan théorique ; car ni la médecine préventive seule sans support curatif, ni la médecine curative seule sans action préventive ne peuvent suffire. Il faut les deux formes dans un rapport dialectique complémentaire. Si l'urgence des maladies contraint les opérateurs médicaux à l'administration des soins, ceux-ci ne doivent pas perdre de vue la dimension éducative, informative qu'ils doivent dispenser aux patients.

Comment réussir ces deux opérations qui bien que toutes utiles et nécessaires, se disputent le temps et l'organisation du système médical?

En la matière, l'on s'interroge : devant l'affluence et le trop grand nombre de patients dans les formations sanitaires, comment voulez-vous qu'on puisse faire du préventif ? Cette interrogation renvoie à toute une organisation ou réorganisation de la santé publique dans ses différentes versions.

b) La tendance antagonique

Cette tendance ressemble bien à la querelle des anciens et des modernes. De façon simplifiée, elle se résume à l'opposition médecine traditionnelle et médecine moderne.

D'ailleurs au niveau de la recherche en anthropologie médicale, l'on relève l'usage de concepts tels que guérisseurs, tradipraticiens, féticheurs ou même charlatans qui, sans être synonymes, sont rangés du côté de la médecine traditionnelle. A l'opposé se trouve la médecine moderne, occidentale dite "scientifique"².

Cette opposition systématique crée une ligne de partage mettant à gauche les connaissances médicales traditionnelles et à droite les autres: méprisant les premières, au profit des secondes. C'est donc un jugement de valeur qui sert dans cette tendance à désigner ces deux types de médecine.

² ATTIA Y : Médecine moderne et médecine traditionnelle in Kasa-Bya-Kassa, revue ivoirienne de sociologie et d'anthropologie, n° 6, décembre 1975, Abidjan Université (I.E.S).

Il faut cependant souligner le long processus de rapprochement qui s'est morcé depuis les indépendances. De nombreux colloques, réunions, séminaires et expositions tentent de montrer l'intérêt d'une collaboration possible et souhaitable au nom de la santé.

c) La tendance technico-scientifique

La médecine classique de type occidental, forte de ses connaissances démonstratives et de la logique cartésienne de ses acquis a renforcé l'antagonisme et le dualisme dans la pratique médicale. Le monde pathologique micro-biologique, l'effet chimio-thérapeutique des médicaments, les réactions des organes et des tissus ne peuvent être régis que par des lois logiques de la rigueur scientifique et technique.

Cette tendance, à la limite réduit la portée de l'être humain à son seul corps, en considérant le malade comme une chose, une matière vivante quelconque, dissécable et manipulable "objectivement"³.

d) La tendance psychosociologique

A l'inverse de la tendance précédente, les dimensions psychologiques et sociologiques sont considérées par d'autres analystes de santé comme de toute autre portée. En la matière, le milieu social (humain), les facteurs spirituels et culturels jouent un rôle décisif dans le phénomène

Pierre-Noël L. : Manuel de santé publique (Maloine, Paris, 1970).
 KOUAKOU N. F. : Anthropologie médicale africaine in Annales de l'Université d'Abidjan (IES-Abidjan-1980)

pathologique et thérapeutique. Il faut en conséquence en tenir largement compte, leur portée immatérielle n'occulte en rien leur intérêt dans le complexe processus qui conduit de la maladie à la guérison individuelle et/ou collective⁴.

A partir de nombreux ouvrages lus sur la santé publique en Afrique et plus précisément en Côte d'Ivoire, on a pu relever plusieurs tendances concernant notre sujet de recherche⁵.

Les taux de mortalité constatés sont élevés et leur fréquence est encore inadmissible pour certaines affections responsables. La morbidité est aussi critiquée dans les mêmes termes. Les causes sont diversement indexées : la pauvreté, l'ignorance, l'analphabétisme du côté des populations ; manque et/ou insuffisance d'infrastructures, de personnels techniques du côté des pouvoirs publics. Ces deux types de causes majeures une fois dénoncées, que retient-on ? On retient qu'essentiellement, sinon exclusivement, ce sont ces facteurs exogènes qui sont à l'origine du mauvais fonctionnement des services médicaux en Côte d'Ivoire et partant de la mauvaise santé des populations.

Les thèses de doctorat d'Etat en médecine, de façon répétitive, font état de la crise économique et financière, des insuffisances matérielles, mais très rarement mentionnent les causes relatives aux attitudes désinvoltes des membres du corps médical (mauvais accueil, discourtoisie, négligence, manque de communication avec les malades, non considération des cas sociaux...).

⁵ CF Bibliographie : Terre Sciences humaines, Abidjan 1979.

Cette carence, ce manque d'intérêt pour cette approche socioculturelle et psychosociologique justifie le choix de ce sujet et a nécessité une analyse approfondie et qualitative. Il s'agira de mettre en évidence ce champ d'intérêt et sa prise en compte dans les causes de la réticence des masses populaires pour les formations sanitaires.

Des ouvrages comme ceux de Bourgoin (L'information du malade à l'hôpital), Freidson E. (La profession médicale), Guyot T. (Quelle médecine, maladie et société)... font bel et bien état du coefficient social, culturel et humain dont la mise en exergue reste en deçà des attentes encore aujourd'hui, dans "santé de développement". Aujourd'hui reprendra cette position alors que la très large majorité des documents penchent spontanément pour les facteurs économiques, matériels, financiers et techniques qui sont du reste importants mais non exclusifs⁶.

La formation du sujet et les termes de sa problématique, tout comme les objectifs recherchés, nous conduisent à définir la thèse principale de cette étude ainsi que les hypothèses formulées et devant concourir à la soutenir et à l'éclairer.

⁶ Varlet H. : La santé publique en Côte d'Ivoire en "Médecine d'Afrique noire". Dakar, 1970.
Par ailleurs, voir la bibliographie.

4-2- La thèse à soutenir

La promotion de la santé publique, pour atteindre ses objectifs, doit tenir au centre de ses préoccupations, l'homme ; non seulement au plan biologique et matériel à partir d'équipements et du personnel de qualité mais également au plan psychosociologique et socioculturel, grâce à des rapports sociaux plus directs.

Telle est formulée notre thèse. Celle-ci s'articule autour de deux principales hypothèses.

4-3- Les hypothèses envisagées

Deux hypothèses sont à considérer dans ce projet de recherche ; l'une ayant trait au couple classique médecine curative-médecine préventive et l'autre au caractère humanitaire donc anthropocentrique de la médecine.

a) Première hypothèse

Des médecines curative et préventive

La médecine moderne dans sa version curative accorde peu de place aux dimensions humaines du malade. Elle le considère comme un "Objet en Panne". Ses valeurs morales et sociales sont minimisées, ce qui en Afrique est ressentie négativement eu égard aux traditions de soins et de socialisation des malades.

b) Deuxième hypothèse

L'anthropocentrisme de la médecine préventive

Le malade traité comme sujet est mieux considéré au plan psychologique et socioculturelle. La qualité de l'accueil (des filles de salles aux médecins en passant par le service social) contribue largement à humaniser la médecine moderne et à la populariser.

Entre la tendance à la réification de la médecine curative, intéressée au "corps-matière" et l'effort d'humanisation de la médecine préventive qui ouvre le dialogue avec le sujet malade, se présente un vaste champ à la politique sanitaire pour atteindre ses objectifs au service du plus grand nombre.

La promotion de la santé ne peut pas porter seulement sur la lutte contre les maladies et les soins curatifs. Elle doit également viser à informer le public afin qu'il adopte des attitudes et comportements sanitaires plus féconds.

De cet ensemble d'éléments, quelle méthodologie retiendra ce travail ?

La santé, en tant que phénomène social, implique pour la recherche de nouvelles solutions, beaucoup de monde (les politiques, les spécialistes médicaux, les populations cibles) et des moyens logistiques...

Aussi importe-t-il de procéder par des approches comparatives entre les systèmes de santé modernes et les critères d'appréciation d'efficacité des pratiques médicales telles que perçues par les populations.

Il ne s'agit plus d'emprunter des chemins battus d'une comparaison entre médecine traditionnelle et médecine moderne, mais de mettre en évidence la dimension qualitative du traitement du sujet malade en lieu et place de l'anonymat réservé au malade trop généralement considéré comme un objet, ou à la limite, un sujet anonyme. Il est certain que cette approche est à priori très critique. Aussi notre démarche analytique a-t-elle été dialectique afin d'aider à comprendre les insuffisances dont souffre le système médical aujourd'hui, en Côte d'Ivoire.

4-4-Les méthodes choisies

La méthode est une voie, une direction de recherche, un cheminement intellectuel conduisant à l'objectif scientifique. Elle sert de principe directeur dans l'enquête.

En ce qui concerne ce sujet, plusieurs méthodes concourantes ont été choisies :

- 1 - La méthode historique,
- 2 - La méthode comparative,
- 3 - La méthode structuro-fonctionnaliste
- 4 - La méthode dialectique,
- 5 - La méthode systémique

4-4-1- La méthode historique

Par ses possibilités diachroniques, cette méthode permet, à travers le temps, d'apprécier les évènements ou les faits.

Ce faisant, elle donne des possibilités d'une meilleure analyse des données d'enquête. En ce qui concerne la politique de santé publique et les comportements socio-sanitaires en Côte d'Ivoire, la méthode historique est indiquée pour situer l'évolution de la médecine dans l'espace et dans le temps. Il ne s'agit pas seulement de la médecine occidentale mais aussi de la médecine traditionnelle. L'histoire, pré coloniale, coloniale et post coloniale est ce repère qu'offre la méthode historique pour ce sujet précis.

4-4-2- La méthode comparative

La méthode comparative a cette faculté de rapprochement, de mise en rapport qui autorise commentaires et observations. Ainsi il s'est avéré important de faire plusieurs types de comparaisons : une comparaison interne au plan médical entre la médecine préventive et la médecine curative, une comparaison au niveau des ressources humaines et équipements ; une comparaison externe entre la médecine occidentale (moderne) et la médecine traditionnelle. Ces différentes comparaisons horizontales et verticales ont enrichi les informations et donné beaucoup plus d'éléments d'analyses.

4-4-3- La méthode structuro-fonctionnaliste

En fait, cette méthode combine deux méthodes en une seule : la méthode structurale et la méthode fonctionnelle.

La première nous a permis de "disséquer" la politique sanitaire : les hommes, les infrastructures et les équipements, la seconde nous a permis de connaître et

de comprendre les forces et les faiblesses de cette politique dans sa mise en oeuvre à travers les différentes régions retenues Sud, Centre, Nord et Nord-Est.

4-4-4- La méthode dialectique

On ne peut effectuer un travail de recherche académique sans dialectique. En effet celle-ci s'offre comme la méthode critique par excellence. Par nature, la dialectique implique la controverse, la critique, le refus de tout accepter à priori. Dans le cadre de l'examen de la politique sanitaire et de l'étude des comportements sociaux, il était plus qu'indiqué d'examiner les faits collectés de façon sceptique, en les soumettant à des critiques, à des vérifications contradictoires. C'est par exemple la perception du médecin et celle du malade ; du politicien et du citoyen, du tradipraticien et du spécialiste médical...

4-4-5- La méthode systémique

Elle part du principe que les phénomènes sociaux se présentent dans un enchevêtrement, comparable à un système. Ce système est subdivisé en sous-systèmes. Aussi toucher à un élément du sous-système, c'est impliquer l'ensemble de ce système. De ce fait, en ayant recours à la méthode systémique dans notre analyse, il a été question de voir la cohérence des parties constitutives de la politique de santé publique à travers ses sous-systèmes que représentent la formation des hommes, la construction des formations sanitaires, la nature et le type d'équipements et surtout la nature et la qualité des relations professionnelles et sociales entre partenaires (médecins et malades) autour de la chose sanitaire.

Au terme de ce passage à revue des méthodes retenues, il faut souligner que si chaque méthode a ses avantages dans le processus descriptif et

analytique, elle a en revanche ses limites. C'est ce qui explique qu'il faut recourir à plusieurs d'entre elles pour tirer avantage de chacune des "capacités" et minimiser ses inconvénients ou limites. Il ne s'est nullement agi d'en faire l'inventaire sans raison.

4-5- Les techniques de collecte

Plusieurs techniques ont été envisagées sur le terrain pour conduire cette étude. Il s'agit d'abord d'une collecte documentaire. Celle-ci a porté sur des ouvrages, mémoires, thèses, articles de revues spécialisées.

L'analyse des tendances sur la santé publique, les attitudes et comportements des médecins, et leurs auxiliaires, ceux des malades et de leurs accompagnateurs, peuvent aider à mieux nous orienter dans le créneau choisi.

Ensuite les techniques du questionnaire et d'entretiens semi-directifs ont été combinées pour assurer un maximum de collecte d'informations écrites et orales pour enrichir la réflexion et les analyses qui découlaient de ces techniques.

4-6- Les champs d'interventions

Deux principaux champs d'intervention ont été retenus : le champ géographique et le champ sociologique.

4-6-1 Le champ géographique

Le territoire national connaît plusieurs particularités géographiques. Nous n'en avons retenu que quatre. Celles-ci ont été choisies en fonction de quatre principaux critères écologique, économique, socio-démographique et culturel.

Il s'agit de la :

- . région du Sud : (Abidjan ou région des Lagunes)
- . région du Centre : (Bouaké ou région de la Vallée du Bandama)
- . région du Nord : (Korhogo ou région des Savanes)
- . région du Nord-Est : (Bondoukou ou région du Zanzan).
- . région de l'Est : (Abengourou ou région du Moyen Comoé)

a) La région des Lagunes

La ville d'Abidjan dominée par la capitale économique de la Côte d'Ivoire avec plus de trois millions d'habitants, ses infrastructures économiques, socioculturelles et surtout médicales (3 CHU), cliniques privées de niveau international est forcément un cas spécial à retenir dans le champ géographique.

b) La région de la Vallée du Bandama

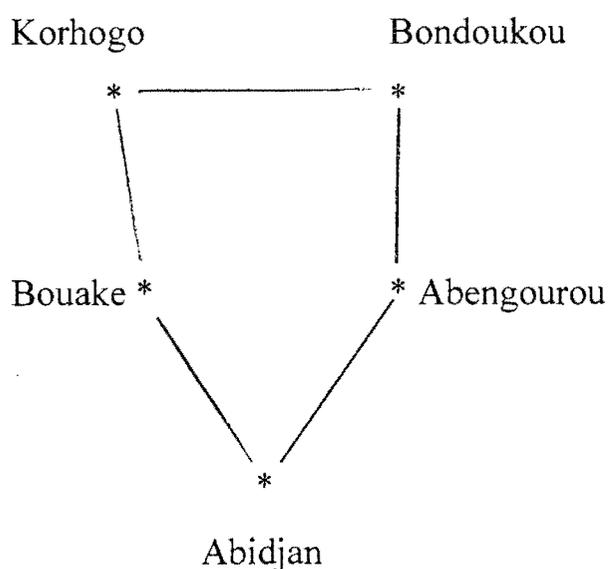
Avec un CHU et une UFR en Sciences Médicales de création récente, cette région mérite, à l'intérieur du pays, d'être retenue pour apprécier, au regard d'autres critères écologiques et économiques, les attitudes et comportements tant des médecins que des patients, la dynamique de la politique sanitaire.

c) La région des Savanes

La plus déshéritée des cinq, économiquement et écologiquement avec un CHR, cette région a enrichi sans nul doute les investigations et la portée des analyses de cas. Par ailleurs la tendance prononcée des populations de cette région pour la médecine traditionnelle, offre un cadre démonstratif du rapprochement médecine traditionnelle et médecine moderne dans leur débat de collaboration encore timide mais prometteur.

d) La région du Zanzan

Avec comme capitale régionale Bondoukou, cette région est une zone forestière présentant une gamme de pathologies spécifiques à son écologie et à son biotope. Le croisement des variables humaines, matérielles (équipements et infrastructures) et techniques constituent un autre motif d'intérêt scientifique retenu pour cette thèse.



2
32

e) La région du Moyen Comoé

Le moyen comoé est une zone forestière et frontalière (Ghana), sa capital est Abengourou. Son environnement immédiat est l'objet d'une intense exploitation de cultures de rente café et cacao et de grande immigration rurale.

CARTE N°1 LE CHAMP GEOGRAPHIQUE



4-6-2 Le champ sociologique

Ce type de champ est indexé sur le premier. En effet, à partir du champ géographique, il importe d'éclairer l'objet et le sujet de recherche avec des données sociologiques (au sens large) à savoir, les populations concernées, avec leurs spécificités linguistiques et culturelles, économiques et sociales, religieuses et tradipraticiennes. Ce sont des particularités sociologiques qui servent de trame particulière à cette thèse qui relève de la spécialité sciences humaines.

Dans ces champs de recherche (géographique et sociologique) deux types d'enquête ont été conduites, une enquête de type qualitatif (guide d'entretiens) et une enquête type quantitatif (questionnaire).

- L'enquête à questionnaires fermés a été réalisée auprès de :

- . responsables de la politique sanitaire,
- . techniciens médicaux,
- . personnels paramédicaux,
- . personnels malades

afin d'apprécier leurs critiques et points de vue (propositions) sur les traitements qu'ils pratiquent ou vivent dans les formations sanitaires.

La première série de questionnaires a porté sur quatre (4) rubriques (en dehors des identifications) :

- . types d'infrastructures,
- . quantité et qualité des équipements,

- . conditions matérielles et morales de travail,
- . rapports avec les populations (malades et non malades).

La seconde série de questionnaire, guides d'entretien s'est rapportée aux opinions des personnes interrogées et a englobé six (6) rubriques :

- . fréquentation de l'hôpital en cas de maladie
- . nature de l'accueil
- . difficultés rencontrées
- . nature des satisfactions
- . nature des insatisfactions
- . propositions d'amélioration (accueil, traitement...).

4-7- L'analyse des données

Au plan méthodologique, cette étude a une dimension quantitative au niveau des personnels techniques de santé et une dimension qualitative au niveau des populations.

Ces deux aspects sont complémentaires dans l'approche explicative du sujet. Toutefois, la dimension qualitative a été privilégiée.

Bien que n'ayant pas privilégié l'aspect quantitatif et statistique de l'étude (comme le titre nous y orientait), il était quand même indispensable de préciser quelques données chiffrées des groupes cibles rencontrés à travers les cinq régions.

Groupes cibles

- médecins-chefs des formations sanitaires
- infirmiers (majors) ou responsables de centres de santé
- malades des différents services
- parents accompagnant les malades
- élèves et étudiants en sciences de la santé
- tradipraticiens ou guérisseurs.

Tableau n° 1 : Groupes cibles

| Groupes-cibles | Lagune | Centre Bandama | Nord | Moyen Comoé | Zanzan | Total |
|-------------------|--------|----------------|------|-------------|--------|-------|
| Médecins-Chefs | 30 | 6 | 6 | 6 | 6 | 54 |
| Infirmiers | 50 | 10 | 10 | 10 | 10 | 90 |
| Sage-femmes | 50 | 10 | 10 | 10 | 10 | 90 |
| Malades | 100 | 20 | 2 | 20 | 20 | 180 |
| Parents | 50 | 10 | 10 | 10 | 10 | 90 |
| Population formée | 100 | 10 | 10 | - | - | 120 |
| Tradipraticiens | 10 | 50 | 50 | 50 | 50 | 210 |
| Total | 390 | 116 | 116 | 106 | 106 | 834 |

Observations

La région des Lagunes avec sa capitale économique Abidjan est plus équipée et plus peuplée que les autres ; d'où la disproportion voulue entre les personnes interrogées à Abidjan et celles des autres régions (rapport 1/5).

Il convient de préciser que nous n'avons pas fait d'exploitation quantifiée de ces données d'enquêtes. C'est le contenu des informations dans leur valeur qualitative qui nous a le plus intéressé.

Par ailleurs, l'intérêt de l'analyse recommande un recours à la pluridisciplinarité qui trouve sa justification dans les aspects multiples et interdépendants ; dans les relations médecine - santé - population.

Ainsi la sociologie comme discipline de référence est soutenue par l'approche anthropologique au niveau des valeurs socioculturelles, la psychologie sociale au niveau des attitudes et comportements des malades, l'économie au niveau des moyens à dégager, du pouvoir d'achat des collectivités, et de la médecine elle-même à travers ses spécialités.

La partie introductive ci-dessus a permis d'aborder ce sujet, à l'examiner en trois principales parties.

La première partie, intitulée la Politique Sanitaire en Côte d'Ivoire, comporte deux chapitres : le premier s'interroge sur les types de politique et d'administration du Ministère de la Santé Publique et le second analyse les contradictions et les incohérences de cette politique sanitaire.

La seconde partie intitulée Attitudes et Comportements des populations face au système socio-sanitaire, comprend également deux chapitres : le premier porte sur la perception du milieu hospitalier : l'espace, ses personnels et ses contraintes ; et le second porte sur les relations multilatérales entre les malades et les personnels médicaux, paramédicaux et administratifs.

La troisième partie enfin intitulée la Communication comme Moyen de réconciliation se subdivise aussi en deux chapitres dont l'un fait l'inventaire des moyens de formation et d'information et le second met en évidence les facteurs socio-éducatifs comme supports de cette réconciliation indispensable à une véritable collaboration dans la recherche de l'efficacité de la politique sanitaire en Côte d'Ivoire.

PREMIERE PARTIE

LA POLITIQUE SANITAIRE EN CÔTE D'IVOIRE

CHAPITRE 1 : LE MINISTERE CHARGE DE LA SANTE
PUBLIQUE : QUELLE POLITIQUE
ET QUELLE ADMINISTRATION ?

CHAPITRE 2 : CONTRADICTIONS ET INCOHERENCES
DE LA POLITIQUE SANITAIRE

LA POLITIQUE SANITAIRE EN CÔTE D'IVOIRE

La primauté de la santé des populations est au cœur des préoccupations de l'Etat ivoirien, convaincu que sans la santé de ses citoyens, aucun plan de développement économique, social et culturel n'est viable.

Aussi beaucoup d'efforts ont-ils été déployés pour asseoir une politique de santé publique convenable. Au plan des infrastructures et équipements, une programmation a été faite et suivie en réponse aux besoins des populations. Il en est de même de la formation des personnels, principaux animateurs des structures sanitaires.

Malgré ces efforts, il faut reconnaître que sous les pressions démographique et économique réduisant les moyens de l'Etat, beaucoup d'insuffisances apparaissent dans cette politique sanitaire, induisant par la même occasion contradictions et incohérences.

Quelle organisation administrative a-t-elle été conçue et mise au service de cette politique dans la quête des objectifs de santé publique?

Cette politique s'est-elle affranchie des nombreuses contradictions que l'on relève dans le processus du développement dont le secteur sanitaire fait partie intégrante ?

S'agissant de cette politique, le Professeur Maurice KAKOU GUIKAHUE, Ministre de la Santé Publique, a situé les activités du Ministère durant l'année 1997 dans le cadre de l'exécution du PNDS, du Programme Economique à moyen terme du gouvernement 1997-2000 et de la facilité d'ajustement structurel renforcée.

Le Ministre a présenté son exposé selon huit centres d'intérêt.

1. Au titre des opérations de réhabilitation et de rééquipement des infrastructures

- 10 projets sont en cours d'exécution dont 5 sont en voie d'achèvement (BAD/Santé, KfW/santé de base, KfW/Hôpitaux ruraux, FOCOEX 1, JICA/CHU DE COCODY)
- 5 Projets sont bien engagés (7ème FED/Appui au secteur de la santé Abidjan, KfW/Soutien au PEV et AGCD Soutien à la région sanitaire d'Abengourou). Le tout représente 97 milliards de F CFA d'investissements, dont 31 apportés par la Côte d'Ivoire.
- 6 autres projets vont démarrer en 1998 (KfW/Appui à la politique des districts, 8ème FED/Appui au secteur de la santé, BAD/Soutien au secteur des Ressources Humaines, JICA/CHU de Bouaké, FOCOEX 2) pour un coût de 52 milliards de F CFA.

Au total, ce sont 150 milliards de F CFA qui sont dégagés pour couvrir l'intégralité des infrastructures sanitaires publiques.

2. Au titre des grands programmes de santé

La mise en oeuvre du Paquet Minimum d'Activités (PMA) a commencé-

par l'élaboration de Plans de Développement Sanitaire (PDS) dans les districts pilotes de Guiglo et Tiassalé. Après cette phase d'expérimentation, ils seront étendus à l'ensemble des districts.

Concernant le renforcement de la lutte contre les grandes pathologies, on peut noter :

- la progression de la couverture vaccinale du PEV estimée à 70 % en 1997 et qui doit atteindre 80 % en 1998 ;
- le renforcement de la lutte pour l'élimination du tétanos néonatal en ciblant les 13 districts à haut risque ;
- la poursuite des activités contre les maladies diarrhéiques, notamment en visant l'utilisation de la thérapie par voie orale (TRO) dans 80 % des cas ;
- la poursuite des activités pour la diminution de l'incidence des IRA par une prise en charge correcte des cas ;
- la promotion de l'allaitement maternel par l'élaboration d'un code de commercialisation et de l'usage des substituts des laits maternels ;
- l'élaboration d'une déclaration de politique nationale de santé de la reproduction/planification familiale, d'un programme national, des normes et standards et des modules de formation ;
- la mise en oeuvre d'un plan accéléré de lutte contre le paludisme, notamment par la chimio-prophylaxie des femmes enceintes et l'utilisation des moustiquaires imprégnées ;
- les progrès de la lutte pour l'éradication de la dracunculose et les efforts encore à fournir contre les derniers foyers ;
- les progrès de la lutte pour l'élimination de la lèpre, notamment dans les régions du Zanzan et de l'Indénié où le taux d'élimination de 1 pour 10.000 habitants est atteint ;

- l'organisation de la lutte contre les ulcères de Buruli par la définition d'une stratégie nationale de lutte et d'une enquête nationale ;
- la poursuite des efforts contre l'onchocercose à travers le traitement communautaire à l'Ivermectine ;
- l'intensification de la lutte contre le VIH/SIDA/MST/Tuberculose aux niveaux périphérique et associatif ainsi que les importantes décisions de la 10ème CISMA au sujet de l'accès aux médicaments anti VIH.

3. Au titre de la politique des médicaments essentiels

Dans le secteur public, la disponibilité des médicaments est satisfaisante et l'on note l'utilisation grandissante des kits d'accouchements et, depuis 1997, des kits contre les MST ainsi que l'élargissement de la gamme des produits destinés aux spécialités distribués par la PSP.

Dans le secteur privé, malgré le nombre important d'enregistrements de produits génériques, la faiblesse de leur utilisation reste préoccupante. Le Ministère de la Santé Publique a engagé une collaboration avec la filière pharmaceutique nationale pour faire profiter celle-ci des résultats obtenus par la PSP dans ce domaine. Des contacts sont aussi établis avec la Mutuelle Générale des Fonctionnaires (MUGEF) pour favoriser le remboursement des médicaments génériques.

4. Au titre de la médecine traditionnelle

La publication de la Lettre Présidentielle du 27 août 1997 en faveur de l'organisation d'une collaboration entre la médecine traditionnelle et la

médecine moderne a permis de démarrer le recensement des tradithérapeutes. En outre, l'organisation en Côte d'Ivoire d'un séminaire panafricain sur les apports de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle est en préparation.

5. Au titre du secteur privé sanitaire

Le secteur sanitaire privé a été organisé par une série de mesures réglementaires relatives à la classification des établissements privés, à l'installation dans le secteur privé et à l'immatriculation des établissements privés reconnus.

Pour promouvoir le développement de ce secteur, le Gouvernement a adopté un cadre juridique permettant la délégation du service public sanitaire à des opérateurs privés qui débouchera, soit sur une médecine libérale conventionnée, soit sur une médecine associative. Un Comité de Promotion du secteur sanitaire privé sera créé et soutenu par la contribution des bailleurs dont l'Union Européenne qui a déjà mis un crédit à sa disposition.

6. Au titre de la gestion administrative et financière

Au niveau de la gestion administrative, celle-ci a été renforcée par la création de 2 directions centrales de stratégie (DCEIS et DPPS) et de 10 nouveaux districts portant le nombre total de districts à 39.

L'Inspection Générale de la Santé Publique a renforcé le contrôle sur les établissements et les services et a assuré le suivi de la mise en place des équipes cadres de district.

La tutelle sur les EPN a été renforcée par la tenue des réunions des Commissions Consultatives de Gestion (CCG), l'élaboration de plans d'actions

annuels et la tenue de réunions mensuelles sous la présidence du Ministre de la Santé Publique.

Au niveau de la gestion financière, il a été noté que :

- les crédits globaux ont connu une hausse de 4,7 % en 1997 par rapport à 1996 et de 7 % pour le BGF Santé qui représente 8,2 % du BGF national ;
- les investissements sont financés par le Trésor pour 33 %, par des prêts pour 26 % et des dons pour 41 % ;
- les ressources propres des établissements non EPN ont progressé de 28,2 %, notamment grâce aux CHR et aux FSU d'Abidjan ;
- les ressources propres des EPN sont, pour la première fois, plus élevées que les crédits alloués par l'Etat, entraînant une couverture de plus en plus importante des charges d'exploitation par ces ressources propres.

Ces résultats encourageants permettent la réalisation du projet d'une assurance maladie dont la finalisation des études de faisabilité va déboucher en 1998 sur une expérience pilote de mise en oeuvre dans deux districts.

7. Au titre de l'information sanitaire

Le Système d'Information et de Gestion (SIG) a produit la première édition du Rapport annuel sur les activités sanitaires pour 1995. Le SIG est opérationnel pour les activités primaires et le deviendra, dès 1998, pour les autres niveaux, y compris les informations médicales.

Un groupe de travail sur l'information a identifié et rationalisé les sources et les circuits de diffusion de l'information sanitaire.

La carte sanitaire est réalisée pour 5 régions et sera finalisée en 1998.

Le programme national d'IEC a été élaboré, un nouveau logo pour le ministère adopté et un agenda professionnel de la santé 1998 est en cours d'impression.

8. Au titre de la politique des Ressources Humaines

Au plan de la gestion générale des ressources humaines, le mouvement des affectations à l'intérieur du pays s'est poursuivi. 90 % des nouveaux agents ont été affectés à l'intérieur et 35 sous-préfectures ont reçu leur premier médecin.

Un plan national de formation continue a été élaboré et la réforme des formations initiales a été ébauchée.

Au plan de la valorisation des ressources humaines, le Gouvernement a adopté une série de mesures relatives à :

- la révision du statut des établissements sanitaires non EPN,
- l'institution de comités d'usagers auprès des établissements,
- la clarification des relations secteur public-secteur privé,
- la mise en place de profils de carrières et l'évaluation des performances des personnels,
- l'aménagement d'un espace privé au sein des établissements publics,
- la réforme de la formation,
- l'adoption de mesures de motivation.

D'une façon générale, les grandes bases du système sanitaire national sont désormais posées ; en poursuivant les efforts entrepris, le pays peut se doter d'un système sanitaire performant dont il a besoin pour construire un

développement juste et durable et "une société nouvelle aux frontières nouvelles du développement".

Cet exposé a fait l'objet d'une discussion ordonnée autour des 8 points présentés.

- Concernant les activités de réhabilitation des infrastructures et de mise à niveau des plateaux techniques, les participants ont insisté sur :

- la nécessité de mettre au point une véritable politique d'entretien et de maintenance de type préventif. A cette occasion

il a été rappelé que le projet BAD Santé a permis la création de 5 CREMM et qu'un projet soutenu par la coopération allemande a pour but de définir cette politique ;

- l'importance de doter les services réhabilités des personnels correspondant aux activités.

- Concernant les programmes de santé, les participants ont insisté sur :

- l'importance des activités nutritionnelles contre les anémies sévères ; dans ce sens, un programme national est en cours d'élaboration et le Paquet Minimum d'Activités accorde une place importante à ces activités ;

- le problème lié à la transmission du VIH par l'allaitement maternel qu'il convient de concilier avec la promotion de ce même allaitement maternel ;

- l'intérêt d'évaluer la prévalence du Pian par les données du SIG, après la fin du projet soutenu par le Rotary ;

- la nécessité de finaliser les documents de politique, de programme, de normes et de formation relatifs à la Santé de la Reproduction/Planification familiale ;

- l'importance des accidents de la route dans l'agglomération

abidjanaise qui enregistre, en moyenne, 90 accidents par jour. Ces accidents sont devenus la 2ème cause de décès chez les hommes et la 3ème chez les femmes et constituent désormais un véritable problème de santé publique ;

- la nécessité de compléter la promotion des moustiquaires imprégnées par une action vigoureuse sur l'hygiène du milieu grâce à la clarification des responsabilités opérationnelles des différents acteurs en présence et de clarifier le statut juridique de ces moustiquaires vis-à-vis des médicaments ;

- Concernant la politique des médicaments essentiels, les participants ont insisté sur :

- l'intérêt de mener une étude sur l'accessibilité réelle des usagers aux médicaments de la PSP ;

- la nécessité de développer une industrie pharmaceutique nationale orientée vers la production de médicaments génériques notamment avec les projets en cours avec les partenaires italiens, indiens et chinois ;

- le problème des "médicaments de rue" pour lesquels il est établi que les sources d'approvisionnement se trouvent autant dans le secteur public que dans le secteur privé ;

- le problème lié à la faiblesse des effectifs de pharmaciens publics et la possibilité de recourir à la privatisation de certaines activités pharmaceutiques publiques.

- Concernant la médecine traditionnelle, les participants ont insisté sur:

- la nécessité de définir les critères de sélection des tradithérapeutes qui vont être recensés et recevoir une autorisation provisoire d'exercer ;

- l'intérêt de bien définir la place de la médecine traditionnelle dans la pyramide sanitaire ainsi que les règles de déontologie de

la profession.

- Concernant la promotion du secteur sanitaire privé, les participants ont insisté sur :

- la place à donner aux ONG dans le bilan des activités du Ministère de la Santé Publique ;
- la nécessité de disposer rapidement du manuel de procédures de soutien aux ONG prévus par le PDSSI ;
- les potentialités offertes par le secteur privé qui fonctionne actuellement avec un nombre trop élevé de vacataires, mais aussi les difficultés d'installation des jeunes médecins dans le secteur privé libéral à cause d'une fiscalité trop lourde.

- Concernant la gestion financière, les participants ont insisté sur la nécessité de créer rapidement l'assurance maladie.

- Concernant la politique des Ressources Humaines, les participants ont insisté sur :

- la nécessité d'une mise à niveau de certains jeunes médecins à cause de lacunes enregistrées dans leur formation ;
- l'importance de mettre rapidement en oeuvre l'internat qualifiant, après les observations émises par les facultés concernées ;
- l'intérêt de disposer d'un programme national de formation continue pour harmoniser les différentes initiatives actuellement éparpillées.

CHAPITRE 1

LE MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE : QUELLE POLITIQUE ET QUELLE ADMINISTRATION ?

- 1 - LES LIGNES MAJEURES D'UNE POLITIQUE
- 2 - DE LA QUESTION DES MÉDICAMENTS
- 3 - LES MOYENS DE LA POLITIQUE SANITAIRE

CHAPITRE 1 : LE MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE: QUELLE POLITIQUE ET QUELLE ADMINISTRATION ?

Lorsqu'on observe l'état sanitaire des populations, on est amené à faire certains constats à la fois au niveau des pathologies et à celui de l'organisation politico-administrative pour réduire et combattre ces maladies et assurer une couverture de ces populations.

Au niveau affections, il faut signaler la résistance d'une pathologie sanitaire infectieuse, sévissant à l'état endémique ; une mortalité prénatale et infantile élevée (dont le taux avoisine 180 ‰) ; une mortalité et une morbidité dues aux accidents de travail et de la route et aux maladies professionnelles.

Face à cette situation, l'état a défini une politique et préconisé des moyens matériels et humains pour optimiser ce secteur vital de la nation. Quelles sont les données majeures de cette politique et les moyens qui l'accompagnent ?

1 - LES LIGNES MAJEURES D'UNE POLITIQUE

C'est à la période coloniale qu'il faudrait remonter pour véritablement saisir l'origine et l'évolution de la politique sanitaire en Côte d'Ivoire. Notre centre d'intérêt n'étant pas l'histoire de la santé, il n'est donc pas utile de s'attarder sur cette dimension historique.

Néanmoins, il importe de faire remarquer que l'administration coloniale s'accompagnait d'une certaine politique d'implantation d'infrastructures et d'équipements médico-sociaux. Les chefs lieux de subdivisions et de cercles⁷ étaient dotés de dispensaires, de maternités et d'hôpitaux.

La priorité était tout naturellement accordée aux soins curatifs. D'ailleurs les populations colonisées et effrayées par l'appareil répressif et arbitraire, échangeaient peu avec les représentants de cette administration. Les auxiliaires généralement formés sur le tas, étaient encadrés par des médecins dits africains formés à l'école de médecine William Ponty à Gorée (au Sénégal). Quelques médecins européens (surtout français) complétaient dans les principaux centres cet encadrement.

Le don gratuit des médicaments, moyen sûrement incitatif pour la fréquentation des formations hospitalières, a été institué pour tous, en milieu rural et urbain.

Ce sont donc les grandes lignes de cette politique de santé qui se sont poursuivies après l'indépendance (politique) en 1960 et auxquelles des tentatives de correction ont été apportées, à partir de plusieurs plans quinquennaux de développement économique, social et culturel. Quels en sont les principaux objectifs ?⁸.

⁷ Dans l'administration coloniale les subdivisions correspondaient à la sous-préfecture et le cercle administrant à la préfecture

Il est à rappeler que Dakar, capitale de l'Afrique Occidentale Française (AOF) regroupait huit territoires de l'empire colonial français était le principal centre de formation auxiliaire colonial en santé, en administration et en éducation (Ecole de Médecine de William Ponty de Gorée)

⁸ Plans quinquennaux de développement économique, social et culturel 1976-1980, vol I, ch. 13 p. 129. Col. 1

Cette médecine dans son ensemble est calquée sur celle de la métropole. Son organisation statique focalisée sur quelques hôpitaux principaux et secondaires aboutit à une très faible couverture sanitaire de la population.

La médecine mobile ne se développera que plus tard pour la prospection, le dépistage, le traitement et la surveillance des malades avec les unités de la lutte contre les grandes endémies. C'est ultérieurement que se créeront les structures polyvalentes tels les services généraux d'hygiène mobile.

1-1- Les principaux objectifs des plans de développement sanitaire

La poursuite de cette politique coloniale après 1960 s'impose, car les cadres de conception dans ce domaine sont peu nombreux et les moyens de l'Etat insignifiants pour révolutionner la santé publique. Aussi les perspectives de développement et celles d'amélioration des opérations de santé ont-elles été orientées vers neuf objectifs majeurs impliquant la pratique, la recherche et les formations médicales :

- 1°- la réduction des effectifs des pathologies dominantes et celle des populations victimes de ces affections ;
- 2°- la baisse des taux de mortalité et de morbidité maternelle et infantile ;
- 3°- la diminution des nouveaux fléaux que sont les accidents de la route et de travail ainsi que les maladies professionnelles ;
- 4°- l'amélioration de la recherche médicale et la coordination efficace du système de santé ;

- 5°- la formation des personnels médicaux et paramédicaux ;
- 6°- l'amélioration et l'intensification des infrastructures et équipements socio-sanitaires ;
- 7°- la recherche de la réduction des coûts de santé ;
- 8°- la participation des populations à leurs soins de santé ;
- 9°- l'accès des populations "aux soins de santé primaire pour tous" d'ici l'an 2000.

Que retenir de chacun de ces objectifs ?

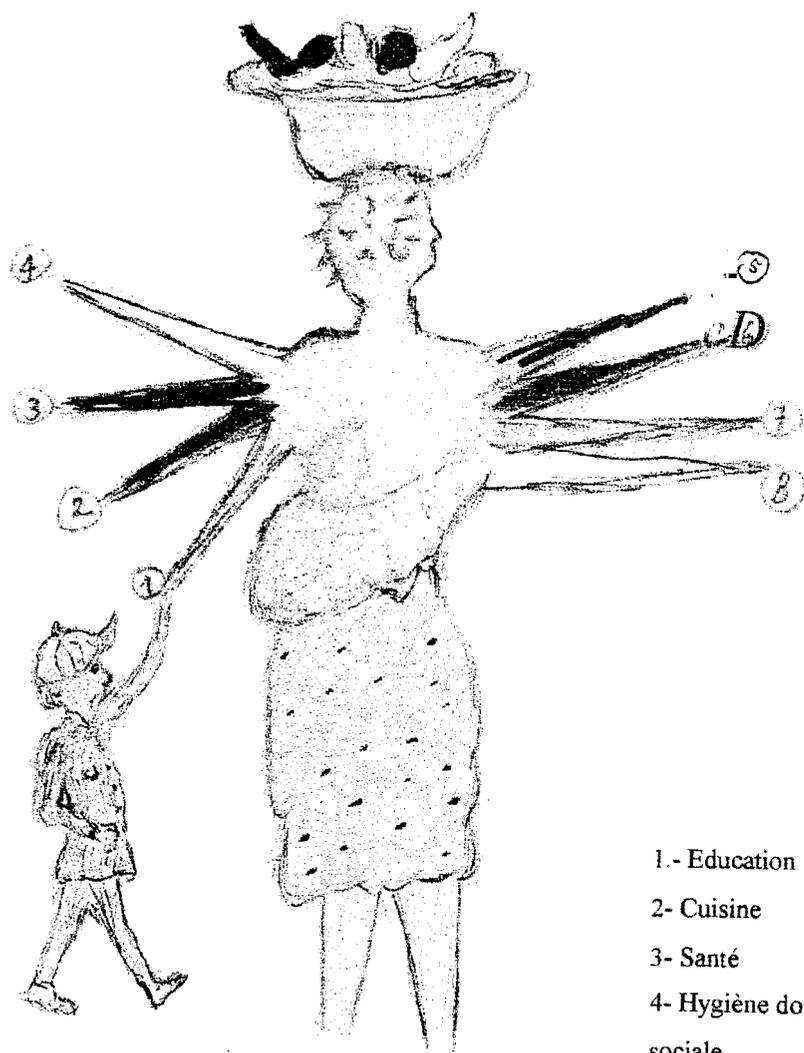
1-1-1- La réduction du nombre de pathologies

Devant la multitude des maladies et des malades, il fallait combiner plusieurs moyens pour tenter de réduire les différentes affections et le nombre de leurs victimes. La médecine dite traditionnelle avec ses vertus et ses limites doit partager le champ sanitaire avec les sciences et techniques médicales occidentales : soins curatifs internes et externes dans les formations fixes et ou mobiles, campagnes de vaccination, services d'hygiène communautaires... sont envisagés et entrepris pour atteindre cet objectif.

1-1-2- Les femmes et les enfants : un groupe cible

Les femmes et les enfants représentent des groupes-cibles les plus vulnérables de la population. Les femmes, affectées par les durs travaux de survie (activités champêtres, commerciales et domestiques de toutes sortes) doivent assurer la procréation des groupes sociaux dans des conditions très difficiles.

Photo n° 1 : Les Champs d'activités de la femme-mère



- 1 - Education
- 2 - Cuisine
- 3 - Santé
- 4 - Hygiène domestique 5 - Reproduction sociale

6 - Travaux chataires

7 - Activités commerciales 8 - Activités coopératives

En ce qui concerne la maternité, "la grossesse peut devenir un véritable fardeau" au sens propre et figuré car elle doit généralement conjuguer deux types d'obligations non toujours concordantes quant à leurs termes ; celles des centres de santé et celles des traditions⁹.

Les exigences des centres de santé sont connues : les visites médicales prénatales (vaccins, examens de laboratoire). Chacune des visites trimestrielles permet de suivre le bon déroulement de la grossesse impliquant celle de la mère et du fœtus.

En milieu traditionnel, la grossesse fait l'objet de nombreuses précautions et interdits. D'abord, elle ne s'annonce que tardivement, lorsque le volume du ventre de la mère devient indissimulable. L'on considère qu'une annonce précoce peut mettre la femme et son bébé en danger (convoitises, jalousies, actions maléfiques...). Par ailleurs, la femme en grossesse doit avoir certaines attitudes et certains comportements. Son régime alimentaire est assorti d'interdits : sauces gluantes, excès d'épices. Elle doit s'interdire de regarder certains animaux jugés laids afin d'éviter toute ressemblance ultérieure avec son futur bébé... Ici, l'on relève que l'hygiène de la grossesse impose de nombreuses servitudes à la femme.

Enfin la femme dans cet état n'est nullement dispensée des corvées habituelles : recherche d'eau, de bois de chauffage, transport de lourds fardeaux, travaux champêtres, toutes activités qui sont pour la future mère un lourd poids physique, psychologique et spirituel.

⁹ TRAORE Aminata, KOUAKOU N'GUESSAN François, KADJA M. Daniel : Femmes, famille et population en Côte d'Ivoire : contribution à l'élaboration d'un programme national d'éducation à la vie famille, FNUAP Abidjan, 1984.

^{9 bis} Ibidem

De cette comparaison, le milieu médical assisté est sans doute plus favorable à la future mère.

Dans ce domaine, on ne relève que 20 % des accouchements qui sont effectués en milieu sanitaire surveillé. En milieu urbain, un enfant sur quatre est malade entre 0 et 5 ans : un sur trois l'est également entre 12 et 17 mois. Selon le Ministère de la Santé Publique, la mortalité se chiffre à 154 ‰ naissances et la mortalité néo-natale précoce à 30 ‰, soit une mortalité prénatale de 184 ‰ naissances, 59,9 % des accouchées n'ont pas plus de 3 consultations prénatales¹⁰.

En ce qui concerne les femmes en milieu hospitalier, leur histoire obstétrique nous donne les indications suivantes :

26 % de primigestes

22 % de primipares

35 % de partie égale ou supérieur à 4.

On relève également que :

11 % des femmes ont perdu au moins un enfant

17 % ont eu un avortement spontané

09 % un avortement provoqué et

11 % un accouchement par césarienne.

La situation des enfants est relativement plus critique. Les grossesses rapprochées qui sont un danger pour le couple mère-enfant, nous signalent un intervalle inter génésique moyen de 18 mois. Les affections prénatales telles le tétanos ombilical sévissent à l'état quasi endémique en milieu rural.

¹⁰ Pr. Samba DIARRA, Pr AG C. W. EKRA, Dr K. TOURE C. population et santé de la reproduction en Côte d'Ivoire, FNUAP, Abidjan, 1984.

Lorsqu'on compare la situation des enfants nés en formation sanitaire surveillée (maternité), on constate que 77,1 % des nouveau-nés n'ont pas de problème sanitaire particulier. Ce haut score positif jure avec la proportion des 3/4 des mères qui continuent dans le pays à encore accoucher au village et à la maison et qui exposent à beaucoup de risques leurs enfants. Comment expliquer les attitudes et les comportements des familles et singulièrement des mères ?

Il ressort des raisons et explications données que les formations sanitaires (maternités notamment) ne sont pas toujours disponibles dans toutes les agglomérations. Lorsqu'il faut effectuer 10 à 20 kilomètres pour en trouver une, cela expose la femme à des risques, d'autant plus que les moyens de locomotion sur des routes peu praticables sont un double handicap. Par ailleurs, l'on redoute les ordonnances consécutives aux consultations ; l'appréhension des infections (piqûres) et la prise des cachets, modes d'administration des soins peu appréciés.

Face à toutes ces raisons objectives et contraignantes, l'on préfère se référer aux tradipraticiens et notamment aux matrones (accoucheuses villageoises) dont les recettes séculaires ont toujours beaucoup d'influence sur les futures mères. Il faut également considérer la dimension psychosociologique et psychoaffective du cadre familial : le concours et l'assistance des "mères", tantes, cousines et amies réconfortent les femmes enceintes et leur donnent assurance et confiance face à l'évènement que constituent l'accouchement, ses mythes, ses risques et ses réalités. Il en est de même des soins puéricultureaux.

Néanmoins face aux bilans critiques de mortalité, de morbidité et de mortalité maternelle et infantile, les services publics et officiels de santé publique doivent renforcer les moyens de lutte contre les risques et corriger les trajectoires des causes de décès dans ce domaine.*

* Extrait des troisièmes journées bilan du MSP pour l'Année 1997. Rapport général Yamoussoukro D2CEMBRE 1997.

A côté de cet objectif de meilleure santé et de protection du couple mère-enfant se trouve un autre : celui de la réduction des accidents de la route.

1-1-3- Les accidents de la route

Les accidents de la route représentent un véritable fléau social en Côte d'Ivoire. C'est pour en fléchir les conséquences que l'Office de Sécurité Routière a été créé.

L'Office de Sécurité Routière (O.S.E.R) créé en Décembre 1978 a pour attributions de :

- veiller à la sécurité de la circulation automobile sur l'ensemble du territoire national
- participer à la formation des formateurs en conduite automobile (Auto-école)
- contribuer à l'éducation routière enseignée à l'école primaire
- prodiguer des conseils pratiques de sécurité (campagnes contre les limitations de vitesse, port de la ceinture de sécurité, respect des panneaux de signalisation...

Malgré ces dispositions, il faut dire que nombreux sont encore les accidents de la circulation enregistrés sur les routes ivoiriennes en agglomération (urbaine) et en rase campagne.

Les raisons de ces nombreux accidents sont d'origine diverses :

- excès de vitesse

- non respect des consignes de sécurité
- état défectueux des routes
- fatigue et état de santé des conducteurs
- inconscience notoire de certains conducteurs
- état défectueux des véhicules/entretien négligé...

En ville, en particulier à Abidjan, la croissance rapide du parc automobile occasionne une densification de la circulation et augmente les risques d'accrochages et d'accidents.

Par exemple, en 1978, il n'y avait que 8 millions d'habitants pour un parc automobile de 182 milles unités. On a lors enregistré 64 accidents dont 9 tués¹¹

En 1997, pour 14 millions d'habitants le taux de personnes tuées est de 2,4 tués pour un parc automobile de 250 milles unités par tranche de 100 milles habitants.

Ces chiffres marquent-ils une évolution positive dans la réduction des accidents de la route ?

La Côte d'Ivoire est considérée comme le premier pays où monde "producteur d'accidents de la circulation". Cette assertion est refusée par le Directeur de l'OSER qui révèle qu'en 1992, en institut de Suède a établi un ordre de classement situant la Côte d'Ivoire à la 8ème position sur 22 pays d'un échantillon international. Le taux d'accidents mortels s'établissait à 25 personnes tuées sur 10.000 véhicules. Cette position

¹¹ YOBOUET Philippe (directeur de l'OSER)
 "L'OSER attaque les accidents" in IVOIR'SOIR, N° 2898, mardi 29 décembre 1998, P.4. interview réalisée par INNO Kouamé (rubrique tête à tête)

ordinale situait la Côte d'Ivoire après la Suède, la Grande Bretagne, les USA, l'Irlande, Israël, la Grèce et la Jordanie.

A l'inverse, au plan de la sécurité, la Côte d'Ivoire serait "le premier pays africain sûr avant la Tunisie, le Maroc, le Kenya, le Niger, le Burkina Faso et l'Ethiopie"¹².

En matière de mesures préventives additionnelles, il est envisagé à l'O.S.E.R de demander aux employeurs des chauffeurs (poids lourds et assimilés) d'utiliser deux chauffeurs sur les longs trajets, de poursuivre la formation des chauffeurs (toutes catégories de permis). Il est proposé dans ce sens la création d'un Certificat d'Aptitude en plus du permis de conduire pour les "professionnels du volant".

Pour les longues distances, le contrôle de véhicules auto-RADARS permet de mieux sensibiliser les conducteurs par la prévention et la répression (amendes forfaitaires au-delà des vitesses autorisées).

1-1-4- Les accidents du travail et les maladies professionnelles

En ce qui concerne les accidents de travail et les maladies professionnelles, leur augmentation, leur fréquence et leur importance sont le reflet de la densification du tissu industriel et économique de la Côte d'Ivoire. L'appareil industriel et le processus de sa modernisation créent dans le secteur moderne et essentiellement dans les secteurs secondaires et tertiaires, des nouvelles contraintes face à la machine.

¹² Monsieur Yobout Philippe (Directeur de l'O.S.E.R.

Pour la médecine du travail, les lois sociales conjuguent leurs efforts pour minimiser d'une part ces accidents et risques professionnels et d'autre part pour assurer une réparation des dommages causés par ces accidents. Il convient de conduire des recherches dans ces domaines afin de bien identifier les fréquences et la nature des maladies professionnelles en vue d'une information et sensibilisation plus sûres visant à leur réduction.

1-1-5- La recherche médico-sanitaire

Il faut comprendre la recherche médicale dans sa double version recherche fondamentale et recherche appliquée. Là aussi, comme ailleurs, il est difficile d'atteindre les objectifs de résultats probants.

Cette difficulté tient à deux grandes raisons : la faiblesse des ressources matérielles et financières et l'insuffisance du personnel qualifié. En effet la construction, l'équipement et la gestion de laboratoires performants pour la conduite de recherche biomédicales ne sont pas aisés. Les moyens affectés à cette fin ne représentent que 3,5% du budget de la santé publique qui, lui représente 10 à 18% du budget national. Quant aux ressources humaines, il faut se référer aux professeurs titulaires, aux spécialistes capables de conduire des recherches dans ce domaine. Souvent partagés entre les soins hospitaliers dans les formations publiques et privées, les enseignements dans les facultés et écoles de santé, la recherche, ces professeurs et spécialistes ont très peu de temps à consacrer à cette activité de

recherche pourtant indispensable à la politique sanitaire. Néanmoins, cet objectif garde toute son importance dans les visées de l'Etat et mérite toutes les formes de soutien indispensables pour son exécution et sa dynamisation.

1-1-6- La coordination du système de santé

Il revient au Ministère chargé de la Santé Publique, c'est-à-dire au Gouvernement, d'assurer la coordination générale des systèmes de santé. Il faut effectivement parler de systèmes de santé au pluriel, car en marge de l'organisation moderne des services de santé, des infrastructures et équipements, de la formation des personnels et de l'organisation du travail médico-sanitaire, il y a des médecins traditionnels avec leur organisation, pratiques et croyances des structures de santé privées qui pèsent encore très lourdement dans le processus de santé des populations.

Dès lors, il est important que la coordination des systèmes de santé soit assuré, tant au plan de la pratique médicale autorisée que des autres pratiques affectant la santé des communautés urbaines et rurales.

Si en milieu rural le recours aux guérisseurs, tradipraticiens et autres "spécialistes" est courant et régulier, en ville c'est surtout l'interférence des médicaments et leur vente anarchique qui rendent impérative la vigilance des services publics et la coordination des services médicaux.

En effet dans ce secteur, toutes sortes de drogues et de produits chimiques sont vendus sur le marché, dans les quartiers, aux gares de transports publics, sans contrôle. Les récentes mesures d'interdiction pourront-elles supprimer les dangers auxquels sont exposées les populations ?

Il est sans doute trop tôt pour en faire le bilan, car la vente à la criée des antibiotiques et autres stupéfiants est réfrénée. La forme clandestine existe encore et mérite surveillance, cet objectif de la coordination confère au gouvernement une grande responsabilité collective qui passe sans doute par la formation des personnels médicaux et paramédicaux, capables de suivre et faire appliquer les directives de l'Etat en la matière.

1-1-7- La formation des personnels médicaux et paramédicaux

L'éducation nationale considérée comme "la priorité des priorités", implique dans ses versions formations professionnelles et spécialisées, la formation médicale et paramédicale. L'objectif du ministère dans ce domaine a été de disposer de personnel qualifié aux différents échelons des ressources humaines propres à la pratique médicale.

Avec le développement des U.F.R dites médicales¹³ (médecine, pharmacie, odontostomatologie) et les établissements de formation paramédicales (Instituts Nationaux de Formation des Agents de Santé),

¹³ U.F.R : Unités de Formation et de Recherche

certains objectifs sont atteints. D'autres sont à poursuivre. Il reste à rechercher le rééquilibrage du ratio population /médecine/ d'une part et d'autre part celui du paramédical/médecins. Dans ce dernier cas, les besoins supplémentaires prévisionnels jusqu'à l'an 2000 sont estimés à 1 973 infirmiers, 384 sages-femmes et 6 300 aides soignants.

Outre les personnels médicaux et paramédicaux, autre objet de la politique de santé publique, il faut signaler les personnels techniques dont le besoin supplémentaire en personnel jusqu'à l'an 2000 est estimé à 276 techniciens et le personnel de gestion chargé d'améliorer le fonctionnement des établissements hospitaliers et celui des services et régionaux.

I-1-8- L'amélioration et l'intensification des infrastructures et équipements

C'est à partir de l'amélioration et de l'intensification des infra-structures et équipement qu'il devient possible d'accroître les capacités d'accueil et d'assurer un meilleur service aux usagers. Les tableaux des documents consultés, nous indiquent la répartition des structures sanitaires actuelles ventilées par catégorie et par département. Certaines de ces infrastructures ont besoins d'être augmentées afin de réduire le nombre d'habitants pour lit d'hôpital, ainsi que la distance maximale d'accès à une formation. Cet objectif n'est pas sans relation avec celui de la recherche de réduction des coûts de santé.

1-1-9- La recherche de réduction des coûts de santé

A la faveur du changement de parité du franc CFA (la "dévaluation" monétaire survenue en janvier 1994), le gouvernement a exprimé son souci d'alléger les charges des familles en préconisant certaines mesures pour réduire le prix des médicaments dits de première nécessité. Les concertations entreprises à ce sujet avec les syndicats des pharmaciens et les entreprises pharmaceutiques ont abouti à la réduction tant attendue par les consommateurs. Sans cette mesure, il faut craindre que de nombreux malades continuent d'éviter les formations sanitaires et leurs ordonnances-suicides et que parallèlement ne se développent l'automédication et le commerce clandestin des produits pharmaceutiques d'importation et d'origine douteuse.

1-1-10- La participation des populations à leurs soins de santé

Avec cet objectif, l'on vise à inverser un courant et une mentalité: c'est le courant de l'Etat donateur et la mentalité d'assisté du patient. La gratuité des soins et des médicaments entreprise depuis l'époque coloniale pour inciter la population à la fréquentation des formations sanitaires ne peut plus continuer et ceci pour plusieurs raisons : accroissement démographique des bénéficiaires des prestations ; alourdissement des charges de l'Etat ; développement négatif d'une mentalité d'assisté contraire à la responsabilisation des collectivités... Il s'agit donc de créer une situation nouvelle qui implique le malade et sa famille dans les soins et les frais de santé. Cette situation nouvelle et contraignante.

appelle plusieurs formules de contributions volontaires dont les mutualités, la sécurité sociale et les assurances. En fonction des ressources des populations, cette formule devra rechercher des souplesses nécessaires à la pérennité de son fonctionnement afin d'éviter la paralysie à terme. Du succès des formules trouvées dépendront l'accélération de l'accès des populations aux soins de santé et une bonne partie des réponses à la question.

Le Ministère de la Santé Publique, quelle politique et quels objectifs ?

La qualité et la pertinence des objectifs peut théoriquement préjuger d'une "bonne" politique de santé publique. Encore faut-il que cette politique soit soutenue par une administration conséquente qui permette une organisation structurelle et fonctionnelle efficace.

1-2- L'organisation structurelle

Compte tenu des fréquents mouvements ministériels qui surviennent lors des remaniements du gouvernement et des changements et de désorganisation des ministères ainsi que leurs attributions, il serait plus indiqué de s'en tenir aux constantes des attributions du ministère chargé de la santé des populations.

En effet depuis l'initiation de cette recherche, le département chargé de la santé a changé trois fois de dénomination et d'attributions¹⁴. Ainsi l'organisation structurelle retenue ne se bornera qu'aux grandes lignes indispensables et récurrentes à tous les organisateurs de ce département ministériel.

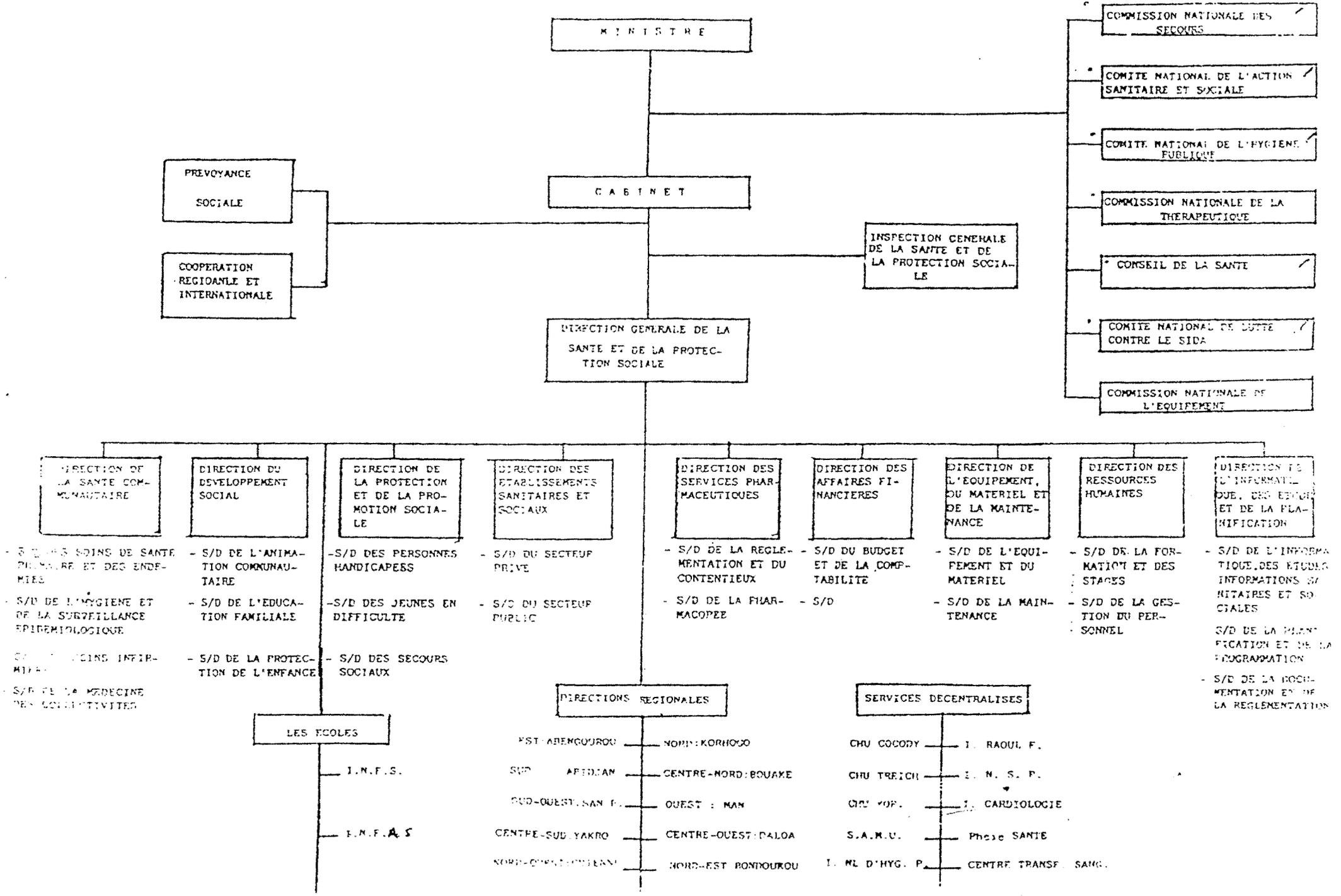
Dans ce cadre, quatre principales entités structurelles ont été retenues :

- . la direction du Cabinet et les services rattachés au Cabinet
- . les directions centrales
- . les services extérieurs
- . les établissements publics nationaux.

1-2-1- La Cabinet et les structures rattachées

Le Cabinet qui est l'instance politique par excellence est composé de six à dix membres (environ). Chacun exerce ses attributions sous la supervision directe du ministre. Sa fonction étant la conception, la coordination, le suivi et l'évaluation de la politique du département.

¹⁴ - Ministère de la Santé Publique et de la Population
- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
- Ministère de la Santé.



Coopération Régionale / CABINET / Structures Rattachées

et Internationale

Direction Générale

Directions Techniques

Structures Décentralisées

Les services rattachés sont un prolongement "non statutaire" de la composition classique du cabinet. L'inspection générale, le service de la coopération régionale et internationale et les organismes consultatifs constituent ce prolongement organique.

L'Inspection Générale procède :

- . au contrôle administratif, financier et pharmaceutique des hôpitaux
- . au suivi de l'application des directives de la législation et de réglementation technique
- . de l'évaluation du travail des différents personnels de la santé.

Le Service de la Coopération Régionale et Internationale

est chargé de : la coordination de la politique de coopération régionale et internationale et des programmes des activités des organismes de coopération bilatérale et multilatérale ;

. la recherche des aides et bourses de stages de formations et de perfectionnement qui fait partie des services rattachés des groupements spécifiques dont le nombre et la composition peuvent varier. On peut néanmoins retenir par exemple :

- . la commission nationale des secours
- . la commission nationale de l'hygiène publique
- . la commission nationale de la thérapeutique
- . le conseil de santé
- . le comité national de lutte contre le SIDA
- . la commission nationale de l'équipement...

1-2-2- Les directions centrales

Elles constituent l'instance de l'exécution de la politique sanitaire. On peut citer entre autres :

- . la direction de la santé communautaire
- . la direction des établissements sanitaires
- . la direction des services pharmaceutiques
- . la direction des affaires financières
- . la direction de l'équipement, du matériel et de la maintenance
- . la direction des ressources humaines
- . la direction de l'informatique, des études et de la planification.

La direction de la santé communautaire est chargée de :

- . la mise en oeuvre du plan d'action des soins de santé primaires
- . l'organisation et de la supervision des activités de santé communautaire
- . l'évaluation des besoins de formation en santé communautaire.

La direction des établissements sanitaires est chargée :

- . des formations sanitaires publiques et privées
- . de la réglementation régissant les professions médicales et paramédicales.

La direction des services pharmaceutiques a pour attributions

- . l'application des prescriptions des lots et règlements relatifs à l'exercice de la pharmacie, des médicaments aux substances vénéreuses aux produits diététiques, cosmétiques et d'hygiène ;
- . le contrôle du commerce des articles et produits soumis à restriction, ainsi que la tarification des médicaments ;
- . l'utilisation des ravitaillements pharmaceutiques dans les formations sanitaires publiques ;
- . l'application de la législation et de la réglementation des prescriptions des conventions et accords internationaux relatifs aux stupéfiants et aux substances psychotropes.

La direction de l'équipement, du matériel et de la maintenance est chargée :

- . d'assurer le contrôle de l'ensemble des besoins d'équipement ainsi que la maintenance du matériel biomédical et technique
- . de veiller à la bonne conservation des bâtiments et des équipements

La direction des ressources humaines est chargée

- . de la formation et du perfectionnement du personnel

- . de la coordination des établissements de formation
- . de la gestion du personnel.

La direction de l'information, des états et de la
planification est chargée

- . de la mise en oeuvre du schéma directeur informatique du ministère
- . des études relatives à la politique nationale en matière de santé
- . des systèmes d'informations, de documents et d'archivage
- . de la réglementation sanitaire.

1-2-3- Les service^s extérieurs

Les services extérieurs sont composés des directions régionales des services départementaux et des secteurs sanitaires.

Avec l'accroissement numérique des régions, le nombre actuel de dix va être porté à douze.

Les services, du fait de leur importance sur le terrain, permettent de mieux cerner les champs d'application de la politique sanitaire.

1-2-4- Les Etablissements Publics Nationaux (E.P.N)

Le Ministère de la Santé dispose de certains Etablissements Publics Nationaux à caractère socio-sanitaire et pédagogique. Ce sont par exemple les Centres Hospitaliers Universitaires, l'Institut National de Santé Publique, les Instituts Nationaux de Formation des Agents de la Santé.

Centres Hospitaliers Universitaires
Institut National de Santé Publique
Instituts Nationaux de Formation des
Agents de la Santé

. ABIDJAN
. BOUAKE
. KORHOGO

Les orientations de la politique sanitaire et leur appui structurel et fonctionnel ont nécessairement besoin du terminal qui soutient toute politique de santé : celle des médicaments. Quelle est celle du ministère chargé de la santé en Côte d'Ivoire ?

2 - DE LA QUESTION DES MÉDICAMENTS

Il n'y a pas de politique médico-sanitaire performante sans celle des médicaments. En effet la consultation et l'établissement de dispositifs appropriés sont d'excellentes approches de la médecine curative mais leur

aboutissement logique reste les médicaments indispensables aux soins des malades. L'accès aux médicaments demeure une préoccupation majeure pour de nombreux patients qui investissent les formations sanitaires. Comment se soigner après l'identification du mal?

L'ordonnance médicale qui en est le symbole est capitale dans le circuit hospitalier. C'est une étape même redoutée, en ce qu'elle engendre une crainte, celle du montant financier à déboursier à la pharmacie pour l'acquisition des produits pharmaceutiques.

"C'est à cause de ordonnance-là que nous, on veut pas venir dans l'hôpital là", soupire un chef de famille.

"où je vais avoir l'argent pour payer tout ça là ?" s'interroge la mère d'une jeune patiente.

"ça c'est la mort !" conclut dramatiquement un troisième dont l'enfant vient d'être opéré d'un appendicite¹⁵. D'une manière générale, les ordonnances sont estimées trop chères, du moins les prix des médicaments auxquels elles exposent les malades et leurs parents. Ce sont donc des "papiers" répulsifs. Bien souvent cette répulsion s'étend au médecin, ou à l'infirmière, prescripteur de l'ordonnance. Il est considéré comme sourd et insensible à l'indigence des familles. C'est l'individu qui en ajoute à la souffrance du malade et à son entourage. Cette perception de "l'homme médical" traitant, peut conduire à des comportements médicaux spécifiques.

¹⁵ Propos recueillis dans les services d'urologie, de maternité et de chirurgie au CHU de Bouaké en mars 1995

2-2- La double médication

Devant la pauvreté et l'insuffisance des moyens des malades, leurs familles sont souvent amenées à ne pas honorer totalement l'achat de tous les médicaments prescrits et figurant sur l'ordonnance médicale. Dans certains cas, des calculs sont effectués pour aboutir à l'achat partiel. Ce choix peu raisonné se fonde surtout sur le ou les médicaments moins chers au détriment de ceux estimés trop chers. Cette "option de la nécessité" fait loi chez près de 40 % des patients contactés à propos de l'achat de médicaments lors des enquêtes.

Cette option boiteuse trouve un palliatif dans la double médication. En quoi consiste-t-elle ? La double médication réconcilie à sa phase curative la médecine occidentale (dite moderne) et la médecine africaine (dite traditionnelle). En effet elle complète les indications thérapeutiques de l'hôpital avec celles des tradipraticiens.

Les médicaments des officines pharmaceutiques sont ajoutés à ceux des soigneurs du terroir dans un cocktail parfois bizarre. Passé l'effet de la bizarrerie des modes d'administration, souvent des incompatibilités dangereuses peuvent subvenir. Par ailleurs, la soustraction du malade de l'hôpital pour la maison, à cette fin, peut causer plus de préjudice à celui-ci dans cette quête des vertus additionnées des médicaments de Blancs et ceux des Noirs.

Le métissage thérapeutique peut sans doute porter fruit. Il serait intéressant, au moment où la collaboration entre les deux types de médecine s'inscrit comme une des priorités du gouvernement, d'examiner sérieusement les formules et modalités pratiques pouvant profiter à la santé humaine.

2-3- L'automédication

La deuxième attitude devant la cherté des médicaments et le manque de moyens financiers des malades est le recours à l'automédication. Pire que l'attitude précédente, cette automédication part des présomptions de symptômes, pour recourir à des médicaments pris naguère, par un ami, un parent, collègue de bureau qui a eu les mêmes maux que le patient. Sur la base logique des mêmes causes produisent les mêmes effets, on administre le médicament ayant servi et guéri quelqu'un, pour tenter d'enrayer son propre mal. Pire encore, les médicaments utilisés, achetés au coin de la rue où sur l'étalage du marché (sous la pluie ou le soleil) souvent périmés, ne représentent plus qu'un danger pour la santé déjà affectée du malade. Cette malheureuse situation repose encore gravement la question des médicaments. Certes depuis l'année 1993 des efforts significatifs sont faits pour accroître dans les formations sanitaires même publiques la quantité et la variété des médicaments et aussi assurer leurs disponibilité. Mieux encore, les médicaments dits génériques sont disponibles en pharmacie. Toutes ces actions conjuguées ont amélioré sensiblement le champ médicamenteux. Cependant, il faut reconnaître qu'avec la dévaluation du franc CFA, et l'augmentation des prix de médicaments, certaines familles des centres urbains, l'indisponibilité (rupture ou stratégies commerciales) de certains de ces médicaments, de nombreuses difficultés demeurent dans ce secteur. Aussi l'accès aux médicaments demeure-t-elle encore une importante question dans la politique médico-sanitaire en Côte d'Ivoire.

« Avez-vous les moyens de votre politique ? » est une question banale, tout comme "faire la politique de ses moyens" qui incite à la prudence, à la mesure et la quête d'une adéquation entre ses ambitions et les possibilités de les réaliser.

La question des moyens reste donc un facteur essentiel de la politique sanitaire. De quels types de moyens dispose la Côte d'Ivoire au plan sanitaire ?

3 - LES MOYENS DE LA POLITIQUE SANITAIRE

L'importance et l'intérêt de la santé dans la politique globale de développement économique et social sont tels qu'il faut pour ce secteur, beaucoup de moyens. Comment en disposer lorsque (pour un pays en développement comme la Côte d'Ivoire) tout paraît prioritaire ? Et l'éducation ? et l'agriculture ? et le réseau routier ? et l'habitat ?

Cependant, malgré les sollicitations multiformes de l'Etat, la santé reste un pôle hautement prioritaire. Ainsi trois types de besoins complémentaires s'imposent dans ce secteur sanitaire. Il s'agit des :

- Ressources humaines
- Ressources matérielles
- Ressources financières.

3-1- Les moyens humains

Ils ne sont pas suffisants pour couvrir les besoins réels des populations. Pour les ratios de personnels les exemples ci-dessous le confirment :

Tableau n° 3 : Ratios de Personnel

| | A | N | N | E | E |
|---------------------------------|---|------|------|------|---|
| | | 1990 | 1995 | 1999 | |
| Nombre d'habitants./ médecins | | 9019 | 8219 | 9000 | |
| Nombre d'habitants / infirmiers | | 2647 | 2644 | 2843 | |

Extrait de "L'évolution des indicateurs socio-sanitaires"

Ministère de la Santé Publique - Abidjan 1990. "Perspectives".

Le Rapport population/nombre d'habitants qui était de 9019 habitants pour un médecin en 1990, s'est amélioré en 1995 pour s'aggraver en 1999. En ce qui concerne le nombre d'habitants par infirmier, il était de 2647 en 1990 ; il est resté stable en 1995 et s'est dégradé en 1999.

3-1-1- OBSERVATIONS

L'on peut remarquer que le secteur de santé tertiaire est nettement mieux servi en personnel (quantité et qualité) que les secteurs de santé secondaire et primaire. Le déséquilibre reste préjudiciable aux populations surtout qui ont peu de formations sanitaires, avec peu de spécialistes et peu de moyens et peu de médicaments.

Ce qu'il faut surtout déplorer c'est cette répartition inégale des médecins au niveau des régions, des formations sanitaires et des chapitres budgétaires.

Cependant, pour plus de 2 000 diplômés en médecine, l'Etat ne pourra installer que 900 environ. Cette situation paradoxale s'explique par la réduction des possibilités d'embauche de la Fonction Publique.

"Au niveau de la Fonction Publique, les dispositions relatives au recrutement automatique des médecins seront remplacées par l'institution d'un concours annuel et recrutement dont le nombre de places sera strictement fonction des besoins des établissements sanitaires. Le besoin supplémentaire prévisionnel est estimé à 760 médecins et assimilés. Les prochains recrutements annuels ne devront pas dépasser 100 médecins jusqu'en 1995 et 50 au delà"¹⁶.

Le chômage des médecins dans ce contexte est une autre réalité. La Fonction Publique ne pouvant pas absorber tous les médecins formés (environ 125 thèses de doctorat d'Etat en médecine soutenues par an), et le secteur privé ne pourront recruter ces médecins, il se pose cette douloureuse question de chômage du corps médical. Du reste, cette situation n'était-elle pas prévisible ?

3-1-2- Le personnel para médical

En tant qu'auxiliaire des médecins, le personnel para-médical est un maillon indispensable. Un rééquilibrage des ratios s'impose aussi à ce niveau entre le médical et le para-médical. Pour compléter ce tissu du personnel para-médical, il est envisagé la formation d'aides-soignants en remplacement des garçons et filles de salle.

¹⁶ Ministère de la Santé Publique et de la Protection Sociale. Programme de Valorisation des Ressources humaines. PPB dans le secteur de la santé - Abidjan, Juin 1991 - P 35 paragraphe 5.

"Les besoins supplémentaires prévisionnels jusqu'à l'an 2000 sont estimés à 1 973 infirmiers, 384 sages-femmes et 6 300 aides soignats"¹⁷.

Ces ratios pourraient être indexés sur les indices financiers en se référant au nombre de personnel para-médical par médecin¹⁸

3-1-3- Le personnel technique

Ce personnel fait encore cruellement défaut. Il importe qu'il soit formé et "tienne" les équipements bio-médicaux en réhabilitation. Le besoin supplémentaire prévisionnel jusqu'à l'an 2000 est estimé à 276 techniciens. En vue du recouvrement des coûts hospitaliers, il importe que ce personnel soit bien formé et assure les prestations indispensables à la croissance des ressources proposées.

3-1-4- Le personnel de gestion

Pour l'ensemble des structures hospitalières et des bases de secteurs, ce personnel est nettement insuffisant. Or il en faut en nombre suffisant pour renforcer la gestion des établissements hospitaliers, les services centraux et les services régionaux.

La régularité de la gestion des stocks des consommables médicaux, le contrôle économique et financier... en dépendent.

¹⁷ Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
Programme de Valorisation des ressources humaines PPB dans le secteur de la santé, Abidjan, Juin 1991, p. 36

¹⁸ Le salaire moyen d'un médecin équivaut aux salaires moyens de deux infirmiers ou sages-femmes ou de six aides-soignants.

OBSERVATIONS

L'évolution des aides-soignants (1057) en l'an 2000 a-t-elle apporté des solutions notables et satisfaisantes à la question des personnels médicaux, tout comme celle des personnels non qualifiés prévus au nombre de 2157 en l'an 2000, pour ce qui est des nouveaux établissements ?

Ce schéma est identique pour l'ensemble du secteur santé (6130 et 1846).

La faible évolution des effectifs entre 1990 et 2000 (sur dix ans) n'aura été que de :

- 2 % pour les médecins ;
- 2 % " " infirmiers ;
- 0,03 % " " garçons et filles de salle ;
- 2 % pour " sage-femmes ;
- 2 % " " aides-soignants ;
- 3 % " " personnels administratifs ;
- 2 % " " techniciens non qualifiés ;
- 3 % " " non qualifiés.

Quand on sait qu'en Côte d'Ivoire, il y a 1 022 structures sanitaires relevant du secteur primaire, 114 de secteur secondaire et 10 du secteur tertiaire¹⁹, on mesure les efforts encore à faire. Il est à rappeler que le monde rural dispose de :

¹⁹ Ministère de la Santé Publique
Deuxièmes journées de bilan des activités du Ministère de la Santé Publique pour l'année 1996
(Yamoussoukro 18-21 Décembre 1996) pp. 40-41.

- un dispensaire pour 10 000 habitants
- une maternité pour 14 100 femmes en âge de procréer.

Par ailleurs, dans ce milieu (rural) seuls 54 % de la population disposent d'une formation sanitaire située à des distances plus ou moins éloignées des communautés.

- 14 % de ces formations sont à une distance de moins de 5 kilomètres
- 15% entre 10 et 15 kilomètres
- 5 % entre 15 et 20 kilomètres
- 4% à plus de 20 kilomètres.

Les objectifs du Programme National de développement sanitaire prévoient d'ici l'an 2000, la construction de 350 dispensaires et 450 maternités afin de réduire les ratios signalés plus haut. Est-ce fait ?

3-2- Les moyens matériels

Le descriptif des moyens matériels est complexe, car par moyens matériels, il faut entendre à la fois les infrastructures (le bâti), les équipements ordinaires (matériel de bureau) les équipements techniques (plateaux techniques et bio médicaux).

Dans le cadre de l'amélioration de la couverture sanitaire, il est envisagé plusieurs opérations de constructions, de réhabilitations d'anciennes infrastructures et d'équipements.

Outre les pouvoirs publics, cette action est parfois soutenue par les collectivités locales notamment les municipalités. Parfois, ce sont les

coopératives ou unions de coopératives qui apportent leur concours. Dans certains autres cas, ce sont les congrégations religieuses ou des ONG nationales et internationales.

3-3- Les moyens financiers

Les moyens financiers en matière de santé sont toujours considérés insuffisants. Le budget du Ministère chargé de la Santé représente 10 et 18 % du budget national. Il a connu une évolution ces dernières années.

Les principales sources d'approvisionnement sont :

- le Budget Spécial d'Investissement et d'Equipement (BSIE)
- le Budget de Fonctionnement.

Il faut cependant signaler qu'avec les aides bilatérale et multilatérale, ce département a bénéficié d'un important concours financier de l'extérieur. On peut signaler entre autres aides, celles d'Allemagne désignés par :

- projet Santé KFW ; celles de la BAD
- du FED - du Japon - de la FAC et du FOCOEX.

Certes la contribution des Fonds Régionaux d'Aménagement Rural (FRAR), et celles des collectivités locales (municipalités) sont à mentionner ainsi que celle de certaines communautés religieuses notamment chrétiennes (Missions Protestantes et Catholiques...).

Conclusion du Chapitre I

Il faut relever que si les objectifs majeurs de cette politique sont bien précis, il demeure encore beaucoup de difficultés quant à l'exécution de la programmation envisagée. L'organisation administrative insuffisamment décentralisée continue à freiner des initiatives locales. La question des médicaments anime encore les débats et constitue un point d'achoppement pour les populations que cela répugne à cause de la faiblesse de leur pouvoir d'achat. Les moyens d'application de cette politique (humains, matériels et financiers) ne suffisent pas encore malgré l'effort national considérable et l'appui des bailleurs étrangers pour la construction, la réhabilitation et l'équipement de nombreuses infrastructures sanitaires.

En tout état de cause, faut-il considérer que l'insuffisance des moyens de l'Etat, celle des personnels et leur qualification, la relative pauvreté des populations sont-elles à la base d'une couverture sanitaire encore peu satisfaisante ? Toujours est-il qu'à cela s'ajoutent des contradictions et des incohérences, des manques de coordination, des défauts de gestion qui réduisent la portée de la politique sanitaire en Côte d'Ivoire.

Les contradictions et incohérences en questions relèvent-elles de l'incompétence des hommes ? Ou de leur inconscience ? Ne faut-il pas les situer dans un contexte plus global du sous-développement structurel qui affecte gravement tous les secteurs d'activités au niveau national ?

CHAPITRE 2

LES CONTRADICTIONS ET LES INCOHÉRENCES DE LA POLITIQUE SANITAIRE

1. LES OPTIONS DE L'ÉTAT
2. LES GROUPES SOCIAUX CIBLES
3. LES PARTICULARITÉS GÉOGRAPHIQUES
4. LES NIVEAUX D'ACTIVITÉS SANITAIRES ET
LE PERSONNEL TECHNIQUE
5. LES MOYENS FINANCIERS ET BUDGÉTAIRES
6. LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES.

CHAPITRE 2 : LES CONTRADICTIONS ET LES INCOHÉRENCES DE LA POLITIQUE SANITAIRE

Pour saisir les principales données de contradictions et incohérences de la politique sanitaire en Côte d'Ivoire, six facteurs ont été mis en évidence.

- 1°) Les options de l'Etat
- 2°) Les groupes sociaux
- 3°) Les particularités géographiques
- 4°) Les nouvelles activités sanitaires et le personnel technique
- 5°) Les moyens financiers et budgétaires
- 6°) Les produits pharmaceutiques.

Quels sont les éléments de ces contradictions et incohérences ? De quelles natures sont-elles ? Sont-elles circonstanciées ou permanentes ? Comment tente-t-on de les réduire dans le processus de la promotion sanitaire ? Toutes ces questions nous situent tout l'intérêt de ce chapitre et partant, de cette partie dans l'analyse entreprise.

I - LES OPTIONS DE L'ÉTAT

Pour avoir déjà évoqué dans la problématique de cette thèse la dialectique optionnelle de l'Etat entre la médecine curative et la médecine préventive, il devient superflu de prolonger cet aspect des constats relevés. Cependant, la permanence de cette question optionnelle de l'Etat s'impose et

transparaît dans tout le processus du système de santé. Faute d'une option franche, l'on perçoit la politique en la matière dans ses hésitations, et ses derniers choix qui aboutissent parfois à des contradictions et à des incohérences sur le terrain.

D'ailleurs, peut-on opérer véritablement un choix exclusif entre la médecine curative et la médecine préventive ? Quels que soient l'intérêt et l'importance de l'une ou de l'autre de ces types d'approche médico-sanitaire, l'une ne saurait se concevoir sans l'autre et prétendre atteindre l'efficacité totale souhaitée. Si l'on admet pour des raisons évidentes de complémentarité cette dialectique médicale entre prévention et soins, il n'est pas toujours aisé sur le terrain, d'accepter certaines attitudes et certains comportements des personnels médicaux et paramédicaux. A Kagbolodougou, dans le département de Korhogo, l'infirmier responsable du Centre de Santé, préoccupé par les nombreux cas d'affections qui le débordent, avoue n'avoir pas assez de temps pour faire de la prévention. D'ailleurs celle-ci lui paraît un luxe propre aux formations sanitaires d'échelons supérieurs, disposant de beaucoup de personnels et de temps, et d'équipements de démonstrations appropriés pour cela. Obligé quant à lui de faire face aux malades, il s'attelle aux priorités qui concernent les urgences et les soins.

Cette attitude fort critiquable implique des questions. A quoi sert l'administration des soins, si le malade ne sait comment éviter l'origine de sa maladie et sa répétition ? En prenant le cas du paludisme, première affection reconnue dans le département de Korhogo ; n'est-il pas important que le paludéen sache que ce sont les moustiques qui sont les vecteurs de la

maladie, et qu'il faut prendre des précautions afin d'éviter les piqûres de ces insectes et ou mieux se protéger contre eux avec des moustiquaires, détruire leurs gîtes en entreprenant des actions de salubrité de l'environnement domestique, en enterrant les boîtes vides, les ordures ménagères loin des habitations ?

L'attitude de l'infirmier du village de Kagbolodougou n'est pas différente de celle rencontrée au nord-est à Nassian et à Kouassi Datékro (région administrative de Bondoukou) ni de celle remarquée à Botro et à Tiendiékro dans le département de Bouaké.

Incohérence ou contradiction, cet état de fait n'est pas le seul que nous donne le tableau des difficultés affichées par la politique sanitaire en Côte d'Ivoire : les groupes sociaux cibles en présentent une variante : quelle est-elle ?

2 LES GROUPES SOCIAUX CIBLES

La médecine moderne dont se préoccupe l'Etat s'inscrit dans un contexte de promotion sociale qui a pour principales articulations la ville, l'alphabétisation, la notion segmentée du temps²⁰, la capacité financière d'accès aux médicaments et aux régimes diététiques qui accompagnent certaines prescriptions médicales, aux notions d'hygiène, à la qualité de l'environnement... A partir de ces variables et exigences relatives, on perçoit des groupes sociaux cibles structurés en élites - (cadres supérieurs et assimilés) - population intellectuelle (cadres moyens, cadres subalternes et groupes alphabétisés...) et population analphabète (majoritairement).

²⁰ Cette notion segmentée du temps est celle dont la montre est le support qui est divisée en 24 heures : exemple prenez les cachets toutes les 2 heures pendant 24 heures.

Cette classification bien qu'imparfaite nous semble opérationnelle pour mettre en évidence les incohérences et contradictions, objet du présent chapitre.

2-1- L'élite

Composée de hauts fonctionnaires de l'Etat, des administrations publiques et privées, des responsables d'entreprises,... cette population qui ne représente qu'environ 3 % de la population globale, bénéficie en revanche des meilleurs services de santé moderne.

En effet ayant les moyens financiers conséquents puis usant et abusant des relations sociales particulières avec le corps médical (médecins, pharmaciens, chirurgiens, dentistes) cette élite est traitée avec diligence et délicatesse tant dans les formations sanitaires publiques que privées où elle est logée aux premières enseignes. En cas d'hospitalisations, ce sont les chambres de première catégorie (tout confort) qui leur sont réservées ; leur suivi est assuré par les professeurs agrégés d'Université.

Certains médicaments sont très onéreux pour la majorité compte tenu de son pouvoir d'achat, mais ne le sont pas pour l'élite. Où est la logique du droit à la santé pour tous.

2-2- La population intellectuelle

Moins en vue que l'élite intellectuelle et commerciale, ce groupe social fait aussi partie des privilégiés du fait de son statut professionnel et du rôle de leader que beaucoup de ses membres jouent au plan national. Son pouvoir d'achat l'autorise à certaines facilités d'accès aux soins hospitaliers. Les cadres

moyens, subalternes et assimilés dont il s'agit, ont par leur statut intermédiaire, une position dynamique qu'ils exploitent dans de nombreux secteurs de la vie économique, sociale et culturelle nationale. Le secteur de la santé n'échappe pas à leur stratégie soit à leur propre profit, soit à celui de leurs familles²¹ .

2-3- La population analphabète

De loin la plus importante, elle est essentiellement composée de ruraux. Elle avoisine 70 % de la population totale. Au regard de la médecine moderne occidentale, elle est doublement handicapée. Ne sachant ni lire ni écrire, elle est "bloquée" devant les services hospitaliers dont l'accueil souvent laisse à désirer. Les "broussards", comme ses membres sont péjorativement désignés, sont parfois maltraités et même humiliés. Pour ne pas renouveler des expériences fâcheuses et déprimantes, certains se refusent à aller au Centre de santé. Par ailleurs disposant de peu de moyens financiers, de nombreux indigents analphabètes ne peuvent acheter les médicaments inscrits sur les ordonnances médicales. Raison ou prétexte ? Cela devient une autre condition limitative et d'abstention.

La politique de santé publique doit rechercher l'intégration de toutes ces composantes sociales, afin que le droit à la santé, soit un véritable droit, réel pour le plus grand nombre. Il demeure encore des contradictions et des incohérences entre les déclarations de la politique de la "santé pour tous" et la réalité de la pratique sanitaire. C'est le lieu de considérer l'éducation, l'information et la désenclavement social et l'accès aux soins et à la santé publique. Si le manque et l'insuffisance de moyens financiers peuvent constituer un frein pour de nombreuses familles devant l'hôpital, l'ignorance

²¹ Ici le concept de famille est compris au sens large de parenté classification, impliquant dans la famille toutes les connaissances.

sanitaire, l'assainissement... peuvent largement contribuer à éloigner certains spectres de fléaux et de pathologies sévissant à l'état endémique.

La ségrégation relevée dans la structure socio-démographique peut induire des incohérences que l'Etat doit corriger dans son système sanitaire. Ces incohérences de la pyramide sociale se superposent à des particularités spatiales, c'est-à-dire géographiques qui requièrent-elles aussi un correctif politique.

3 - LES PARTICULARITÉS GÉOGRAPHIQUES

L'on pourrait simplifier les données géographiques en ne considérant que le couple antagonique milieu urbain, milieu rural. En effet la distinction ville-campagne est porteuse de discriminations. L'on sait que les formations sanitaires urbaines sont numériquement plus importantes et qualitativement mieux équipées que celles du milieu rural, alors que les priorités consignées dans le premier plan quinquennal, étaient entre autres, l'amélioration de l'accès aux services dans les zones rurales et la qualité de ceux-ci.

Avec la croissance rapide des villes et leur équipement en infrastructures sanitaires, les zones rurales semblent délaissées au plan des équipements sanitaires. La croissance démographique de 4,4 % par an affecte inévitablement tous les secteurs sociaux y compris celui de la santé et principalement de la santé en milieu rural. Le déficit et l'insuffisance des infrastructures en milieu rural se heurte aux "procédures des Fonds Régionaux d'Aménagement Rural (F.R.A.R) qui pourtant peuvent apporter une contribution très importante en dispensaires et en maternités)²². Ces démarches positives des ruraux montrent bien tout l'intérêt qu'ils portent de plus en plus aux formations sanitaires dans leur milieu.

²² Programme de collecte des ressources humaines (planifications programmation budgétisation dans le secteur de la santé) Op. Cit p. 21

L'école, le centre de santé, le marché semblent être les tous premiers équipements collectifs qui préoccupent les communautés rurales. Les politiques de l'Etat dans les domaines scolaires et surtout sanitaires devraient être mieux planifiées afin de donner à l'action des populations un prolongement à la mesure de leurs efforts et de leur attente. "Le manque de programmation cohérente de ces investissements a conduit à la construction de 225 dispensaires et 70 maternités qui n'ont pas été mis en service"²³ . Pour ce faire, le centre sanitaire devra être scrupuleusement observé. Aussi la délivrance des agréments de construction devra-t-elle être soumise aux autres paramètres : équipements, personnel qualifié...

Il s'agit en tout état de cause de densifier les réseaux des soins en renforçant l'accessibilité aux soins primaires.

Sur la base de cette disparité spéciale, nous pouvons relever trois ensembles géographiques comme le montre la carte de la page suivante :

- 1°) Espace comprenant moins de 135 000 habitants par infrastructures,
- 2°) Espace comprenant 135 000 à 200 000 habitants,
- 3°) Espace comprenant plus de 200 000 habitants par infrastructures hospitalières.

Il faut signaler que la moyenne nationale est estimée à 145 000 habitants.

²³ Ibid

En ce qui concerne les maternités, la situation de leur proximité des usagers n'est pas plus enviable ; la distance moyenne nationale à la maternité la plus proche est de 25 km.

Afin de satisfaire les besoins conjugués des populations en soins divers, il serait mieux que les prestations de dispensaires, de maternité et celle des protections maternelles et infantiles (PMI) soient réunies au même endroit.

Aussi pourrait-on envisager des infrastructures complémentaires à celles qui existent. Pour la période 1991-2000 ce complément infra structurel donnerait :

- 20 maternités à équiper et à ouvrir
 - 90 maternités à achever, équiper et ouvrir
 - 118 maternités à construire, équiper et ouvrir
- soit au total 228 maternités.



Source : Sourire du jour Fraternité Matin
 (Journal quotidien Côte d'Ivoire,
 Mai 1998 - Opération vaccination
 anti poliomyélite)

Les différentes sortes de distorsions relevées dans la politique sanitaire en Côte d'Ivoire ne se limitent pas seulement aux données optionnelles de base, ni aux groupes cibles, ni à la qualité et à la quantité des infrastructures et équipements dans l'espace, mais elles concernent aussi les niveaux d'activités sanitaires, le personnel technique, les moyens financiers et matériels ainsi que les médicaments.

4 - LES NIVEAUX D'ACTIVITÉS SANITAIRES ET LE PERSONNEL TECHNIQUE

Les niveaux d'activités sanitaires semblent calqués sur la hiérarchie des formations sanitaires qui comportent trois degrés : celui qui part des centres de santé aux dispensaires et maternités du milieu rural et semi-urbain ; puis celui des hôpitaux de 2^e degré et les hôpitaux de jour et enfin celui des hôpitaux de 1^{ère} catégorie, les centres hôpitaux régionaux et les Centres Hospitaliers Universitaires.

Au niveau primaire, les activités sont très diversifiées et concernant aussi bien l'hygiène publique que la formation en soins de santé primaires, les matrones du village, le fonctionnement des caisses à pharmacie..., le dépistage des maladies endémiques, la vaccination pour la protection maternelle et infantile.

Au niveau secondaire, l'on trouve dans cette classification des services spécialisés tels ceux de l'obstétrique, de la pédiatrie en dehors de ceux de la médecine générale.

Schema N° 2 pyramide des structures de santé

- Niveau
tertiaire

Services Spécialisés plateaux techniques
intervention d'urgence équipements lourds
hôpitaux 1^{ère} - catégorie CHU - CHR
Pathologies Spécifiques SIDA - Cardiologie
tuberculose.

2- Niveau
Secondaire

Hospitalisation
Obstétrique - pédiatrie
Médecine Générale
Hôpitaux de 2^{ème} catégorie
Hôpitaux de jour

Activités préventives et curatives
centres de Santé Scolaires et universitaires
centres de protection maternelle et infantile

1- Niveau
primaire

dispensaires
ruraux

dispensaires
urbains

maternités rurales
maternité Urbaines



Au niveau tertiaire sont réservés les services hautement spécialisés et les plateaux techniques pourvus d'équipements lourds de pointe. C'est à ce stade, que s'effectuent la recherche et la formation médicale de haut niveau.

Pour ce qui est des ratios de personnel, il faut relever des incohérences logiques dans le fonctionnement des services à cause des effectifs. Alors qu'un des objectifs majeurs du plan quinquennal 1981-1985 était d'améliorer le nombre et la qualité du personnel sanitaire en augmentant la capacité de formation du personnel paramédical, force est de constater que "depuis plusieurs années, on reconnaît qu'il y a un sérieux déséquilibre entre les divers types de personnel sanitaire notamment un excédent de médecins et une pénurie d'infirmiers, de sages-femmes, de techniciens et d'autres personnels paramédicaux"²⁴. Si en 1983, la Côte d'Ivoire comptait un médecin pour 15 734 habitants ; il n'y avait à cette date là qu'une infirmière diplômée pour 4 120 habitants. En 1984 la faculté de médecine délivre 154 diplômes de sages-femmes, n'enregistre que la moitié de ces effectifs aux inscriptions.

Si l'on se réfère à l'évolution des effectifs des personnels sanitaires, l'on a

:

| | |
|------------|-------|
| 1969..... | 3 171 |
| 1974 | 3 776 |
| 1979 | 4 255 |
| 1981 | 4 609 |

²⁴ Côte d'Ivoire Document de travail sur les ressources humaines Banque Mondiale, Rapport n° 7587-IVC Janvier 1989, p. 35.

Pour ces personnels, la ville d'Abidjan monopolisait à elle seule :

52 % des médecins

45 % des infirmiers et infirmières

20 % des sages-femmes.

A titre de comparaison, "l'indice moyen de sages-femmes" par maternité rural en 1979 était de 2 fois supérieur à celui d'infirmiers, infirmières de formation rurale (1.5 pour infirmiers-infirmières, contre 0,6 pour les sages-femmes)²⁵. Quand on considère les perspectives démographiques, elles nous indique que :

- le nombre d'enfants de moins de 5 ans passera de 1 670 200 en 1983
- à un chiffre oscillant entre 4 642 800 et 6 162 100 en 2010 ;
- le nombre de femmes en âge de procréer évalué en 1980 à 2 120 900 atteindra 7 322 900 environ en 2010 ;
- le couple mère-enfant (0-5 ans) représentera 48,03 % de la population totale en 2010 ;
- la population de la ville d'Abidjan atteindra un chiffre compris entre 10 500 000 et 15 800 000 habitants.

Par rapport à ces projections, il faudrait pour la période comprise entre 1984 et 2010, en moyenne :

115 sages-femmes si l'on veut ramener ce ratio d'une sage-femme pour 10 000 habitants ;

356 sages-femmes si l'on veut ramener ce ratio à une sage-femme pour 3 000 habitants ;

1 068 sages-femmes si l'on modifie ce ratio à une sage-femme pour 1 000 habitants.

²⁵ Population et santé de la reproduction en Côte d'Ivoire
Pr. S. DIARRA, Pr. Ag C Welfens EKRA, Dr K. TOURE C. Abidjan FNUAP, 1984 p. 113

L'analyse des statistiques que nous avons réalisée nous montre d'autres aspects complémentaires des incohérences et destruction selon que l'on considère le milieu rural ou le milieu urbain et singulièrement la capitale économique Abidjan.

- En milieu rural

- Le taux de sages-femmes par maternité étant inférieur à 1, la majeure partie des accouchements est assurée par du personnel subalterne dans des propositions de 70 à 75 %,

- Le nombre moyen d'accouchement par sage-femme et par jour est inférieur à 1, car seuls 13 % des accouchements sont assurés en maternité, dont le taux d'occupation n'est que de 41 %.

- Faute de personnel et d'équipements adéquats, 50 % des maternités ne disposent même pas de moyens d'évacuation des malades.

- A tout ceci, il faut ajouter les données psychologiques négatives d'un accueil mal assuré, de l'absence quasi totale d'activités de prévention.

- En milieu urbain Abidjanais

- La situation est bien différente. Le nombre moyen d'accouchement par sage-femme et par jour se chiffre à 1.8 (0,5 sage-femme/jour à Cocody contre 5,2 sage-femmes/jour à Lokodjro). La position abidjanaise est bien particulière dans la concentration des infrastructures, des équipements et des personnels médicaux et para médicaux. en 1987, les installations tertiaires publiques représentaient 38,4 % de trois lits d'hôpital du pays (10 581) ; Abidjan a lui seul

(avec approximativement 19 % de la population totale en 1985) disposant au total de 2 642 lits soit 26,6 % de l'ensemble des lits publics du pays.

Indépendamment de la qualité, et de la quantité et de la distribution déséquilibrée des personnels techniques, dans l'espace, il faut ajouter à l'encontre de ceux-ci, le caractère défailant et défectueux de l'accueil en milieu hospitalier.

Le caractère irascible de certains personnels : filles de salles, infirmiers, sages-femmes, médecins... n'est pas de nature à rassurer les malades et leurs familles. Pour certaines maternités, la situation est dramatique. Les parturientes sont prises à partie par les sages-femmes en termes injurieux, et grossiers, puis traitées sans ménagement dans les salles d'accouchement, quand elles n'affichent pas une indifférence totale vis-à-vis de ces femmes en prolongeant entre elles leur causerie sur des sujets extra-professionnels au grand désappointement de tous et contre toute règle déontologique.

5 - LES MOYENS FINANCIERS ET BUDGÉTAIRES

Dans l'examen de la politique sanitaire et du système de santé, la question des moyens financiers et budgétaires apparaît à la fois au niveau de son volume, de sa répartition et de sa gestion.

La gestion défectueuse des ressources financières se trouve aggravée par l'insuffisance de celle-ci. Lorsqu'on considère les investissements publics de l'Etat de Côte d'Ivoire pour la période allant de 1982, on constate que la part réservée à la santé n'en représentait qu'une partie résiduelle.

Les investissements ont oscillé entre un plancher de 0,3 % en 1982 et un plafond de 7,4 % en 1988.

"La gestion déficiente du personnel se manifeste dans l'absentéisme des médecins, des cas de pratiques de marché noir, le manque de supervisions des équipements d'entretien et de nettoyage et les pannes de matériel"²⁶ .

Cette observation de la banque mondiale mettant en cause la conscience professionnelle de certains personnels relève un autre volet du dysfonctionnement de notre système sanitaire, responsable de son inefficacité. Cette mise en cause d'ailleurs se poursuit : "l'absence d'un système d'un tirage et de référence ainsi que d'une gestion efficace du flux de patients se traduisent par de longues attentes pour le diagnostic et le traitement l'absence d'une bonne gestion des cas de patients hospitalisés entraîne des séjours trop longs (et coûteux) à l'hôpital"²⁷ .

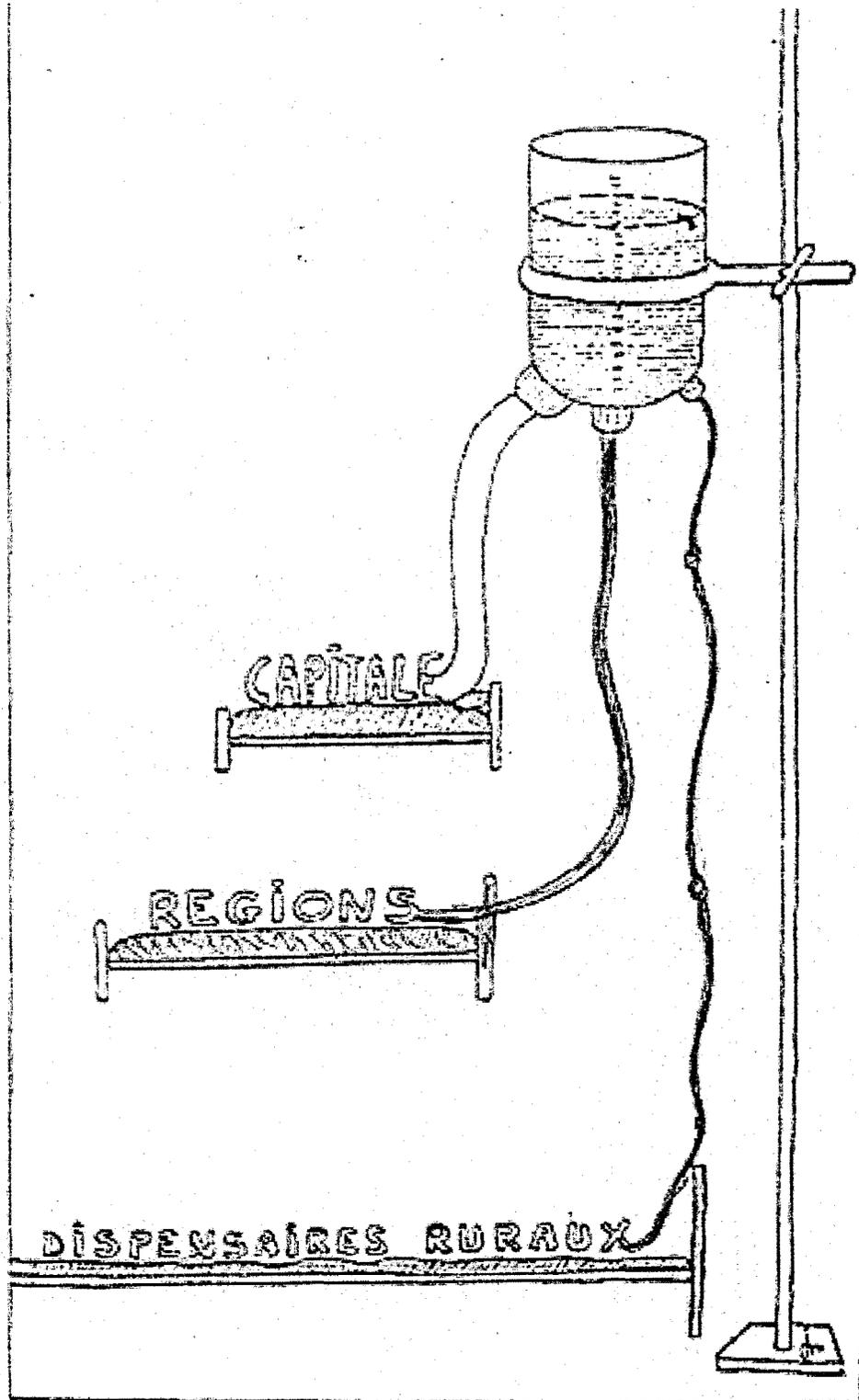
Lorsqu'on comparait ce budget à celui de l'éducation nationale représentant 45,6 % du total des investissements en 1988, on pouvait mesurer la différence entre ces deux secteurs.

Par rapport à ce grand écart en volumes de budget qui montrait le caractère insignifiant des moyens consacrés à la santé, il fallait noter que 73 % de ces moyens étaient affectés à la médecine hospitalière et exclusivement au "Programme hospitalier d'Abidjan". La situation n'a pas beaucoup changé.

²⁶ Banque Mondiale "Document de travail sur les ressources humaines" rapport n° 7587 IVC, Op. cit p. 36.

²⁷ Banque Mondiale "Document de travail sur les ressources humaines" rapport n° 7587 IVC op cit p. 36.

Schéma n° 2

UTILISATION ET REPARTITION DES
RESSOURCES SANITAIRES.

Si l'état de santé des populations se dégrade continuellement, c'est peut-être moins en raison de la faiblesse des moyens qu'en raison de leur mauvaise utilisation et répartition.

Diana SENGHOR

Revue Famille et Développement n° 207 1985

Au total, médecine hospitalier d'Abidjan et administration se sont adjudgées plus de 91 % du total du Budget Spécial d'Investissement (BSIE) pour l'exercice 1987. S'il est exact que cette affectation déséquilibrée s'explique en partie par les circonstanciels travaux du Centre Hospitalier de Yopougon, il n'en demeure pas moins vrai que ce déséquilibre est structurel et quasi permanent au détriment des autres formations sanitaires situées hors d'Abidjan.

Pire encore, la loi programme n'est exécutée que très partiellement soit pour des raisons de disponibilités financières (trésorerie) soit pour des raisons de procédures administratives (lois relatives aux marchés d'Etat). Par exemple au titre de l'exercice 1988 seuls 52 % du BSIE consacrés à la santé ont été engagés. Ainsi les dépenses d'investissement de santé effectives sont inférieures au montant budgétisé.

L'analyse de ces situations budgétaires n'ont pas structurellement beaucoup évolué. Aussi la politique sanitaire en Côte d'Ivoire est-elle tenue de rectifier à la fois les agrégats de son budget tout en cherchant à optimiser les investissements par des gestions efficaces et une répartition conforme aux objectifs définis.

En matière de finances publiques l'administration distingue le budget des investissements de celui du fonctionnement. Comment se présente ce dernier ?

Le Budget de Fonctionnement estimé en 1988 à 36,2 milliards de francs CFA n'a consacré que 7,3 % de son volume à la santé.

En proportion du budget total, le chapitre de la santé a varié entre 7,7 % en 1981 et 15 % en 1986-1987.

Tableau N° 4 : Loi programme budgétaire

Evolution des autres dépenses de fonctionnement des formations
sanitaires existantes

| Type | | 1990 | 1995 | 1999 |
|------------|--------------|------|------|------|
| Tertiaire | CHU | 2532 | 2584 | 2595 |
| | CHR | 131 | 1086 | 1658 |
| | H1 | 210 | 895 | 1196 |
| Secondaire | H2 | 390 | 1201 | 1504 |
| Primaire | BSSR | 79 | 204 | 248 |
| | Disp. R | 74 | 442 | 832 |
| | Mater. R | 66 | 409 | 590 |
| | PMI | 4 | 47 | 78 |
| | SSSU | 8 | 38 | 52 |
| | CSU dispens. | 61 | 205 | 262 |
| | CSU | 115 | 321 | 328 |
| | maternité | | | |

Tableau extrait de "l'évolution des indicateurs socio-sanitaires - op.cit. annexe 3

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

H1 : Hôpital Général

H2 : Hôpital départemental

BSSR : Base de Secteur de Santé Rurale

Disp. R : Dispensaire Rural

Disp. U : " Urbain

Mater. R. : Maternité rurale

PMI : Centre de Protection Maternelle et Infantile

SSSU Service de Santé Scolaire
et Universitaire

CSU : Centre de Santé
Universitaire

Les données précédentes ont montré à suffisance les graves déséquilibres entre les différents types de dépenses au niveau de l'exploitation des formations sanitaires. Quelle place la situation budgétaire et financière laisse-t-elle aux produits pharmaceutiques ?

6 - LES PRODUITS PHARMACEUTIQUES

La politique du Ministère (chargé de la Santé) en matière de produits pharmaceutiques s'est progressivement dégradée. Alors qu'en 1977 le ministère avait 20,8 % des importations de ces produits, en 1987 sa part n'était plus que de 3,2 %.

L'on peut constater aujourd'hui que les charges d'achat de médicaments se sont déplacées en direction des ménages. Ainsi environ 78 % des dépenses de ces ménages auraient été consacrées en 1985 à ces dépenses là. "Au total, les ménages auraient consacré en moyenne 32 000 francs CFA pour soins de santé, soit 3 855 francs CFA par personne (en supposant que le ménage moyen compte 8,3 personnes). Les dépenses courantes de santé de l'Etat, cette même année, se sont élevées à 3 045 francs CFA par habitant ; les ménages ont donc pris à leur compte quelque 56 % des dépenses totales (publiques et privées) de santé"²⁸

Aussi le chapitre médicaments illustre une autre dégradation des services de santé avec l'augmentation constante des charges de frais pharmaceutiques pour les ménages. Ce type de transfert prolonge naturellement les déséquilibres régionaux et sociaux en matière de politique sanitaire.

²⁸ Banque mondiale rapport n° 7587 IVC op cit p. 38

Dans ce domaine, l'action, l'indisponibilité des médicaments génériques conduisent les populations à plusieurs attitudes et comportements qui sont examinés dans la seconde partie de cette recherche.

Quatre types des correctifs sont à apporter dans ce domaine. Ce sont :

- La construction de stocks de médicaments dans les formations sanitaires, disposition sécurisante pour les malades surtout des milieux ruraux et modestes qui voient dans la formation hospitalière un lieu de soins et non de "distribution de papiers"²⁹.

- La réduction des prix des médicaments et leur accessibilité aux malades nécessiteux (médicaments génériques notamment)

- La rationalisation de l'utilisation des médicaments pour le personnel médical à partir de prescriptions judicieuses et bien appropriées³⁰.

La cherté du système de santé nécessite une révision rigoureuse dans ce domaine. L'évolution positive améliorée dans cette direction permet d'estimer la consommation de médicaments à 3 915 francs CFA par habitant en 1990. Il est à espérer qu'avec la poursuite des efforts entrepris que ce ratio passe à environ 2 900 francs CFA par habitant en 2000. Dans ce contexte la part des médicaments génériques devra augmenter.

Conclusion du Chapitre 2

Au terme de l'inventaire et de l'analyse des contradictions et incohérences relevées, que peut-on retenir de cette politique sanitaire ?

²⁹ Propos des malades sénoufo de Kagbolodougou

³⁰ Il faudrait ajouter à cette énumération un programme d'éducation et d'information de la population sur l'utilisation des médicaments essentiels. Nous verrons cet aspect de l'analyse dans la dernière partie de la thèse.

Il faut retenir que des efforts conjugués sont à poursuivre dans plusieurs domaines :

- planification et programmation des activités sanitaires ;
- élaboration d'une carte sanitaire suivie ;
- collaboration des différents systèmes sanitaires en vue d'une plus grande efficacité.

En fait de cohérence, il importe que des moyens conséquents accompagnent les programmes arrêtés afin de réduire les décalages entre les approches théoriques et les faits pratiques.

Dans une politique de santé publique qui requiert à la fois des ressources humaines, matérielles et financières, il n'est pas aisé de conjuguer l'harmonie de tous ces besoins, d'où la difficulté de la cohérence, et le développement des incohérences dont le présent chapitre a rendu compte, avant d'examiner d'autres dimensions de cette politique à l'intérieur des formations sanitaires entre les "protagonistes" de la santé.

D'ailleurs, l'opération "Toile d'araignée sanitaire", préconisée par les quatrièmes journées médicales établissant le bilan annuel des activités et programmes du Ministère de la Santé Publique, a bien montré les difficultés dans ce domaine (coordination, investissements relations humaines...)

DEUXIÈME PARTIE

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES POPULATIONS FACE AUX SYSTÈMES SOCIAUX SANITAIRES

CHAPITRE 3 : PERCEPTION ET REPRESENTATION DE LA SANTE ET DE LA MALADIE

CHAPITRE 4 : LES FORMATIONS HOSPITALIERES : DE L'ESPACE AUX HOMMES

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS
DES POPULATIONS FACE AUX SYSTÈMES
SOCIO-SANITAIRES

L'importance quotidienne de la Santé est telle que l'on peut parler à tout moment de "Phénomène Sanitaire". Ce phénomène sanitaire implique de nombreux comportements et attitudes perceptibles à travers les valeurs collectives et les référents socioculturels.

Ces attitudes et comportements sont identifiables à la fois au plan de la perception, de la représentation de la santé et de la maladie d'une part et d'autre part dans les formations hospitalières où les patients réagissent selon les stimulations thérapeutiques qui leur sont appliquées.

CHAPITRE 3

PERCEPTIONS ET REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE

- 1 - LA NOTION DE SANTÉ
- 2 - LA NOTION DE MALADIE
- 3 - CROYANCES ET PRATIQUES
MÉDICO-SANITAIRES
- 4 - LA COMPLEXITÉ DES PHÉNOMÈNES
SANTÉ - MALADIE

CHAPITRE 3 : PERCEPTIONS ET REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE

Les manières de percevoir et de se représenter le couple santé maladie sont en effet fort nombreuses. La notion de santé, la quête de la santé et son entretien ont fait l'objet de beaucoup d'observations et d'enquêtes dans le cadre de cette étude. Il en est de même de la notion de maladie qui, à travers ses définitions, laissent percevoir la conception de la personne humaine ; ses composantes justifiant dans les logiques des différentes valeurs socioculturelles, les médications recherchées et administrées ; elles-mêmes se fondant en grande partie sur les croyances et pratiques médico-sanitaires de l'environnement culturel, maternel et spirituel.

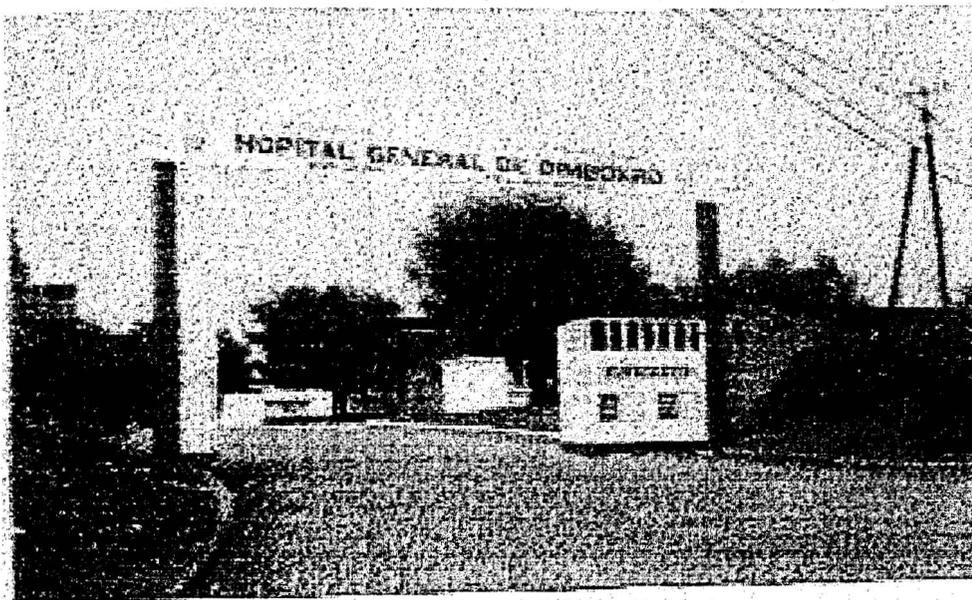
De la santé à la maladie, quelles sont les valeurs et pratiques qui les soutiennent ? Comment développer l'une et envisager l'autre ? Comment s'y prendre et avec quels moyens ?

1 - LA NOTION DE SANTÉ

Il ressort de nos nombreux entretiens avec les différents groupes cibles, une difficulté réelle à définir correctement et simplement. Le concept de santé souvent on l'assimile à l'état du bien être biologique du corps (état physique) ; parfois on associe à cette première étape le bien être spirituel ; dans d'autres définitions, la dimension psychologique ; ailleurs encore, elle est élargie à l'environnement social et humain...

Afin d'approcher et de comprendre la santé, convient-il peut être de parler de "Notion" de santé, ce qui nous ouvre un champ large de compréhensions découlant des essais de définitions et des différentes recherches pouvant assurer la rectitude de cette santé et sa "pérennité" aux plans individuel et collectif.

Photos n° 2 : Les structures de santé



1-1- Des essais de définitions

Définir la santé n'est pas chose aisée. L'expérience individuelle nous le montre bien. Que veut dire "être en bonne santé" ? L'approche de l'opinion publique est généralement une approche pragmatique et empirique différente de l'approche de l'O.M.S qui se veut scientifique et logique. Empirique ou scientifique ? Qu'est-ce que la santé ? Comment est-elle vécue ? perçue et définie ?

1-1-1- Approche de l'opinion publique

La préoccupation permanente de la santé comme qualité de l'existence se lit dans l'opinion publique par un phénomène de communication sociale : les salutations d'usage. A cet effet, il faut considérer les échanges verbaux dans les salutations quotidiennes et protocoles de rencontres, d'accueil et d'hospitalités³¹

En pays Baoulé/ Agni

N'dja, Agni-o ; M'mo , Agni-o.
 Homme, Bonjour ; Femme, Bonjour.

N'Dja, Ehua-o ; M'MoEhua-o
 Homme, Salut (midi) Femme, Salut (midi).

³¹ KOUAKOU N'GUESSAN François : Le protocole d'accueil et les règles d'hospitalité chez les Akan (Actes du Colloque de Bondoukou : populations communes Ghana, Côte d'Ivoire, Université d'Abidjan; IES, 1974).

| | | | | |
|--------|-------------|---|--------|--------------|
| N'Dja, | Anuo-o | ; | M'Mo, | Anu-o. |
| Home, | Bonsoir | ; | Femme, | Bonsoir. |
| N'Dja, | M'Moh | ; | M'Mo, | Moh. |
| Homme, | Bon courage | ; | Femme, | Bon courage. |

Ces salutations indiquent trois principales variables.

1) Le sexe de la personne interpellée qu'on salut (homme ou femme). Le préfixe N'Dja ou M'Mo est chez les Akan (Baoulé, Agni) un signe de respect, et indique aussi le sexe de l'interlocuteur.

Cette identification préalable implique des attitudes dans la parole et dans l'esprit des salutations qui sont des paroles positives (à priori).

2) Le temps de la salutation compte dans l'approche "salutaire". Matin midi soir et marque une séquence du temps qui peut avoir une influence positive ou négative sur l'individu.

3) L'activité de la personne saluée est enfin indiquée dans le suffixe Moh. On ne l'adresse qu'à quelqu'un au travail ou qui accomplit une activité digne de félicitation et d'encouragement.

Si la portée sanitaire n'apparaît pas à priori et de façon explicite dans ces différentes salutations, elle y transparaît implicitement car pour le ou la malade on n'utilisera pas les formules :

Bonjour - Salut - Bonsoir - Bon courage

on dira tout de suite :

N'Dja, Yako .. ; M'Mo, Yako ;
 Homme Bon courage ; Femme, Bon courage ;
 (sens compréhensif)

En pays Malinké : Nous faisons ici état du dialogue (de salutations)
 pour rendre compte de la richesse des formules
 en pays Malinké.

| <u>Locuteur A</u> | <u>Interlocuteur A</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| - A1 <u>Ani Sogoman</u> Bonjour | - A2 <u>M'Bah !</u> (réponse d'acquiescement) |
| - B1 <u>Here sina ?</u> avez-vous la paix | - B1 <u>M'Bah, hère dronh</u> Oui, rien que la paix |
| - C1 <u>So/mogho kakènè ?</u> Maison/Hommes/vont-ils bien ? | - C1 <u>M'Bah, toro si tè ola</u> Oui, aucune souffrance sur eux |
| - D1 <u>Debaya u do ?</u> Famille elle (va-t-elle bien) ? | - D1 <u>Hère dronh</u> La paix seulement |
| - E1 <u>Allah ye bi dya</u> Que Dieu aujourd'hui agréable Que Dieu bénisse ce jour | - E1 <u>Aminan</u> Amen Ainsi soit-il ? |

Ces échanges dans le dialogue "salutaire" peuvent infiniment se prolonger. La Paix, la Santé, le Bonheur des collectivités, des individus constituent des points d'interrogations. On se pose des questions et on donne des réponses afin de rassurer autrui non seulement sur son état de Santé (soi-même) mais aussi sur celle des autres membres de la famille, de la cour, du village ou du canton.

Les "nouvelles" : Comme instance d'approche "salutative"

Dans les traditions de salutations, l'instance des "nouvelles" constitue une étape dans la communication sociale. Toute rencontre doit être ponctuée par les échanges de nouvelles.

Les nouvelles représentent dans les relations communautaires un niveau d'informations croisées où chaque partie est instruite des faits majeurs de son interlocuteur et de ceux de sa communauté d'appartenance.

Les nouvelles connues sous les appellations Djassi par les Akan et Kibaru par les Malinké, comprennent deux niveaux :

- le niveau ordinaire où s'expriment les lieux communs du "tout va bien" qui est en fait un souhait positif ;
- le niveau spécifique où s'expriment les véritables raisons d'échanges (visites, sollicitations, informations particulières).

A travers ces exemples précis, que peut-on retenir de l'approche de l'opinion publique relative à la notion de santé ? De façon plus directe, la réponse à la question qu'est-ce que la santé, l'on a répondu :

- "C'est quand je ne suis pas malade" ;
- "C'est quand je me porte bien" ;
- "C'est quand je suis en bonne santé".

Ces trois types de réponse qui sont constamment revenus dans les réponses collectées, peuvent s'analyser sous plusieurs angles.

Premièrement : "C'est quand je ne suis pas malade". La santé est ici définie par défaut ; elle équivaut à l'absence de maladie. Cette définition pose la santé en l'opposant à la maladie. La forme négative utilisée renvoie à la dialectique santé-maladie comme deux conceptions antinomiques.

Deuxièmement : "C'est quand je me porte bien". La santé est dans ce cas un état de bien être. A quel niveau du corps ? de l'esprit ? Que signifie se porter bien ? Est-ce avoir quelque chose de positif ? Quelle chose ? Comment identifier ce quelque chose ? est-elle matérielle ? Cette seconde approche de définition soulève plus de questions qu'elle ne donne de réponses positives.

Troisièmement : "C'est quand je suis en bonne santé" Réponse à la question "qu'est-ce que la santé ?" Cette réponse, n'est-elle pas un refus déguisé de réponse ? La santé dans cette pseudo-réponse n'est toujours pas définie, néanmoins l'épithète bonne qui précède santé, peut avoir un intérêt. Elle insinue que la santé peut être mauvaise, médiocre bonne et très bonne, peut-être parfaite ? Comment apprécier ces différentes échelles de valeur ?

A travers ces trois tentatives de réponse, il faut relever dans les formes de réponses, la relation au temps : "c'est quand". Cette relation de la santé à la conjonction circonstancielle de temps souligne le caractère non permanent de cette notion de santé. On n'est pas toujours en bonne santé. On n'a toujours la santé. Etre ou avoir la santé (la bonne santé), n'est pas un statut ni une acquisition permanente indéfinie. Si ce n'est pas le cas, que faire pour acquérir la santé ou être en bonne santé ? Avant de s'interroger sur la question de la santé, ne convient-il pas d'approcher d'autres essais de définitions ? notamment celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'O.M.S ?

1-1-2- Approche de l'O.M.S

Dans la perspective de l'O.M.S, la santé couvre l'état du bien-être non seulement physique, biologique mais aussi moral et psychologique et même social. Il s'agit de ce fait, du bien être de l'individu en tant qu'être humain intégré dans un environnement social. C'est d'ailleurs dans ce sens que l'organisation mondiale de la santé parle de systèmes de santé.

Que faut-il entendre par système de santé ? par système de santé, il faut entendre l'ensemble des moyens matériels et non matériels qui concourent à la sauvegarde et au maintien de la santé. Comme l'indique le substantif "système" la santé désigne un ensemble d'éléments considérés dans leurs relations à l'intérieur de l'organisme et fonctionnant de manière unitaire. Dans ce contexte de définition, le système de santé concerne l'organisation de la santé, de sa gestion, de sa technologie, de la formation des personnels, des infrastructures et équipements sanitaires, des recherches bio-médicales.

Ainsi l'approche de la santé s'inscrit-elle dans ce grand ensemble systémique où l'ordre des hommes est connecté à celui des infrastructures, de l'expertise médicale, des théories et des pratiques en vue de la survie dans les meilleures conditions possibles de l'être humain.

La perspective globalisante de la santé est pour l'O.M.S une préoccupation constante. Aussi l'expression "la santé pour tous" est-elle devenue un véritable slogan.

A cette expression est souvent associée une autre qui est celle des soins de santé primaire.

"La santé pour tous" est une forme de volonté de démocratisation du secteur de santé ; faire en sorte que le plus grand nombre d'individus puisse bénéficier des soins de santé ; autrement dit, cette expression sous tend une volonté de désenclaver la chose sanitaire et ne plus la réserver aux nantis, seuls capables de s'offrir, par leurs capacités financières, les meilleurs soins au détriment des pauvres démunis et préposés à la maladie, à la souffrance et à la mort.

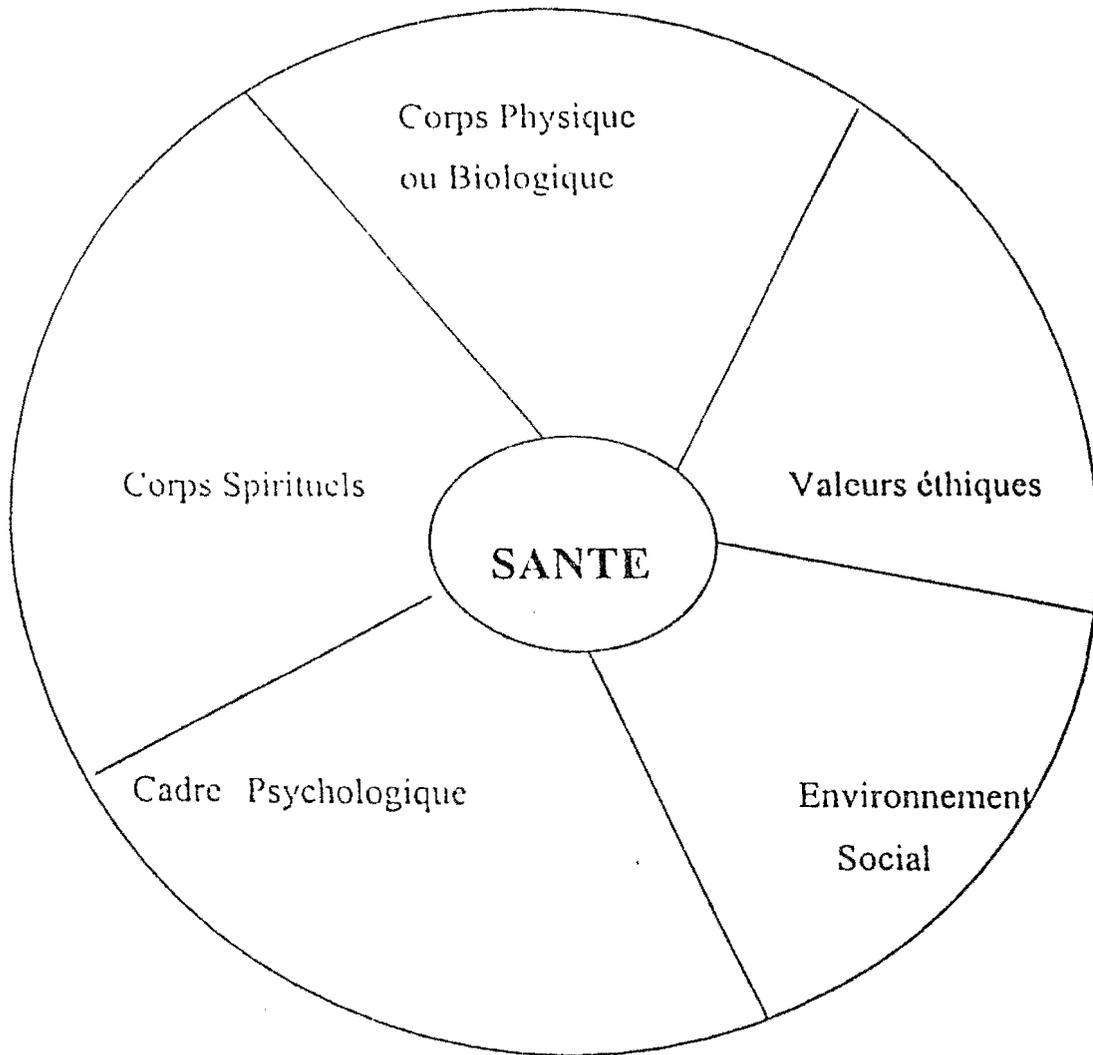
1-2- La quête de la santé

Compte tenu de l'état de précarité de la santé, son maintien et son entretien demeurent une préoccupation, ou du moins devraient l'être. Etre en bonne santé, n'est pas un statut définitif. D'un moment à l'autre, ou d'un jour à l'autre, l'on peut tomber malade. Alors la chaîne du mieux être physique, biologique, psychologique et social est rompue et corrélativement, la maladie s'installe.

Lorsqu'on se réfère à la définition de la santé et qu'on apprécie ses différentes ramifications biologique, ethnique, social, spirituel et psychologique, on se dit que la quête ou la conquête de cette santé doit s'orienter dans les mêmes directions.

Schéma n° 4

Perception ontologique de l'homme



L'objectif de la santé pour tous, reste un objectif d'équité et de justice pour l'accès à la santé sans aucune discrimination.

En ce qui concerne les soins de santé primaires, ils concernent les prestations générales offertes à la population au niveau le plus élémentaire de l'édifice structurel et hiérarchique du système de santé³².

Ainsi, à l'OMS, les notions de santé pour tous, et de soins de santé primaires années s'efforce d'exécuter des programmes dont l'évaluation et le suivi sont effectués chaque année en séminaire élargi aux spécialistes du Ministère de la Santé et aux responsables administratifs des régions administratives.

A partir de ces dispositions, ces concepts constituent par le secteur santé, des impératifs politiques assortis d'orientations techniques et de préceptes éthiques.

C'est bien à ce niveau que l'on retrouve les préoccupations des uns et des autres :

- hommes politiques - responsables de santé,
- planificateurs de programmes, administrateurs financiers -
personnels de santé - chercheurs - mères de famille - élèves et
étudiants - communautés urbaines et rurales... pays pauvres et
pays riches.

³² Il est à rappeler que cet édifice comporte trois niveaux

a) le niveau primaire (niveau villageois, centre de santé avec infirmiers ou tradipraticiens

b) le niveau secondaire ou sous-préfectoral ou préfectoral hôpital départemental avec médecins généralisés...

"En fait, le concept de la santé pour tous est devenu le point de départ des stratégies sanitaires nationales de bon nombre des pays opulents"³³.

Avant d'emprunter les voies de conquête et de maintien de la santé, il importe de comprendre le contexte anthropologique et sociologique africain (et singulièrement ivoirien) dans lequel s'inscrit l'individu à la fois comme personne et être social.

Lors de nos investigations sur le terrain, il est vite apparu que les concepts de santé et de maladie étaient étroitement liés à la notion de personne. Aussi pour comprendre cette notion, fallait-il se référer à la conception ontologique de l'être humain que nous analyserons plus loin en abordant les analyses sur la maladie et ses implications. D'ores et déjà, l'on peut retenir qu'il faut éviter de s'enfermer dans la problématique d'inspiration judéo-chrétienne pour accéder à la perception ethno-culturelle que nos sociétés ont de la santé. Pour arpenter les chemins convergents à cette santé, empruntons les l'un après l'autre.

La voie physique et biologique est celle du support physique et matériel du corps humain. C'est le Ahouman (des Akan) ou le Fari (des Malinké-Bambara). C'est la partie objet-vivant qui intéresse à priori les spécialistes de la santé et qui préoccupe leurs sciences et technicité.

C'est à ce corps biologique que se consacrent les études médicales de biologie humaine, d'histologie, d'hématologie, d'anatomie, de physiologie, de bio-chimie etc. C'est aussi les fonctions vitales et interdépendantes de ce corps qu'anime la force vitale, expression positive de la santé.

33 Bryant J. H. : La santé pour tous : le rêve et la réalité in "Forum mondial de la santé (revue internationale de développement sanitaire OMS- Genève n° 3 - Vol. 9 1988 - p. 327, 2ème col. le niveau tertiaire au niveau préfectoral ou régional avec spécialistes et professeurs.

Pour cela, ce corps doit répondre aux examens cliniques, à des normes et caractéristiques qui permettent d'apprécier la bonne santé. Dans les examens médicaux de routine, il y a par exemple :

- la tension artérielle
- l'électrocardiogramme
- le rapport du poids à la taille
- le taux d'urée et d'albumine dans le sang...
- D'autres examens périphériques sont parfois requis ; tels l'acuité visuelle, le réflexe des membres, le souffle pulmonaire...

La voie psychologique et sociale est plus délicate à explorer ; tout comme les autres éléments non matériels dont la normativité participe à la bonne santé. A ce niveau, il faut se référer aux modes et schémas de pensée. Il y a les habitudes des individus et des groupes, les totems, tabous et interdits. C'est par exemple en pays Sénoufo (Kiembara de Korhogo) tout le cortège d'interdits alimentaires de la femme enceinte (s'abstenir de manger les sauces gluantes), éviter de regarder les objets, animaux laids ou hideux, au risque de transmettre des images négatives au fœtus...

La voie spirituelle éthique est sans doute la plus large dans le processus de conquête de la santé et de son maintien. Elle couvre les nombreux et multiples champs de la religion, des croyances et des pratiques spirituelles. A ce niveau, il faudrait considérer les pratiques divinatoires, les cercles initiatiques, les divinités individuelles et collectives (familiales, villageoises, ethniques et claniques). S'il est interdit d'aller au champ le mercredi sur un terroir défini, la prescription s'impose à tous ceux qui résident sur ce terroir. Si quelqu'un transgresse cela, il s'expose et expose toute la communauté aux vengeances des génies (Amin, en pays Baoulé) épidémies, catastrophes naturelles (sécheresse prolongée, pluies diluviennes, tonnerres,

foudres). En tout cas, dans la mentalité collective, une transgression d'interdit spirituel et religieux est toujours suivie d'un bouleversement de l'ordre normal établi. Ce déséquilibre de l'ordre religieux provoque le déséquilibre de l'ordre cosmique qui rejaillit sur l'équilibre sanitaire des populations. La relation de la santé au spirituel et à la morale se trouve dans cette ligne de partage, à ne pas franchir entre le permis et le défendu.

Ce sont donc ces trois principales voies complémentaires qu'il faut en permanence emprunter pour conquérir et garder la santé.

Au regard de la santé, comment perçoit-on la maladie qui est son revers, et même son adversaire ?

2 - LA NOTION DE MALADIE

C'est dans le sens latin du terme ADVERSUS qu'il faudrait comprendre la notion de maladie par rapport à celle de santé ; la maladie est le contraire, de la santé. L'état morbide est l'inverse de l'état de bonne santé.

Dans le domaine sanitaire, la maladie est la sœur ennemie de la santé. Aussi tout doit être mis en oeuvre pour la combattre, la déloger sous toutes ses formes du corps. Cependant la lutte contre la maladie suppose la connaissance de la maladie, ses formes, ses manifestations, ses caractéristiques...

En fait qu'est-ce que la maladie ? Comment se définit-elle ? Comment la perçoit-on au plan ontologique et quel rapport entretient-elle avec la santé ?

2-1- Des essais de définition

Il n'est pas plus aisé de définir la maladie qu'il ne l'est pour la santé ! Cependant en partant des constats empiriques et des expériences humaines, l'on attribue à l'état de maladie, le dysfonctionnement normal du corps physique et biologique. D'où les expressions courantes "j'ai mal à la tête ; j'ai mal au ventre ; j'ai mal au pied...". La maladie est un mal, une affection ressentie dans le corps physio-biologique. La douleur qui la caractérise au plan sensoriel implique d'abord le sens du toucher. Son évolution et son appréciation peuvent rapidement affecter les autres sens : la vue, l'odorat ; l'ouïe, le goût.

Au delà des sens, c'est le système nerveux, musculaire, pulmonaire, digestif, sanguin, ... qui peuvent présenter des anomalies de dysfonctionnement pour traduire l'état de morbidité que constitue la maladie pour le corps humain.

Cette complexité et cette dégénérescence rapide de l'état de santé, consécutive à la maladie, expliquent sans doute l'intérêt que les sciences médicales consacrent aux études des maladies : la pathologie et ses recherches dérivées.

La notion de maladie aura permis d'entrevoir deux approches comparatives intéressantes entre la médecine occidentale (moderne) et la médecine africaine (traditionnelle). Dans le premier cas, la maladie est généralement considérée comme une dépression provoquant le dysfonctionnement normal de l'organisme à laisser d'une cause endogène ou exogène. A ce niveau, les familles des virus, microbes et bactéries tiennent un rôle important d'agents pathogènes dans l'interruption de la santé.

La maladie ne peut être définie que par rapport à ses nombreuses articulations disciplinaires et contextuelles. Pour le biologiste, la maladie est avant tout un déséquilibre des métabolismes. Pour le sociologue elle est une désocialisation, de l'individu qui, du fait de son impotence, renonce momentanément à ses rôles (de père, d'ami, d'oncle, de notable... d'époux). Pour le tradipraticien, elle signifie une rupture entre le continuum culturel et naturel. Le champ de la médecine permet d'apprécier la complexité de la maladie à partir de ses principes posologiques et de ses bases de classification. On peut distinguer selon ces principaux critères majeurs de classification des pathologies :

- les critères symptomatiques à partir de leurs manifestations ;
- les critères anatomo-pathologies à partir des organes touchés ou la nature des lésions ;
- les critères biochimiques à partir du "siège" organique des affections.

Par exemple, pour le diabète, les chercheurs ont du mal à localiser son "siège" dans l'organisme ". Durant tout le XIX^e siècle, ils ont cherché ce siège (on le cherche encore, d'ailleurs !) ; on a recensé le poumon ; puis Claude Bernard a proposé le foie, contre Lancereaux qui dénonçait le pancréas ; après le succès de la théorie pancréatique, on reconnaît le rôle d'autres glandes endocrines, puis la pluralité des diabètes sucrés"³⁴ . La cause efficiente de la maladie est ici très importante, car elle permet d'identifier la nature du mal, son mode d'intervention, d'expansion, et en conséquence d'envisager le type de soins susceptible de l'enrayer. C'est cette méthodologie qui asseoit

³⁴ Revue "Organisation Mondiale de la Santé" OMS, Paris, 1970, p. 439

la trilogie consultation-diagnostic soins qui fonde le caractère scientifique de cette médecine.

Dans le second cas, la maladie est recherchée dans la chaîne paralogique des influences et pratiques supranaturelles. Le corps humain, objet de la maladie, n'est dans ce cas qu'un support matériel, chargé d'abriter la manifestation du mal. La maladie est alors considérée comme le signe tangible d'un sort, d'une vindicte, ou d'une agression d'un homme ou d'un esprit (génies, autres esprits maléfiques). Cette perception extravertie et immatérielle de la maladie rend difficile son identification et surtout son traitement, car à ce niveau, les investigations sont fort complexes. La relation entre la cause et l'effet n'est plus déterminante dans l'explication. Ce type de déterminisme est considéré comme puéril au regard des pratiques courantes des tradi-thérapeutes qui les considèrent comme facteurs primaires d'explication. D'ailleurs ces types d'explication "scientifiques" sont tournés en dérision et attribués aux personnes ignorantes des réalités africaines. A ce sujet, il nous été donné à Bouaké de restituer cette comparaison. En Novembre 1994, un véhicule en provenance de Béoumi a écrasé un étudiant à la hauteur du campus 2. Deux étudiants venant d'une séance de prière ont marqué un arrêt sur la bande blanche centrale de la chaussée pour laisser passer le véhicule. Après plusieurs hésitations et des étudiants et du conducteur, la collision n'a pu être évitée. Un des étudiants est mortellement heurté et l'autre est sain et sauf.

Quatre ans plus tard, soit en décembre 1998, presque le même scénario se reproduit sur la même voie, le boulevard Reine ABLA POKOU (ou Boulevard de l'Université). Cette fois, c'est à la hauteur du centre de formation dénommé GECOS que se produit l'accident presque dans les mêmes conditions. Des deux étudiants victimes de l'accident, un est mortellement touché et l'autre dans le coma guérit de ses blessures après dix jours d'hospitalisation au Centre

Hospitalier Universitaire de Bouaké. Il ressort de ces deux situations, les mêmes explications paralogiques des parents des étudiants décédés. Dans le premier cas, l'étudiant était d'ethnie Attié d'Adzopé dans le second, il était guéré de Bangolo. Les familles endeuillées ont évoqué des agressions familiales dont les enfants ont été les cibles et victimes. Ces "attentats" programmés par des parents obéissaient à des "obligations associatives" dans des confréries mystiques et les victimes devaient être sacrifiées dans ce cadre pour la période de fin d'année. Dès cet instant, on s'est servi des compagnons témoins, sortis sains et saufs des accidents pour justifier la pertinence de leurs convictions.

"Pourquoi son camarade n'a pas été tué ?"

La réponse sous-entendue, c'est que, dans chaque cas, l' "étudiant témoin" n'était pas visé par le sort funeste de l'autre. Il ne pouvait donc être tué.

Ces explications non conventionnelles pour la médecine occidentale (moderne) laissent de côté le caractère plausible et objectif des :

- hésitations des protagonistes (conducteurs et étudiants au milieu de la chaussée),
- défauts mécaniques des véhicules
- de la visibilité médiocre des conducteurs et de leurs victimes³⁵
- surcharges des véhicules...

D'ailleurs, les rapports de police ont-ils été lus par les parents ?

Cette longue digression était utile pour situer la perception de la maladie et apprécier son environnement et ses manifestations les plus fatales dans la mort.

³⁵ Il est à rappeler qu'à partir de la fin du mois de novembre, l'harmattan à Bouaké, réduit la visibilité par d'épaisses brumes matinales et vespérales, les 2 accidents dans le temps étaient survenus à 21 heures pour le premier et à 19 heures pour le second.

Au terme de ces essais de définition de la maladie, on peut dire que celle-ci se présente comme une interruption du processus de santé; elle a une connotation négative. Par son caractère invalidant, elle désocialise l'individu, même si elle resocialise son environnement humain par le jeu de la solidarité des parents, amis et "connaissances" qui cherchent à témoigner au malade leurs sympathie et compassion.

La notion de maladie pour être complète doit rendre compte de la perception ontologique de la personne qui permet de "juger" des attributs de vitalité ou de morbidité de l'homme.

2-2- Perception ontologique de la personne

Comme annoncé dans le paragraphe précédent, l'être humain en Afrique est constitué ontologiquement de deux natures : une matérielle et l'autre non matérielle.

La dimension matérielle de l'homme

Cette dimension est la plus plausible dans la recherche sur le couple santé-maladie. Le corps en est la représentation physique. De la tête aux pieds, tous les membres et toutes les parties composent ce corps. C'est l'homme-corps que les Agni désignent par l'expression Ehounan. C'est dans ce corps que se localisent les maladies, et que les différentes thérapies s'évertuent à guérir. C'est une "machine" complexe mais visible et palpable ; objet de soins, physiques, esthétiques et autres.

La dimension non matérielle de l'homme

Avec le corps, pour le corps et dans le corps on pourrait situer les autres dimensions non matérielles de l'être humain.

Cette deuxième nature de l'homme est une particularité. Elle est plurielle. En effet dans la composition ontologique de l'être humain, celui-ci a un élément matériel et plusieurs attributs spirituels.

Ainsi d'après le professeur KOUAKOU³⁶, l'on distingue dans les attributs immatériels l'âme, l'esprit, l'ombre, la force vitale qui sont autant d'éléments vivants et participant à la nature non matérielle de l'homme et qui entrent dans sa définition générale ou ontologique. Le corps en est le support. Mais ce support seul ne fait pas l'homme ; en tout cas ne suffit pas pour le définir entièrement. Un homme complet doit répondre de tous ces attributs. De façon arithmétique, l'être humain serait ainsi formé de :

- 1 corps matériel (visible)
- + 2 ou 3 éléments non matériels (ou spirituels non visibles).

La santé ou la maladie ont partie liée avec cet ensemble inter-dépendant. C'est pour cela que toucher à un aspect de l'un de ces éléments, c'est toucher à un aspect de l'intégrité de l'être humain.

Entamant cette partie difficile de l'enquête sur la maladie, il nous a été donné de remarquer le rôle prééminent qu'accordaient mes interlocuteurs aux "principes spirituels" et vitaux dans cette conception ontologique. Ainsi on a

³⁶ KOUAKOU N'GUESSAN F., OP. Cit..

parlé d' "attraper l'esprit de l'homme" de "manger l'âme", d' "emprisonner sa force", etc ...

L'utilisation des verbes d'action pour des objets non tangibles paraît curieux et difficile à comprendre. Et pourtant cela semble être la "réalité" des interlocuteurs en matière de santé et de maladie.

Dans ce contexte, la médecine traditionnelle devient une science submergée par les valeurs de tradition africaine dont la connaissance devient un préalable au processus de guérison. La médecine et la dialectique santé maladie s'investissent d'abord dans les croyances et pratiques supra-naturelles à travers des idéologies spirituelles, des rites et cultes avant de s'appuyer sur les données biologiques et matérielles des connaissances objectives.

3 - CROYANCES ET PRATIQUES MÉDICO-SANITAIRES

La prévalence des supports immatériels dans le "poids" de l'être humain (un élément matériel autour duquel gravitent trois, quatre ou cinq supports non objectifs), renvoie la médecine traditionnelle à des croyances et pratiques médico-sanitaires et à beaucoup d'idéologies spiritualisantes.

3-1- Les idéologies pathogènes

Le cas d'espèce ici évoqué a été relevé à Kagbolodougou dans le département de Korhogo. Une jeune fille d'environ 18 ans, hospitalisée depuis deux mois environ, souffrait de paludisme. Elle présentait des signes d'intense fatigue et dépérissait progressivement. Le diagnostic de l'infirmier était formel : crise palustre suivie d'une anémie.

De l'avis des parents, Assiata, tel est le nom de cette patiente, avant son esprit confisqué par des parents du village. Des informations recueillies sur cette "Confiscation" apparemment insolite, il est ressorti qu'Assiata devait être donnée en mariage. convoitée par deux prétendants, les parents auraient préféré un jeune fonctionnaire de Sinématiali au détriment d'un notable déjà polygame à trois degrés qui, lui aussi, insistait pour avoir une quatrième compagne.

Le refus des parents a été très mal apprécié par le notable sexagénaire. S'étant rendu compte que Assiata lui échappait au profit du jeune citadin fonctionnaire, il aurait proféré des menaces contre la jeune fille et sa famille. La maladie se serait déclarée un mois plus tard. Les "SANDO"³⁷ consultés auraient confirmé cette allégation. C'est le vieux Silué qui aurait confisqué l'âme d'Assiata. Celle-ci reconnaît qu'un soir ou elle était en compagnie de son "fiancé" fonctionnaire, elle aurait répondu à une voix à l'appel de son nom, n'ayant pas identifié son interlocuteur, elle a pris peur. Elle aurait ressentie un froid traverser son corps et depuis ce soir-là, elle est malade.

De l'interprétation de cette situation, il apparaît que la captation d'un principe vital de l'individu suffit à "posséder", l'homme tout entier. Le son émis par la jeune fille a été saisi et emprisonné. Ce faisant, c'est la personne entière d'Assiata qui a été ainsi retenue captive. Ici dans la croyance Sénoufo, l'homme s'identifie à ses appartenances et inversement, le nom, l'habit, les traces de vos pas sont des indices qui sont des éléments d'identification et assimilables à vous même. Ici la partie peut tenir lieu du tout. Comment s'opère cette stratégie ?

Comment de la voix le vieux Silué a-t-il pu saisir l'âme d'Assiata ? Le mystère demeure.

³⁷ Le Sando es le nom commun du devin en pays Sénoufo.

A l'intérieur de ce mystère, il y a la question fondamentale de la maladie d'Assiata. Les soins bio-médicaux prodigués assidûment par l'infirmier du village pourront-ils surmonter le paludisme de cette jeune fille ? Quelle autre solution envisager pour sauver Assiata ?

En tout cas les parents de la malade avaient déjà arrêté leur décision : ramener Assiata à la maison et la soigner à l'indigénat ; c'est-à-dire, entreprendre des négociations avec le sexagénaire notable afin de libérer la patiente. Persuadés que c'est cette libération qui rendra l'efficace aux médicaments devant guérir leur fille, les parents d'Assiata s'étaient résolus à cette opération bilatérale de santé.

Cet exemple n'épuise pas les idéologies pathogènes ; qui sont nombreuses : envoûtements, empoisonnements, malédictions, actions des sorciers, des génies (de la brousse, de l'eau, de la terre...) interdits individuels et collectifs sont autant de références idéologiques qui peuvent animer les causes des maladies et aussi apporter les solutions à certaines guérisons.

Parallèlement à ces idéologies pathogènes se trouvent des supports thérapeutiques matériels et bio-végétaux ; comment se présentent-ils ? Comment s'administrent-ils ?

3-2- Supports thérapeutiques : Cultes et rituels de la santé maladie

La dialectique santé-maladie trouve ses correspondants dans les supports thérapeutiques à travers les cultes et rituels.

On peut dénombrer plusieurs types de supports thérapeutiques pouvant se combiner, en même temps qu'ils peuvent être associés à d'autres modes de thérapie notamment modernes en vue de hâter la guérison.

3-2-1- Formations et rites religieux comme recours aux pratiques sanitaires

S'il est connu que la médecine traditionnelle est fortement imprégnée de spiritualisme, de rites sacrificiels se déroulant dans une liturgie plus ou moins complexe et ésotérique, il n'en est pas de même de la médecine moderne, occidentale dont les méthodes et les pratiques jurent avec de telles pratiques. Bien au contraire, celle-ci se fonde sur l'objectivité scientifique, technique et technologique, dépouillée de toute forme "magique" et irrationnelle.

En Afrique et singulièrement en Côte d'Ivoire, de nombreuses religions, sectes et dérivés couvrent de plus en plus le domaine sanitaire. La forte demande en matière de santé justifie sans doute l'offre des nouveaux prophètes et messies qui promettent non seulement argent, amour et travail mais aussi santé.

Le christianisme et ses sectes dérivés

Le christianisme (catholicisme et protestantisme) ont engendré des sous-produits messianiques qui utilisent abusivement la fragilité sanitaire (et psychologique) de nombreux indigents malades. Clientèle facile, adeptes forcés, ces pseudo-croyants, viennent aux prophètes de circonstance pour monnayer leur maladie et obtenir la santé. Cela n'est pas gratuit. Tous les artifices matériels et non matériels à payer contribuent à animer ce négoce de la santé ; achat de :

- bougie ;
- d'eau bénite ;
- fascicule...

Par ailleurs, le paiement des dîmes, les cotisations pour les clergés, les quêtes spéciales d'invocation de l'Esprit saint ... coûtent chers. L'objectif de tout cela est la santé ; le recouvrement de la santé par la prière, la purification.

Les différentes photographies suivantes illustrent à suffisance la variété des confessions pour la croisade de la santé.

Photos n° 3 : La politique religieuse de la santé



L'Islam et ses interprétations

De l'Islam, l'on retrouve aussi des dérives d'attitudes et de personnages "prêtant le flanc" au commerce sanitaire : les marabouts, et charlatans. Ces individus organisés solitairement ou regroupés en confréries oeuvrent dans le même registre que les sectes dérivées du christianisme. Ils prétendent tout guérir. Dès lors, la clientèle afflue, sans que la médecine occidentale puisse toujours attester de l'efficacité des soins reçus sous l'emprise des facteurs religieux réels ou simulés.

Les autres facteurs religieux et para-religieux

En dehors des religions révélées (christianisme et islam) et monothéistes, manipulées aux fins médicales à travers de très nombreuses sectes, il y a aussi toute la multitude d'agents de santé parallèles fondant leurs connaissances et sciences sur le spiritualisme. Leur accès facile, leur environnement simple, leur langage familier et leur sens psychologique d'attrait de la clientèle sont sans doute des atouts qui favorisent la permanence et l'affluence de leur clientèle variée (hommes, femmes, cadres, paysans, citadins et ruraux, croyants et non croyants, intellectuels et analphabètes...).

La lutte contre les maladies dans la politique de santé publique ne doit pas ignorer ce secteur qui risque de contribuer à aggraver les termes de cette lutte. S'il est admis que la collaboration entre toutes les formes et pratiques médicales est recherchée, celle-ci doit se faire dans des conditions sûres et positives de promotion réelle de la santé publique, à l'exclusion de toute forme d'escroquerie ou de refuge spirituel ou d'artifice nuisibles pour les populations.

3-2-2- Les plantes médicinales

La nature représente le vaste champ médical de la phytothérapie médecine traditionnelle africaine. Les différentes essences végétales des régions de savanes, de forêt sont riches en plantes curatives. Encore faut il être initié à la reconnaissance de ces plantes, aux modes d'administration des soins et à l'application appropriée de celles-ci aux affections qu'elles sont censées guérir.

Aujourd'hui, la médecine moderne a pris un parti sérieux d'annoncer une collaboration avec les tradi-thérapeutes et de convenir de plates-formes d'échanges scientifiques en vue d'un progrès sanitaire sûr³⁸.

Dans cette perspective, les chercheurs et tradipraticiens ont besoin d'un cadre et d'un soutien politique plus explicites. L'addition des compétences contre les pathologies l'exige et la promotion de la santé par le concours des connaissances et des pratiques préventives et curatives l'impose.

Au plan phytosanitaire, le tableau n° 5 donne un aperçu de certaines de ces plantes et les affections qu'elles soignent. C'est le lieu de souligner la contribution positive de la nature (au niveau botanique) et de la culture (au niveau des sciences médicales et des pratiques curatives) pour soulager les hommes dans leur lutte permanente contre la maladie.

³⁸ Rencontre internationale d'Abidjan baptisée les premières journées nationales bio-médicales d'Abidjan 1er au 4 décembre 1998 à l'UNiversité de Cocody.

Tableau n° 5 : Les plantes médicinales

| AFFECTION SOIGNÉE | NOM COMMUN DE LA PLANTE D'IDENTIFICATION | NOM SCIENTIFIQUE (Latin) | FORMULE BOTANIQUE |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|-------------------|
| Accès de fièvre | Acacia bracelet | Pithecellobium unguisate | Mimosaceae |
| Lutte contre les oedèmes | Achit à feuilles larges | Cissus Sicyoïdes | Vitaceae |
| Traitement des leucorrhées | Anagyre fétide | Anagyre épineux | Favaceae |
| Cotiques (gouttes) | Pistache (arachide) | Arachis hypogea | Fabaceae |
| Vitamines A, B, C, D, E | | | |
| Oligo éléments (phosphore potassium fer, zinc) | | | |

A partir de ce tableau, nous pouvons voir que des régions de savanes aux côtes atlantiques (maritimes) en passant par les zones montagneuses et forestières, nombreuses sont les plantes qui sont utilisées par les phytothérapeutes.

Les données ci-après sont composées à partir de l'ouvrage "plantes médicinales tropicales et ivoiriennes" de Jacques CHEMIN avec le concours de Laurent AKE Assi³⁹.

Si la lutte contre la déforestation et les feux de brousse vise à priori la protection de la nature, il faut dire que dans cette précaution figure implicitement la sauvegarde de la santé par celle des plantes et de tous les végétaux entrant dans les traitements des maladies.

Dans la conception de bon nombre de tradipraticiens, les plantes sont des êtres vivants qui peuvent apporter leurs contributions curatives aux autres êtres vivants tels les hommes et les animaux. Ainsi plusieurs chasseurs devenus guérisseurs n'ont été initiés à la chose curative qu'après avoir observé les animaux s'administrer des macérations de plantes. Par ailleurs dans cette perspective, la plante est personnifiée. On lui parle et on lui soumet des doléances dans le sens d'une aide à apporter au malade.

³⁹ Plantes médicinales tropicales et ivoiriennes, Jacques CHEMIN avec le concours de Laurent AKE Assi. Daremi, Edition Abidjan Deux-Plateaux, Côte d'Ivoire, 6 tonnes 1987.

1 - VERMIFUGEPARTHENE MULTIFIDE

Famille des astéracées identifiable en région de savane
ses racines utilisées sous forme d'infusion combat les
vers intestinaux.

2 - ANTI SPASMODIQUEPASSIFLORE FETIDE

Famille des passifloracées calmant, utilisé aussi
contre dans les affections épileptiques et hystériques.

3 - LAXAFIF - DEPURATIFPOIRIER

Famille des pipéracées, fruits utilisés comme
laxatifs, décongestionnant

4 - OPHTALMÉS

Lavanthe d'Amérique ou primprénelle
Famille des lavanthacées utilisée dans le traitement
ophtalmologique.

Les éléments du règne animal et minéral

L'histoire de la santé est aussi celle de toute la nature. En dehors des végétaux, plus connus dans les techniques de guérison, il y a les autres éléments du règne animal et minéral.

S'agissant du règne animal, il faut souligner que l'usage analogique et symbolique de la faune est fréquent chez les guérisseurs. Des filtres et de nombreuses compositions médicamenteuses se font à partir des reliques de peaux et de griffes d'animaux.

- acquisition de la force à partir du lion (symbole animalier de la puissance)
- acquisition de l'intelligence et de la ruse à partir de l'araignée ou du lièvre
- acquisition d'agilité et de souplesse à partir du chat...

Ces aspects concernent davantage les qualités individuelles et collectives. En ce qui concerne les affections elles-mêmes, des prélèvements sont opérés pour les ablutions, les lavements, les bains, les massages, pour le recouvrement de la santé. Par ailleurs, la relation totémique des familles humaines et animales sont nombreuses, généralement cette relation remonte aux cosmogonies ancestrales, c'est-à-dire à l'histoire des origines des patriclans. L'alliance totémique recommande un respect de l'animal totem par tous les descendants du clan. C'est par exemple le cas chez les Malinké des :

- Bamba (Bamba signifiant crocodile)
- Cissé (Cissé signifiant poulet)

- Diarra (Diarra signifiant lion)
- Kamissoko (Kami signifiant pintade et Soko, chair).

L'animal totem est interdit de consommation, car il représente un double de la personne. C'est encore le cas des Béninois Pedah de Ouiddah où le python est considéré comme un membre de leur collectivité. D'ailleurs pour exprimer la force et la permanence de ce lien, un temple est dédié aux pythons. Ils y sont vénérés et un culte leur est consacré. Tuer un animal de ce genre, c'est commettre un fratricide. Et si une de ces bêtes vient à mourir, elle bénéficie d'un enterrement à l'instar d'un homme de la communauté Pedah.

Le python est un animal protecteur donc participant à la sécurité des Pedah et à la sauvegarde de la santé individuelle et communautaire. L'observation stricte du totem du python est pour le Pedah source d'équilibre psychologique et de santé mentale⁴⁰.

En ce qui concerne le règne animal, il faut lui associer le "règne de l'eau". En effet les sources, les marigots et les fleuves font l'objet de cultes à connotations thérapeutiques.

Le N'Zi, le N'Zo, le Bandama, le Comoé, la Bia, la Tanoé, le Manzan, la Marahoué... sont de véritables divinités qui sont quotidiennement sollicitées pour recouvrer ou maintenir la santé des membres des collectivités qui leur rendent un culte.

⁴⁰ Cet exemple externe à notre champ d'investissement peut être ramené en Côte d'Ivoire à

- Soko dans le département de Bondoukou avec les singes
- Sapla dans le département de Daloa avec les personnes sacrés. Il y a d'autres avec des relations homme-animal identiques.

Photo n° 4 : Les fleuves-divinités Bandama et Comoé



Les ablutions aux rives des eaux sacrées, la boue de ces cours d'eau servent à enduire le corps aux fins de sécurité et de prévention contre les risques de maladie. En cas d'épidémie, ce recours devient usuel. Lors des fêtes du Dipri à Gomon et à Katadji ou à Yaobou, les purifications (mentales et physiques) se font à la rivière avant toute les autres cérémonies conférant santé et invulnérabilité pour l'année à venir.

Lors de la fête des ignames en pays Akan Sanvi-Abron-Indénié-Duablin... Ce sont des ablutions identiques qui purifient les hommes de leurs tares biologiques, morales et psychologiques.

Ainsi, la nature au sens large, est un receptacle de thérapeutiques ; elle est vécue, entretenue et respectée pour cette qualité, en dehors des nombreux autres usages, économiques et sociaux qu'elle offre aux collectivités.

Il ressort de notre investigation sur la perception et les représentations de la santé et de la maladie, trois facteurs essentiels ; d'abord la complexité des phénomènes santé et maladie, puis la position de l'homme et ses réactions dans la bipolarisation santé d'une part et maladie de l'autre ; enfin l'exportation et la soumission à la nature (règne animal, végétal et minéral) pour avoir et entretenir la santé.

4 - LA COMPLEXITÉ DES PHÉNOMÈNES SANTÉ MALADIE

Elle est évidente et les tentatives de définition s'arrêtent bien vite à des limites qui sont relayées par d'autres tentatives sans qu'une seule soit suffisante, claire et exhaustive pour les cerner. Les dimensions biologique, psychologique, sociologique, culturelle et scientifique (médical) sont les composantes de chaque aspect de la santé dans sa construction positive comme état de bien être physique, social et psychologique.

Il en est de même dans sa version maladie comme état de malaise et rupture d'équilibre consécutive au mal et aux perturbations psychologiques et sociales.

4-1 - LA POSITION DE L'HOMME DANS LA BIPOLARISATION SANTÉ-MALADIE

Face à la santé et à la maladie, l'homme semble tiraillé vers deux pôles contraires. Il doit maintenir un équilibre souvent difficile et se situer de préférence dans le camp santé, c'est-à-dire celui qui comporte toutes les valences positives pour son accomplissement d'homme, être social. Comment assurer et tenir cette place dans la santé ? Entre les exigences individuelles, celles des milieux professionnels familiaux, culturels et sportifs... qui sont autant de difficultés qui rendent la bonne santé comme une véritable gageuse dans un pays en développement.

4-2 - L'EXPLOITATION ET LA SOUMISSION À LA NATURE

Santé humaine et maladie renvoient à l'environnement immédiat social et non social ; c'est-à-dire à la nature dans ses variantes animale, végétale, et minérale et même sidérale. C'est cet ensemble de données qui compose le recours à la santé pour combattre la maladie à partir d'une culture sanitaire et des recettes thérapeutiques. Les compositions réalisées à partir des plantes, des extraits des végétaux, d'animaux et de minéraux participent aux soins de santé sous l'expérience séculaire des anciens et de leurs victoires successives sur les pathologies.

Les exemples qui ont alimenté notre analyse témoignent ainsi de la complexité des systèmes sociaux et sanitaires.

Conclusion du chapitre 3

Le binôme santé-maladie offre l'image d'un couple mal assortit et antithétique. Santé et maladie cheminent dans les formes de représentation et de perceptions comme un mouvement dialectique de vie et de mort. D'un côté la vie secrétée et symbolisée par la santé et de l'autre côté, la maladie provoquant une tension vers l'anéantissement et la désocialisation. A travers cette ambivalence apparaissent toutes les considérations socioculturelles des idéologies sanitaires vitalistes et des idéologies pathogènes morbides. Entre les deux se développent toutes les sciences et techniques tendant à la promotion de la santé, individuelle et collective, mentale et biologique...

C'est cet ensemble de connaissances impressionnistes et objectives, anciennes et aussi modernes qui nous conduisent vers la santé publique dans ses versions hospitalières avec d'autres spécialistes et à travers d'autres rapports sociaux, qu'il importe d'examiner au chapitre suivant.

Après cette phase qui porte d'avantage nos réflexions et observations dans le monde traditionnel et celui des anciens, il importe d'examiner dans le second chapitre de cette deuxième partie de notre travail, le versant moderne de la santé à travers les formations hospitalières, c'est-à-dire le chapitre quatre de cette thèse.



Photos n° 5 : Torgokaha village de la s/p de Korhogo



2 cases de soins
de santé

Concernant les plantes médicinales, le Professeur Hauhouot Asseypo, lors des journées biologiques sur les supports scientifiques de la pharmacopée africaine (du 30 Novembre au 4 Décembre 1998) a fait une communication sur la pharmacopée africaine dans l'enjeu thérapeutique.

En présentant cette pharmacopée, le Professeur Hauhouot a insisté sur le rôle des tradipraticiens et les différents enjeux en cause :

- enjeu scientifique
- enjeu institutionnel
- enjeu identitaire.&

1- L'enjeu scientifique

L'enjeu scientifique repose sur le traitement de la pharmacopée au moyen de deux hypothèses qui sont par leur nature même des partis pris et dont les conséquences sur les politiques de santé, sont considérables.

1-1- L'hypothèse réductrice ou assimilatrice qui nie le pluralisme médical comme donnée empirique et privilégie le canal biochimique de traitement du médicament traditionnel. Cette démarche inspirée du positivisme logique est certes efficace mais elle présente des effets pervers au double plan social et culturel.

1-2- L'hypothèse systémique est implicite dans la perspective d'intégration au réseau de santé, d'une médecine traditionnelle doublée d'une certaine autonomie même dans l'ambiance holistique de science moderne. Cette position a autant d'exigence de cohérence ne fait pas de la rationalité réductionniste, le préalable à construction d'un réseau thérapeutique viable. Elle

est surtout confortée par l'itinéraire dual du malade africain qui, quel que soit le statut social, passe par ces deux médecines.

2 - L'enjeu institutionnel ou organisationnel

L'enjeu institutionnel ou organisationnel annonce que le parti pris scientifique influence nécessairement la construction du système de santé sous la forme mono polaire ou plurielle avec des sous-systèmes cohérents capables d'animer le dialogue aux différentes échelles sociales. L'option institutionnelle étagée, dans la perspective de l'implication des populations dans l'effort de santé est une voie possible et souhaitable.

3 - L'enjeu de l'identité

Le troisième enjeu est celui de l'identité, c'est-à-dire de l'originalité de notre apport à l'art et à la science de santé, dans le prochain millénaire dont on dit qu'il sera celui de la complexité.

La récente conférence mondiale de l'UNESCO sur l'enseignement supérieur tenu à Paris ne recommande-t-elle pas de préparer les générations montantes à l'épistémologie de la complexité ? Or, il semble que les tentatives africaines d'entrer dans le combat contre la maladie aient visé avec un certain succès, l'Homme total, l'Homme complexe fait de corps mais aussi, d'esprit !

4 - Conclusion

La polémique doit donc se faire créatrice en se nourrissant des apports des sciences humaines dans la perspective de la transdisciplinarité seule capable de répondre à toute pédagogie de la complexité.

Cela est d'autant plus motivant que beaucoup de certitudes sont tombées. Certains disent même qu'il n'y a plus de certitudes. Cette situation accroît les chances de notre recherche scientifique d'entrer dans les prochains combats contre tout ce qui nuit à la vie de l'homme, sans être écrasée comme on a tendance à le prévoir, par la mondialisation. Nous serons sauvés du rouleau compresseur de la mondialisation par l'effort de problématisation ; car au bout du compte, les résultats de la recherche dépendent surtout des réponses aux questions que nous posons à la réalité du terrain.

Je m'en voudrais de terminer sans remercier et féliciter tous ceux qui ont fait aboutir ce projet scientifique des journées biologiques, avec bien sûr à leur tête, Monsieur le Doyen ANGATE qui a toujours su brillamment lier la médecine à toutes les autres disciplines des sciences de la vie et de la culture.

J'adresse de chaleureux et déferents remerciements à Monsieur le Président de la République qui a, non seulement accepté d'accorder son parrainage à notre forum mais lui a donné les moyens de s'organiser.

Je souhaite enfin, que ces premières journées de réflexion scientifique sur la pharmacopée africaine tiennent leurs promesses et qu'elles soient à la hauteur de nos attentes.

CHAPITRE 4

LES FORMATIONS HOSPITALIÈRES :

DE L'ESPACE AUX HOMMES

1. L'ESPACE HOSPITALIER
2. DES PERSONNELS HOSPITALIERS A LA
QUALITE DE LEURS PRESTATIONS
3. LA MALADIE : UN FATUM ?

CHAPITRE 4 : LES FORMATIONS HOSPITALIÈRES : DE L'ESPACE AUX HOMMES

La perception du système sanitaire ouvre notre champ d'analyse sur le monde hospitalier, son environnement, ses hommes et leurs prestations et leur environnement. Quel est ce monde ? Comment est-il perçu ? Quelles appréciations les usagers et les acteurs en ont-ils ? Et quelles contraintes impose-t-il aux uns et aux autres ?

Ce sont les réponses à ces différentes questions qui alimentent cet avant dernier chapitre de la deuxième partie de ce travail.

Pour permettre une meilleure appréciation de l'ensemble du contexte spatial et humain des formations sanitaires, nous nous référons abondamment aux propos directs des malades, leurs parents accompagnateurs, les personnels soignants médicaux, para-médicaux, les employeurs concernés, usagers circonstanciels des services hospitaliers.

1 - L'ESPACE HOSPITALIER

Il serait fastidieux de procéder à la description de toutes les formations hospitalières visitées à travers les différentes régions géographiques. Aussi évoquerons-nous dans un premier temps la hiérarchie hospitalière dans ses caractéristiques et dans un second temps les espaces architecturaux et professionnels ainsi que leurs perceptions, et leurs attributions.

1-1- La hiérarchie hospitalière

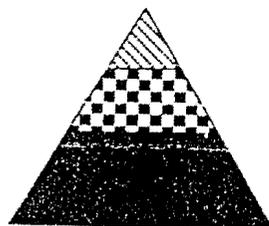
On peut distinguer au plan vertical trois niveaux dans l'organisation du système hospitalier ; de bas en haut nous avons : le niveau primaire, le niveau secondaire et le niveau tertiaire.

1-1-1- Le niveau primaire

A ce niveau les personnels se chargent directement des soins de santé, du comportement quotidien des populations par l'éducation sur la santé, de l'organisation de comité d'hygiène, de la formation de matrones, de la tenue d'une caisse à pharmacies...⁴¹.

L'étude de cas suivant réalisée dans la région du Zanzan (Nord-Est) montre bien le niveau de base de la formation sanitaire du village de Yorobodi (S/P de Sandégué) avec ses nombreux problèmes humains, et matériels.

· Système de référence idéale



Soins de santé tertiaire
Soins de santé secondaire
Soins de santé primaire

ETUDE DE CAS RÉGIONAL
DANS LE ZANZAN (NORD-EST)

VILLAGE DE YOROBODI
S/P DE SANDÉGUÉ
DÉPARTEMENT DE TANDA.

1-1-1-2- ETUDE DE CAS RÉGIONAL DANS LE ZANZAN (NORD-EST)

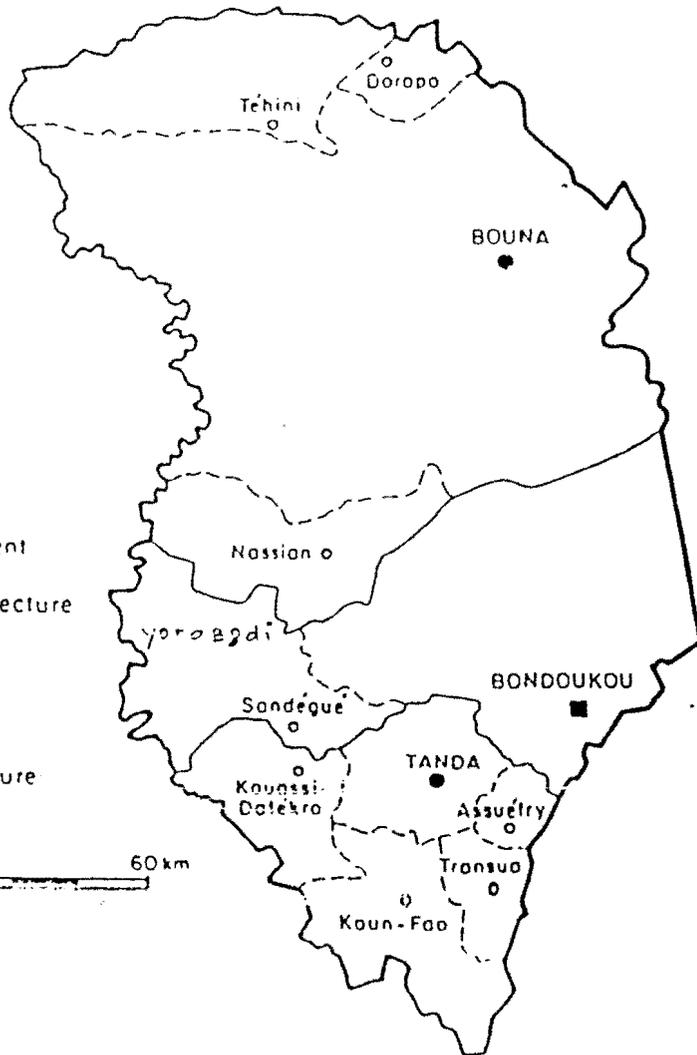
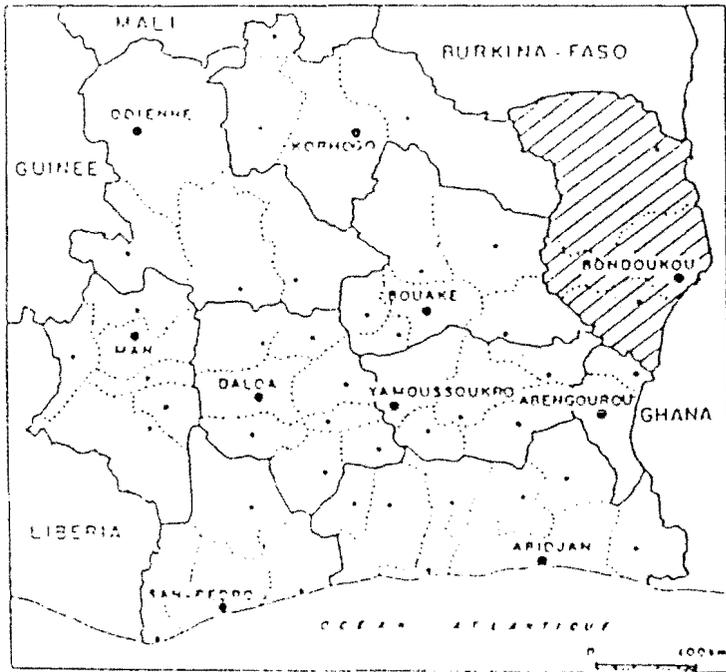
Cette étude cas a eu pour champ d'application la région du Zanzan, dans le Nord-est, précisément dans la Sous-Préfecture de Sandégué.

Situé à environ 25 kilomètres de Sandégué, Chef-lieu de Sous-préfecture, le village de Yorobody est-une grosse agglomération d'environ 4 000 habitants. Il bénéficie d'un ensemble d'équipements et d'infrastructures.

- 1 école primaire publique
- 1 centre de santé
- 1 maternité
- 1 service de l'ANADER
- 1 service de la CIDT
- 1 foyer des jeunes
- 1 terrain de sports
- 1 marché hebdomadaire (vendredi)
- des boutiques
- 1 morgue
- 1 école coranique
- 5 forages (pompes pour l'eau potable).

Carte n° 2

LOCALISATION DE LA REGION D'ETUDE (Yoro) (1)



- Chef-lieu de Région
- Chef-lieu de Département
- Chef-lieu de Sous-Préfecture
- Limite de Région
- Limite de Département
- - - Limite de Sous-Préfecture

0 60 km

1-1-1-3-Le Centre de Santé Rurale de Yorobodi

Il est créé en 1984, il y a près de 15 ans. Il dessert six villages environnants. Il est géré par un infirmier et 1 garçon de salle bénévole.

Il faut relevé que ce centre est peu fréquenté par les populations qui lui préfèrent les cours des guérisseurs, herboristes et "marabouts".

D'ailleurs l'entretien de ce centre de santé confié aux villageois par rotation des quartiers est sujet à palabre car l'ordre d'intervention n'est pas toujours respecté.

Les maladies hydriques

occupent une place de choix dans le catalogue des affections courantes. Cela n'est pas étonnant car malgré l'existence de quatre pompes hydrauliques dans le village, nombreuses sont les femmes qui préfèrent aller au marigot et servir l'eau de la BAHIA (rivière située à 500 m du village) à leur famille. Comme elle est infestée par des microbes, alors elle provoque de nombreuses maladies hydriques : ver de Guinée, dysenteries. Il faut aussi relever qu'il n'y a pas d'ambulance pour les cas d'urgence e d'évacuation sanitaire sur l'hôpital général de Tanda.

Les médicaments font souvent défaut, et les ordonnances qui suivent les consultations sont prétexte au refus d'aller au dispensaire.

N'étant intéressé qu'à la question sanitaire, le centre de santé, la maternité et les activités de médecine traditionnelle ont surtout retenu notre attention.

1-1-1-5- De la question des soins de santé

Avec l'existence d'un centre de santé et d'une maternité, les habitants de Yorobodi disposent de possibilités d'accès aux soins de santé primaires modernes - à ces équipements de base, l'on relève la présence de nombreux guérisseurs ou tradipraticiens bien connus.

Notre analyse s'est alternativement intéressée à ces différentes instances : centre de santé - maternité - guérisseurs - hygiène collective.

1-1-1-6- La maternité

Construite en 1990, cette maternité dispose d'une sage-femme et d'une fille de salle. Il y est signalé le paludisme, les hémorragies, des cas de grossesses extra-utérines (nécessitant des évacuations sur Tanda), des cas de malnutritions, et de ver de Guinée.

On constate cependant la fréquentation de plus en plus assidue des femmes pour les consultations prénatales. Cependant on enregistre qu'environ 10 accouchements par mois.

Des séances d'éducation sanitaire ont lieu tous les vendredis, jour de marché ou l'on enregistre de grandes affluences.

1-1-1-6- L'association des femmes

Une association des femmes existe depuis 1974. La présidente et son adjointe sont relayées dans le village par des responsables de quartiers.

Cette association anime les travaux de salubrité publique organisés à tour de rôle

- l'école - le centre de santé - la maternité - les pompes - le marché... sont les lieux publics devant bénéficier de ces prestations.

Ces travaux d'intérêt public sont exécutés les jours de repos. Les douchières et les latrines font cruellement défaut dans cette grande agglomération. L'influence des hommes reste prépondérante sur cette association. Tout ce qu'elles font est dicté par les hommes. L'influence de l'Islam n'est sûrement pas absente de cette pression.

L'association elle-même, secouée par un vent de changement, veut élire une femme plus jeune et "instruite", capable de mieux dynamiser cette association au profit de tous les quartiers.

L'école coranique qui rivalise avec l'école "française" connaît une grande affluence. L'UNICEF qui y expérimente un programme de formation de base apporte un appui matériel aux écoles coraniques (nattes, fournitures de bureau, petit matériel agricole...).

Cette expérience originale laisse l'autonomie de formation aux paysans tout en insinuant des activités de formation de base et

d'éducation sanitaire : hygiène corporelle, environnement - activités génératrices de revenus, alphabétisation en arabe et en française - secourisme...

Des problèmes généraux comme la déclaration des naissances, l'établissements d'actes d'état civil, font encore l'objet de réticence de la part des populations. Il ressort de cette brève étude de ces à Yorobodi que de nombreuses actions croisées sont à mener sur le plan sanitaire dans cette importante localité où cohabitent populations Malinké et Akan.

Il y a entre autres :

- l'information sanitaire ; elle doit viser l'usage de l'eau potable. Les eaux de la rivière BAHIA sont infestées par le ver de Guinée. Elles ne peuvent être bues que traitées : soit bouillies - soit filtrées. Elle doit concerner également les attitudes et comportements des populations face à cette eau : éviter d'y uriner, d'y déféquer et d'y jeter les ordures ménagères. Il faudrait porter l'information sur la nécessité de construire des latrines et des douchières, l'établissement de claies pour la vaisselle, des séchoirs pour le linge afin d'éviter que les animaux domestiques ne viennent "patauger" dans la nourriture et salir le linge à la maison.

Par ailleurs, le parcage des bêtes s'impose, car celles-ci (volaille, ovins, caprins et bovins) investissent toutes les ruelles et dorment dans les concessions, présentent ainsi le risque de transmissions des pathologies de l'animal à l'homme.

Il y a surtout :

les supports de l'information ; c'est-à-dire les canaux ou les moyens de diffusion de cette information. A cause de l'organisation socio-familiale islamisée, les responsables des écoles franco-arabes et des medersa (écoles coraniques) sont indiqués pour transmettre aux enfants ces messages.

Il y a également les mosquées où se diffusent des informations tous les vendredis. Les Griots ou Diéliba sont également commis pour porter les "nouvelles" aux populations d'hommes, de femmes et d'enfants.

Par ailleurs, les vendredis, jours de marché sont propices à la diffusion des informations (politiques, économiques, culturelles et sanitaires). L'écho de ces informations est plus amplifié du fait de la forte mobilisation des six villages voisins de Yorobodi qui en est le village centre.

Le faible impact des cadres ne peut constituer un support certain pour la sensibilisation, bien que faisant partie des supports théoriques de mobilisation sociale.

Les associations de jeunes et de femmes et même les G.V.C des hommes sont à retenir pour cette activité d'information.

La question sanitaire à Yorobodi dans la Sous-préfecture de Sandégué pourrait connaître un bond qualitatif, si ces conditions étaient toutes réunies.

Il nous a été donné de remarquer qu'à ce niveau existe une prise de conscience qui se traduit par des actions volontaires de formation, de suivi et des actions positives pour la promotion de la santé publique.

Dans l'inventaire opéré à ce premier niveau, les interventions des personnels de santé (infirmiers, sage-femmes), les actions médicales et paramédicales portent sur l'hygiène, le dépistage des maladies endémiques et la vaccination. C'est à ce niveau de classification que l'on remarque les dispensaires ruraux, les maternités, les centres de protection maternelle et infantile, les centres de santé scolaire et universitaire, les centres de vaccination, les services de dépistages des maladies endémiques.

1-1-2- Le niveau secondaire offre les services de médecine générale, d'obstétrique et de pédiatrie avec hospitalisation éventuelle. Tous les cas non traités par le premier niveau sont orientés vers cet échelon comprenant les hôpitaux de 2ème catégorie et les hôpitaux de jour (centres hospitaliers régionaux).

1-1-3- Le niveau tertiaire a autant une vocation de recherche que d'administration de soins (de haut niveau de spécialisation). C'est à ce niveau que sont classés les Centres Hospitaliers Universitaires, les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux de première catégorie. Il s'y pratique des soins très spécialisés (chirurgie plastique, neurochirurgie, chirurgie cardiaque ; l'équipe sanitaire est plus complexe et variée. A ce niveau, les soins apparaissent comme des soins de luxe au regard des centres de santé.

A partir de la hiérarchie hospitalière, il importe d'examiner les espaces architectural et professionnel qui se partagent cette hiérarchie.

1-2- Les espaces architectural et professionnel

Pour un visiteur, malade ou accompagnateur, l'espace architectural se confond avec l'espace professionnel. En effet les bâtiments sont désignés en fonction des types de spécialités médico-sanitaires qui s'y déroulent : telle la maternité pour le bâtiment réservé aux services de gynécologie et d'obstétrique ; telle la chirurgie pour le pavillon affecté aux services de chirurgie etc.

La formation sanitaire (centre de santé, dispensaire, maternité, centre de Protection Maternelle et Infantile PMI ⁴¹ Centre Hospitalier Universitaire) ou clinique médicale...) représente un monde particulier. Son organisation matérielle et administrative, et son fonctionnement technique rappellent cette particularité.

La formation spatio-architecturale, l'espace bâti porte ses contrastes que rappellent les spécialités médico-sanitaires : la maternité avec ses joies (les naissances) et ses douleurs (cris permanents des patientes à l'accouchement) ; les services d'urgence avec leurs angoisses, désespoirs, doutes et soulagements ; les services chirurgicaux avec leurs mystères et "verdicts" à suspense des blocs opératoires ; les salles d'hospitalisation à mi-chemin entre la zone des guérisons et l'abîme des douleurs de parents ayant perdu leurs maladies ; la morgue et son lourd climat sinistre... de pleurs et de lamentations.

Les états d'âme et sentiments contradictoires qui s'expriment dans ce monde de l'hôpital (joie, pleurs et angoisses) lui assurent cette particularité. Lorsque dans ce "monde" l'on évoque l'aspect financier des charges financières (frais de consultations, ordonnances médicales, frais d'hospitalisations et d'actes

⁴¹ PMI : Protection Maternelle et Infantile (centre de)

médicaux, chirurgicaux, radiographies scanners...) on conforte l'appréhension de nombreux malades ou parents de malades indigents qui se perdent entre l'espoir et le désespoir (l'espoir de guérir en allant à l'hôpital et de désespoir de mourir faute de moyens pour faire face aux conditions financières de cette guérison). C'est bien le sentiment que partagent des malades et parents de malades rencontrés dans les formations sanitaires sur le terrain.

Pour illustrer cet aspect de nos investigations, il convient d'examiner l'étude de cas régional suivant, celui de la région des savanes dont le chef-lieu est Korhogo.

ETUDE DE CAS REGIONAL

Préfecture de Korhogo

Sous-Préfecture de

- Karakoro

- Komorodougou

2- Des personnels hospitaliers à la qualité de leurs prestations

Au lieu d'user de la voie classique descriptive et d'identification des différents personnels médicaux et para-médicaux des formations sanitaires et évoquer leurs fonctions respectives, nous avons préféré suivre un cas pratique de malade dans ses pérégrinations à travers les services de santé dans le département de Korhogo.

Aussi avons-nous jugé inutile de nous attarder à la présentation de la région de Korhogo. Toutefois, il convient de dire que cette région septentrionale de la Côte d'Ivoire, située en zone de savanes, se trouve dans un environnement relativement plus austère. Les populations, agriculteurs et éleveurs (en majorité) ont de revenus très modestes, comparativement aux régions forestières ou des cultures de rente et un climat plus généreux favorisent leurs habitants.

C'est au village de Kagblolo dans la Sous-préfecture centrale de Karakoro que nous avons rencontré au dispensaire dudit village, SORO NABEGUE. Malade, l'intéressé souffrait depuis trois semaines de paludisme.

Venu de LINDO son village natal, les nombreuses médications et filtres d'essences végétales appuyées des sciences sacrificielles rituels n'ont pu lui assurer la santé. C'est alors qu'en désespoir de cause, il décide de se rendre au dispensaire à Kagbolodougou.

Déshydraté, fébrile et amaigri, il a dû attendre deux jours au dispensaire pour voir l'infirmier et passer en consultation.

Après cette consultation, et l'interrogatoire subi, il s'est avéré nécessaire de le soulager en lui prescrivant un traitement anti-palustre. Après trois jours

passés chez un cousin au village de Kagbolo, Soro Nagbélé ne va pas mieux. Bien au contraire, son état s'empire. De retour au dispensaire, l'infirmier constate que sa pression artérielle marque 17/6 ; sa température 39°C. Il transpire et tremble de tous ses membres. Pour mieux compliquer cet état de santé, il vomit et se met à délirer. C'est alors qu'il est établi un ordre d'évacuation sanitaire sur le CHR de Korhogo par l'infirmier. Mais comment joindre la capitale régionale distante de plusieurs kilomètres⁴². L'unique ambulance du village obtenu par la voie d'une oeuvre de charité missionnaire et vieille de cinq ans, bien qu'en état de marche n'a pas de carburant. Que faire ? Il faut attendre ; attendre qu'un transporteur de fortune desservant la ligne Korhogo - Komorodougou vienne et accepte de prendre notre malade et le convoier jusqu'à CHR de Korhogo. Rien de moins certain car le trafic sur cette ligne n'est pas régulier. Il s'anime en fonction des jours de marché et de l'afflux de la clientèle. Après plusieurs heures d'attente, les parents accompagnateurs du patient représenté par YENIN, sa première femme et Konlofigué son frère aîné, se dressent, à la vue d'un camion transportant un troupeau de moutons en provenance de Badikaha ou Korhogo. Quel soulagement au vu de l'engin ! Un vieux "tac kot" de 15 tonnes environ. "Fatigué" par les trajets et l'usure du temps, le camion survit à peine de ses multiples réparations. Et c'est lui qui est commis à la tâche circonstancielle de l'ambulance. Après plus d'une heure de transactions, de palabres et de supplications, le chauffeur consent à effectuer la mission d'évacuation. C'est par compassion répète-t-il "plusieurs fois" «ce n'est pas mon travail, voyez-vous même comme il est ! Et si maintenant j'ai des problèmes avec lui sur la route ? comment je vais faire ? »

⁴² Kagbolo - Korhogo via Komorodougou = 34 km
 " " " Kodalekaha = 40 km

- "Pardon regarde au nom de Dieu ! Tu ne vas pas laisser mourir ton frère au bord de la route !" ? reprend le frère du patient.

"Il faut nous aider, ça fait longtemps qu'on attend et mon mari est très fatigué", renchérit Yénin, l'épouse.

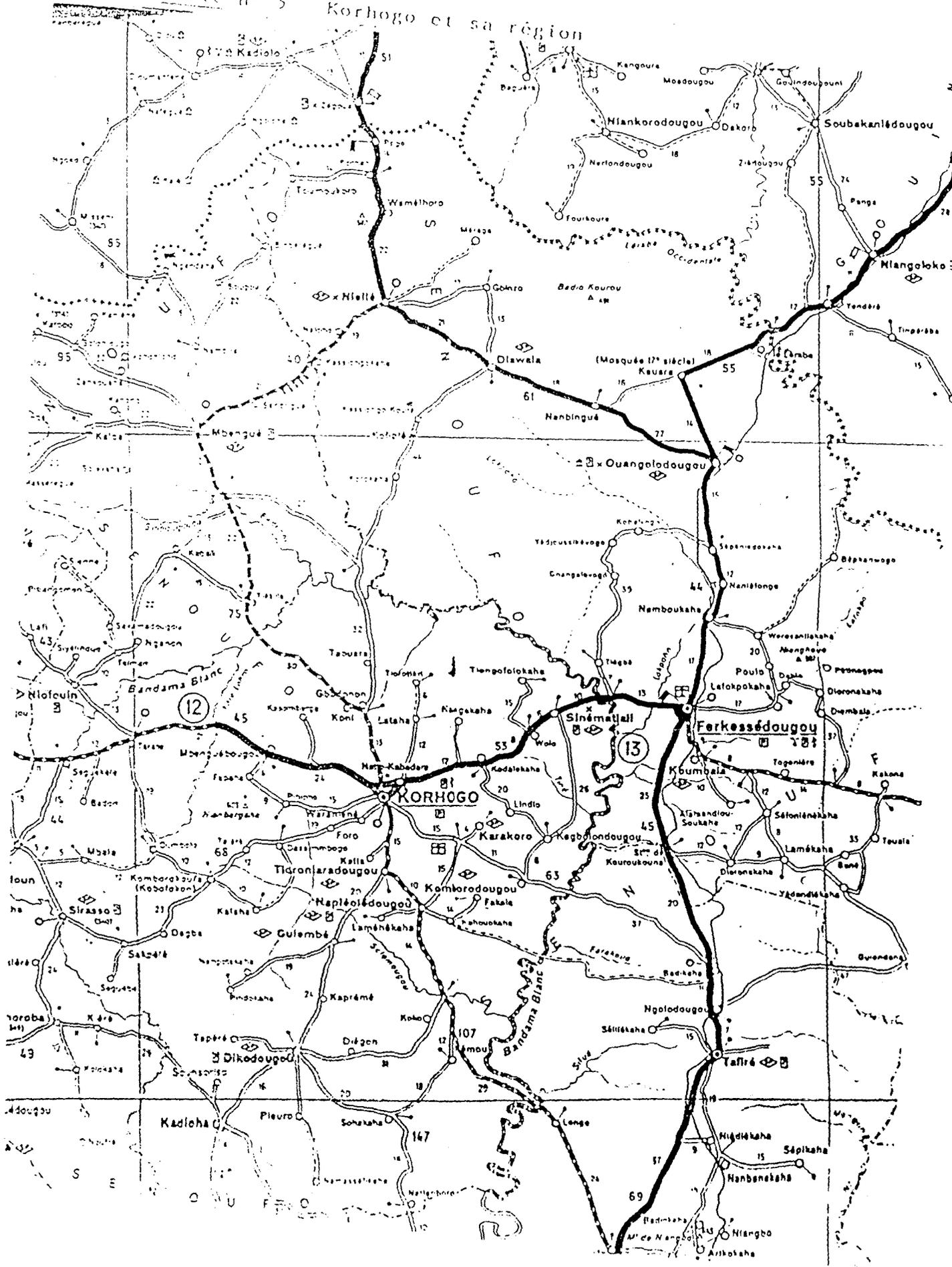
Prise entre ces supplications insistantes, le chauffeur du camion finit par céder. Mais il faut faire de la place dans la carrosserie, bondée d'ovins qui à l'avant-veille de la fête de la Tabaski (l'Aïde-El Kébir) vont permettre à de nombreux mahométans de s'acquitter dignement de leurs obligations religieuses. L'odeur des excréments et d'une urine pétrie à la poussière ocre et suffocante de la route ne peut plus être incommodante face à la course pour la santé. On s'installe, direction CHR de Korhogo ! Le vieil engin va-t-il partir ? On s'interroge et on s'inquiète pendant cinq bonnes minutes, le moteur refuse de se rallumer: bougies, carburateur, conduite d'essence, batterie... tout est passé en revue et l'impatience grandit, un dernier essai après mille autres et voilà le camion reparti...

Au CHR de Korhogo commence l'aventure médicale, partant des personnels hospitaliers, à la qualité de leur prestation et ce, à travers certains services de ce CHU.

2-1- Les personnels médicaux paramédicaux et techniques

C'est au service des urgences qu'un infirmier major reçoit Soro. Comme il y a beaucoup de malades, il doit attendre son tour de passage. N'en pouvant plus de douleur et d'attente, certains de ces malades se roulent par terre, d'autres vomissent, certains roulent des yeux et d'autres perdent leur sang. D'autres enfin apparemment plus stoïques souffrent en silence. Peut-être qu'au-delà de la

Carte n° 5 Korhogo et sa région



douleur physique, on ne peut plus se manifester. Sont-ils plus près de la mort muette ? On ne sait pas.

En tout cas, odeurs, cris, gémissements et inquiétude emplissent et débordent ce service où les quatre infirmiers et infirmières visiblement débordés enjambent les malades ou les esquivent dans un empressement qui laisse deviner leurs préoccupations, leur bonne volonté et aussi leurs limites.

Arrivés à 15 heures au CHR de Korhogo, Soro et les siens ne verront l'infirmier de service que vers 18 heures. Après un interrogatoire rapide et évasif, justifié sûrement par la fatigue et l'heure d'arrêt du travail, il a été demandé à Soro de revenir le lendemain.

C'est ce qu'il fit. Pouvait-il faire autrement ? avait-il d'autres choix ? Le lendemain à 6 heures, Soro et les siens sont devant la porte de l'infirmier. Ils ne sont pas les premiers car avant eux d'autres étaient là ; venus à quelle heure ? On ne le sait pas. Enfin le médecin de service. L'interrogatoire reprend avec l'assistance d'un autre infirmier que celui de la veille⁴³. L'alternance de l'usage du français, du Sénoufo-Kiembara et du Dioula dans l'effort de communication et d'échanges ponctués de gestes et de signes finit par aboutir à :

- une décision immédiate d'hospitalisation
- une délivrance d'ordonnance médicale
- une délivrance de bulletin d'examens médicaux.

C'est au pavillon de médecine générale qu'est prévue l'hospitalisation de Soro. Avant cette admission, des formalités administratives de réception s'imposent. Au bureau des entrées commencent une autre procédure ; un autre interrogatoire entrecoupé de longues parenthèses au cours desquelles le

⁴³ Cet interrogatoire porte sur ses nom et personnes, date et lieu de naissance, situation matrimoniale, antécédents médicaux, taille, poids, signes d'affection...

responsable administratif et financier converse avec les amis des parents ou des chefs hiérarchiques. Il est facile d'identifier ses interlocuteurs en fonction de la moitié du dialogue audible. Il est aisé de dire que les thèmes du sport (football) et ceux développés dans le maquis "Le lys"⁴⁴ ont été soutenus et commentés avant les directives du médecin chef.

Le dialogue peut reprendre pour arrêter la "catégorie" à laquelle le malade à droit, le numéro du lit à occuper, et la somme caution à verser pour accéder au pavillon de l'hospitalisation. Ces formalités finies après une heure environ, les parents de Soro doivent déboursier l'argent et pour l'hospitalisation et pour les médicaments. Une concertation rapide conclut à l'insuffisance des fonds disponibles. Une campagne est décidée pour aller chercher le complément qu'il faut. Dans la ville de Korhogo une campagne est menée auprès de parents proches ou lointains. Quelques maigres contributions sont obtenues aux quartiers Koko et à Haoussabougou ; mais l'addition ne donne pas encore 22.5000 F CFA qu'il faut pour les deux factures (8.500 F CFA pour l'ordonnance et les 14.000 F CFA pour l'hospitalisation). Au total 13.750 F CFA ont pu être rassemblés ; auxquels s'ajoutent les fonds propres de Soro évalués à 7 000 F CFA. L'ensemble ne fait pas 20.750 F CFA. On se rappelle qu'au quartier "sinistré", vit un ressortissant de Lindio leur village natal. Mécanicien de son état, Soro pourra-t-il apporter le reliquat de 1.800 F CFA qui manquent au budget de l'opération sanitaire ? Peine perdue : Soro Lanciné est introuvable ; ni à son atelier, ni au quartier commerce, ni à son domicile au quartier sinistré. Sinistre quête ! Pendant ce temps le malade ne se porte pas mieux. Au contraire, son état s'empire. Il faut prendre une décision : soit retourner au village, soit au CHR de Korhogo et expliquer au médecin la difficile situation financière. Avec quels risques ? Les discussions entre la première épouse et l'oncle ne peuvent durer longtemps. L'état de Soro n'autorise

44 Le Lys nom d'un bon restaurant au quartier SOBA de Korhogo

pas des palabres indéfinies et à l'infinie. Il faut décider. C'est ce qui se fait. On retourne à l'hôpital pour tenter de convaincre infirmier, médecin, services comptables et infléchir leur raison et leur cœur.

Là-bas à l'hôpital, on leur demande les papiers du médecin ; il s'agit de l'infirmier de service : où sont les médicaments prescrits ? où est le reçu pour l'hospitalisation ? Devant les hésitations de l'oncle, Soro, l'infirmier les repousse de la main pour s'intéresser aux malades suivants. Les tentatives d'explication sont écartées. Tout juste notre infirmier ajoute : « Pour boire le tchapalo⁴⁵ vous avez de l'argent. Pour faire les funérailles, il y a toujours de l'argent - mais pour faire soigner vos parents, vous racontez toujours des C... ! Foutez moi le camp ! »

Cette humiliation aggrave le désespoir. Que faire ? Faut-il effectivement rentrer au village ? Le faire n'est-ce pas condamner à mort le malade qui depuis trois jours n'a eu que des soins insignifiants ? Rester là dans ce CHU sans assistance, est-ce mieux ? Faut-il aller acheter les médicaments sans l'hospitalisation ? Les Soro sont perdus dans cet univers d'indifférences et de mépris. Dans ce désarroi psychologique et financier, voilà qu'une lueur d'espoir inattendu ! une infirmière ? Sénoufo Kiembara de son état, mieux encore, ressortissante du même village que Soro, fille d'un "frère"⁴⁶ voisin du village. Alice Soro tel est son nom. Au village, on l'appelle plutôt Yahtcho.

Simple ressemblance ou réalité, l'oncle Soro ne peut se retenir. Eh Yatcho ! "crie-t-il ; l'infirmière s'arrête, se retourne et aperçoit son "oncle".

Echange de propos et d'explications ! tout s'arrange.

⁴⁵ Tchapalo : bière locale de céréales (mil, maïs ou riz) très prisé en pays Sénoufo

⁴⁶ En fait de fraternité, il s'agit d'un individu à la même ethnie suffi pour créer la fraternité dont se prévaut Soro

Au pavillon de médecine générale, le lit n°3 est retenu. Soro est hospitalisé, les médicaments payés, les soins en cours. Tout se précipite favorablement. Grâce au hasard, car Alice Soro dite Yatcho est passée de façon fortuite dans ce service, remettre un document dont l'a chargé le médecin-chef.

L'admission assurée, comment vont s'administrer les soins ?

A partir de cette étude de cas dans la région de Korhogo, il est aisé de comprendre le rôle de l'Hôpital - Epouvantail pour certains malades, indigents et vulnérables. Il est aussi facile de comprendre l'attitude et les réactions des hommes de santé dans leurs rapports avec les patients qui peuvent être particulièrement déshumanisants.

Et comme l'écrit Madelin "la déshumanisation n'est pas accidentelle, elle fait partie intégrante du système médical hospitalier , elle est même le fruit d'une volonté délibérée"⁴⁷ .

2-2- De la qualité des soins médico-sanitaires

L'option méthodologique de présentation et d'analyse de ce chapitre V à partir des malades eux-mêmes et de leur environnement immédiat guide la forme et le contenu de notre démarche.

Aussi pour tenir compte des nombreux cas rencontrés au cours de la recherche de terrain, nous allons suivre une autre situation dans le Nord-Est, au Centre Hospitalier Régional de Bondoukou.

⁴⁷ Madelin P. : Malades et médecins : la crise de confiance, Edit. du Seuil, Paris 1981, p. 51.

"Mon frère ! voilà les papiers qu'on m'a données, il y a ordonnance dedans, il y a examen dedans, je n'ai pas l'argent. Comment je va faire ?".

Cette interrogation est celle de Yao Kossonou, planteur Abron ressortissant de Tanda à une centaine de kilomètres de Bondoukou, chef-lieu de la région administrative du Zanzan (Nord-Est).

Cette interrogation de Kossonou est à l'origine de la réticence de beaucoup de patients qui refusent l'hôpital. "C'est pourquoi - poursuit-il, je ne voulais pas venir ici. Quand tu n'as pas l'argent, il ne faut pas venir ici. Un peu seulement on te donne papier ; un peu seulement on te donne papier. Or tout ça, c'est l'argent !"

Cette plainte de Kossonou a trois solutions puisqu'il est admis au CHU et ses médicaments payés ; non par lui, mais par un proche parent-fonctionnaire à la direction régionale de l'agriculture de Bondoukou.

Dans ce pavillon où il se trouve avec une trentaine d'autres malades, Yao Kossonou est un privilégié ; il a un cousin fonctionnaire qui "connaît papier" et qui est capable de suivre la régularité des soins qui lui sont dispensés. Ce n'est pas le cas de sa voisine de la troisième rangée, une jeune dame koulango de 35 ans du village de Sorobango (Commune de Bondoukou) ; divorcée depuis trois ans et mère de trois enfants, Kossia Ouattara (tel est son nom) est hospitalisée depuis une semaine. Elle a reçu deux fois la visite du médecin. Sa courbe de température oscille entre 36° 8 et 39° 8. Il semble que des médicaments du terroir que sa mère lui envoie de la maison = lavements, gouttes oculaires à base de jus de plantes, rites psychothérapeutiques ne donnent aucun résultat. Les quelques comprimés achetés sur la longue liste de l'ordonnance sont pris irrégulièrement.

L'état de Kossia ne s'améliore pas depuis huit jours ; au contraire, il se dégrade et s'empire. D'ailleurs l'environnement hospitalier physique joue de complicité dans la détérioration directe et indirecte de la santé des malades. L'état de malpropreté des locaux, l'affluence des moustiques, les déchets solides et ordures ménagères, les eaux usées... tout cela concourt peut être à la médiocrité de l'état sanitaire des malades et peut-être aussi à l'aggraver !

La qualité des soins est à apprécier à plusieurs niveau ; d'abord à celui du personnel soignant au plan clinique (pose de perfusions, injections, prises de sang)... et au plan humain (échanges verbaux, nature des relations soignants-soignés). Cette qualité des soins est aussi à considérer du côté des malades qui refusent de suivre les prescriptions du médecin, de respecter les consignes d'hygiène soit en leur opposant des contre indications, soit en les combinant avec d'autres pratiques thérapeutiques incompatibles et non recommandées.

Pour revenir à cette qualité des soins médico-sanitaires au niveau des hommes (soignants-soignés) e de l'environnement intérieur, il faut dénoncer les conditions psychosociologiques des populations par rapport au fait médical.

Les relations du malade et des soignants peuvent passer par plusieurs phases. La confiance, la fascination, la méfiance et parfois la contestation pouvant aller jusqu'à un procès.

Les expressions et formules du genre "je me remets entre les mains du médecin" constituent une délégation de pouvoir aux soignants et une confiance aux sciences médicales et à leurs détenteurs, notamment les médecins, face à certaines réussites spectaculaires des médecins, notamment en chirurgie réparatrice, esthétique et en chirurgie maxillo-faciale. C'est le cas rencontré au

CHU de Bouaké avec le docteur GNABRO BEDI Flavien dont le talent en la matière, le fait passer pour un véritable sorcier réparateur des malformations.

L'entretien des locaux est un premier aspect qui touche à la qualité desdits soins. Les murs marqués par la malpropreté sont de véritables tableaux d'art ou traces de sauces, de mercurochrome, de charbon ou autres vestiges de couleur ont leurs traces ; on peut deviner qu'à ses origines, ces murs ont été peints en jaunes clair.

L'entretien des infrastructures et des équipements laissent souvent à désirer. Insuffisance de crédits, négligence des responsables, inconscience professionnelle ? Tout est possible. Il faut ajouter à cela, les attitudes des malades eux-mêmes et leurs accompagnateurs. Très souvent, ceux-ci négligent les règles élémentaires de propreté et d'hygiène en vigueur dans un milieu hospitalier. Ordures ménagères issues de la restauration parallèle, sous-produits de soins traditionnels combinés aux soins de l'hôpital contribuent à salir et même à dénaturer l'environnement médical et parfois à le rendre pathogène.

Malgré la confiance et la fascination que certains médecins exercent sur leurs clients, il est aussi fréquent qu'en fonction des résultats négatifs des soins, certains de ces clients se disent abusés traduisent leur méfiance devant la stagnation de leur état ou son empirement en dépit des examens cliniques traitements suivis (médicaments et conseils thérapeutiques divers). C'est alors que la fascination, la confiance se transforment peu à peu en méfiance et se traduisent en refus de suivre le traitement prescrit (irrégularité dans la prise des médicaments, sélection des ordonnances délivrées). De cette étape transitoire, le malade méfiant et sceptique en vient à la contestation sur les incertitudes présumées du diagnostic, l'incompétence possible du médecin traitant et ou de ses auxiliaires. Dans le pire des cas, s'enclenche un procès, qui conduit de

l'hôpital au tribunal. Certes nous avons pas rencontré ce type de cas, même s'il a été évoqué par deux fois à Abidjan.

Au plan psychosociologique les explications tiennent à de nombreux facteurs tels le fantasme de l'immoralité que devraient garantir l'hôpital et ses spécialistes. Le syndrome de la culpabilité des autres se développe en cas d'échec ou de ralentissement des guérisons. "A QUI LA FAUTE ?" En réponse à cette question fondamentale, sont indexés le médecin de garde, le médecin traitant, l'infirmier, la sage-femme, le pharmacien. Il y a beaucoup d'explications de part et d'autre, soit pour se disculper, soit pour inculper les autres. Ces nombreux fantasmes sont à démystifier pour réduire le décalage entre la réalité de la mortalité et les capacités et limites réelles des formations sanitaires et leurs animateurs et responsables techniques. En réponse à cette situation psychodramatique, le professeur Jean Bernard répond "Nous n'avons pas d'autre pouvoir que celui que nous donnent nos patients"⁴⁹.

Il n'est pas rare dans l'inconscient de comprendre à travers propos et réactions des malades et leurs famille que l'idée de santé est tellement ancrée et recherchée que le droit à la santé se confond trop souvent avec le droit à l'immortalité. Fantasme, mythe et irréalisme se confondent alors dans un rêve dont les accents contraires à la dure réalité des mortels que ni l'hôpital, ni le professorat en médecine, ni la science le talent des hommes ne sauraient annihiler. C'est ici que l'on se rend compte que la médecine est parfois chargée d'une mission impossible.

⁴⁹ Madelin P. : Malades et Médecins : la crise de confiance, Ed. Seuil, Paris, 1981, p. 34

⁵⁰ Madelin P. : Malades et Médecins : la crise de confiance, Op. cit. p. 53.

4 - LA MALADIE : UN FATUM ?

La position centrale qu'occupe la maladie dans la politique de santé publique nous conduit dans l'analyse à un "retour" non pour une répétition du déjà dit mais pour restituer le fait pathologique dans son triangle contextuel malade - hôpital - soignant.

Le milieu hospitalier est celui défini par les pouvoirs publics pour donner les soins, garantir la santé en éradiquant autant que possible la maladie. Le décor particulier qu'il présente rassure-t-il les malades ? Un entretien sommaire suffit à déterminer les sentiments des malades et des biens-portants sur l'hôpital et son ambiance, qui inspirent crainte et angoisse : la ronde des ambulances, des brancardiers, l'odeur de l'alcool et de l'éther, la déambulation des handicapés drapés dans des bandes couvrant leurs plaies. Les va-et-vient des hommes de santé en blouses blanches, leur langage herméneutique contribuent à créer un "micro-climat" psychologique et social" lourd et confus.

Entre les apprenants (élèves infirmiers, sage-femmes) étudiants en médecine, agents de santé) les soignants, les soignés (malades) des visiteurs, les "marchands" de médicaments et autres denrées médicales, l'hôpital devient un microcosme qui reproduit la société globale dans une tension à deux pôles, l'un négatif et l'autre positif. Le pôle négatif est celle de la maladie, de la souffrance (physique et morale) de la douleur, de l'angoisse et même de la mort. Le pôle positif est celui du doute, et du désespoir qui se transforment au fur et à mesure en certitude, espoir et santé recouvrée.

Par la maternité, la vie se situe au pôle positif, celui de l'entrée dans la communauté des hommes.

La maladie se situe au pôle négatif.

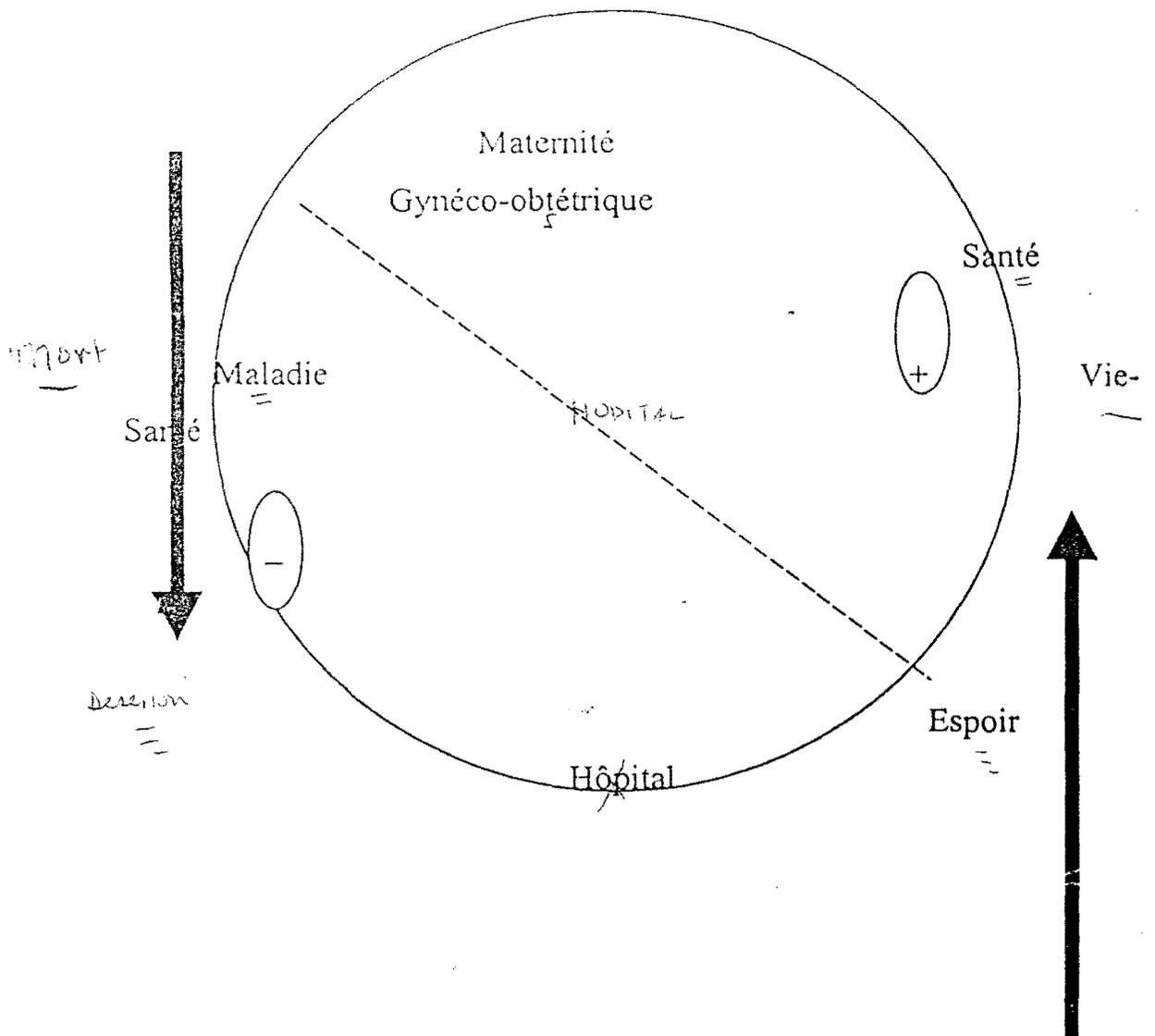
Elle entraîne le processus de régression vers la mort. Elle se situe au pôle négatif, celui de la sortie de la communauté des hommes.

La dialectique vie-mort renvoie à l'ambivalence Espoir-désespoir. C'est ce mouvement dynamique et cyclique qui s'implique dans le processus santé, maladie et mort que résume le cercle de la pagne suivante.

N'est-ce pas dans cette bipolarisation manichéiste que l'on rejoint en pensée et en action, les notions spiritualisantes de l'idée de la maladie sanction ?

En effet si la santé est perçue positivement et la maladie négativement, alors on considère toute affection comme résultant ou résultat d'une sanction. On est malade parce qu'on a commis une faute. On est malade parce qu'on a offensé une divinité, enfreint une interdiction (totem ou tabou). Ce sentiment de culpabilité face à la divination renforce l'axe de la spiritualité. Ce faisant, il donne plus de poids à la dimension métaphysique de la question sanitaire.

Schéma n° 9 Le couple santé-maladie



4-1- Maladie punition ou rédemption ?

Dans cet itinéraire virtuel et souvent réel, le couple maladie-santé conduit à des référents traditionnels psycho-religieux qu'on pourrait rapprocher à la notion ancienne bien connue de l'Occident Chrétien qui est le *factum*. C'est la notion de Maladie-destin. Le mal dont dérive (la) maladie est un médium que Dieu envoie pour punir qui le mérite. Etre malade, c'est être frappé par la colère de Dieu à la suite d'un mal commis. Autrement dit, la maladie serait inscrite dans la destinée de l'homme comme un point d'arrêt stigmatisant chacun de ses faux pas sur son chemin de vie.

C'est dans cette perspective qu'il faut citer les réflexes islamo-chrétiens qui se résument en ceci "C'est la volonté de Dieu". En pays Malinké on entendra "A To Allah man", ce qui signifie "laisse à Dieu". Cette démission fataliste concerne tout événement pouvant arriver à l'individu et ou à la collectivité : la maladie, la souffrance, la mort.

Certes, elle traduit une profonde humilité existentielle au sens religieux. Mais au plan critique, elle peut aussi être l'objet d'une facile démission, un refus de braver les situations difficiles et conflictuelles pour passivement se remettre aux mains d'un destin aveugle et aliénateur. Le fatalisme est contre indiqué dans l'esprit de conquête, la volonté de sur monter les difficultés y compris le mal et la maladie. A ce sujet, il n'est pas rare de voir les croyants exhorter les malades au courage, à la lutte contre la maladie afin de prendre le dessus et triompher de l'affection morbide et invalidante.

Toujours sur ce terrain religieux, la maladie s'offre sous d'autres angles comme un moyen de rédemption. Elle serait envoyée à l'individu pour absoudre ses péchés et lui permettre de bénéficier d'une grâce sanctifiante et d'une félicité

divine. Cette conception s'approche de l'idéologie de la mortification par la souffrance, l'effort soutenu dont la maladie qui vous éprouve dans la chair et dans l'esprit.

A l'encontre de cette théologie de la passion par la pathologie, se trouvent les positions laïques. Les formations hospitalières laïques ou privées se donnent pour mission d'identifier le mal, le localiser, et d'en rechercher les remèdes en vue de l'enrayer. Dans cette entreprise nous avons relevé de nombreuses difficultés de communications, de frustrations et d'échecs.

3-2- Hôpital-Soignants et Soignés : Un triangle difficile

"Maître de la vie, totalement libres de leurs décisions par la grâce d'un code de déontologie qu'ils élaborent eux-mêmes, les médecins hospitaliers se comportent en dictateurs de la santé, ils n'admettent aucune contradiction, aucune demande d'explication. Ils s'emparent du corps des autres pour en faire leur objet de travail"⁵⁰.

La communication entre soignants et soignés n'est pas toujours aisée. Très souvent il n'existe presque pas, ou il est résiduel et se perçoit sous forme de formules de salutations banales et infantiles.

Si cet échec constaté au niveau des médecins était compensé par celui des infirmiers cela se comprendrait, mais à ce niveau les "choses" sont parfois pires.

"Moins le médecin donne d'informations à son malade, plus celui-ci en demande à son infirmière or, plus celle-ci est éloignée de l'élaboration des

⁵⁰ Madeline P. : ibid

consignes médicales, moins elle en comprend la finalité et moins elle se trouve apte à répondre à la demande du patient... Le malade dépossédé de son avenir et de son corps, et l'infirmière mise en situation d'avouer son inaptitude à répondre, entrant en conflit", écrit Madelin.

La réification du malade peut-elle faciliter les échanges et l'aider (psychologiquement) à guérir ? La réponse n'est ni unique, ni simple. Les avis divergent. Il nous a été répondu à cette question, qu'il importe que le patient soit seulement rassuré et non trop informé de son état, surtout si celui-ci est grave. D'un autre point de vue, l'on soutient que le client-malade a droit à l'information pour comprendre tous les efforts faits pour le guérir, les difficultés d'un traitement... afin de requérir sa bonne volonté dans le suivi scrupuleux des consignes thérapeutiques données.

Le périmètre de ce triangle, (hôpital, soignants, soignés) tout comme sa surface sont parsemés de récriminations. Elles commencent par les infrastructures et les équipements, généralement jugés obsolètes et inopérants⁵¹, viennent ensuite les protagonistes réels : les soignants se plaignant de leurs conditions de travail, les soignés mécontents des traitements qui leur sont infligés et de l'absence des médicaments. C'est à ce niveau qu'intervient un autre protagoniste d'un autre genre l'Etat employeur, procureur et pourvoyeur. En définitive tous les procès sont dirigés contre cet Etat auteur ou responsable des insuffisances, des gaspillages, des inefficacités enfin des malheurs consécutifs à la médiocrité de la politique de santé publique.

⁵¹ Il faut lire à cet effet que de très gros efforts ont été faits constatés lors des enquêtes sur le terrain entre 1994 début de nos recherches et fin 1997 date de l'arrêt de nos investigations : grâce aux concours de l'Etat ivoirien, de la Banque Africaine de Développement, la Coopération Japonaise, l'Union européenne, la Caisse Française pour le Développement.

Les soignants (médecins, infirmiers, assistants sociaux) sont accusés de complicité dans la conspiration contre les soignés. Ceux-ci sont considérés comme "témoins à charge et victimes du système"⁵². La fin de l'Etat providence des périodes coloniales au début des indépendances, les crises économiques prolongées et les rigueurs des programmes d'ajustement structurels ont fini par imposer des perspectives politiques nouvelles en matière de santé publique. Il faut mettre fin à la gratuité, responsabiliser la population et requérir sa participation aux soins de santé.

Les analyses de contenu des propos des enquêtés à travers les études de cas considérés, justifient l'option qualitative retenue dans la méthodologie ; elles ont permis de cerner plus en finesse les différents acteurs dans leurs différents rôles et fonctions. Elles nous ont permis également de bien comprendre les enjeux : la politique de l'Etat, les attitudes et les comportements et peut-être aussi, les voies à explorer pour réduire les insuffisances.

L'état général des attitudes et comportements de nombreux ivoiriens pourrait se résumer à travers les résultats de cette enquête du Ministère de la Santé confirmée par ceux de notre guide d'entretien.

Plusieurs tableaux ont été retenus de ce document. Ils ont trait aux :

- 1) lieux de consultations impliquant centre de santé, hôpital, PMI
(pour la médecine moderne) ou la cour du tradipraticien ;
- 2) personnes ressources consultées (guérisseur, sage-femmes, médecines...) ;
- 3) circonstances ou raisons justifiant la consultation...

⁵² Fassin D. : Une anthropologie de la Santé Publique, CNRS, Paris, 1985, p. 501.

Les données de ces tableaux portent également sur les raisons de refus de l'hôpital.

ATTIRANCE DES IVOIRIENS ENVERS LES CENTRES MEDICAUX

Nous avons demandé à la totalité de l'échantillon qui ils iraient consulter parmi la famille ou l'entourage, les guérisseurs, les sages-femmes ou matrones dans les villages et les centres médicaux, dans chacun des cas suivants (dans le cas où l'interviewé était un homme nous lui avons demandé quelles personnes il conseilleraient à sa femme de consulter dans chacun des cas suivants) :

- Pour une simple demande de renseignements :

66 % des femmes et 85 % des hommes consulteraient un centre médical.

43 % des femmes et 33 % des hommes consulteraient la famille ou l'entourage.

28 % des femmes et 30 % des hommes consulteraient une sage-femme

enfin 19 % des femmes et 14 % des hommes consulteraient un guérisseur.

- Durant une grossesse :

91 % des hommes conseilleraient à leur femme de consulter un centre médical, mais 77 % des femmes iraient en centre médical ; 38 % d'entre elles consulteraient une sage femme (contre 31 % d'hommes qui le conseillent) ; 21 % consulteraient l'entourage

(contre 18 % d'hommes qui le conseillent); enfin 13 % consulteraient un guérisseur (contre 8 % d'hommes qui le conseillent).

- En cas de fausse-couche :

70 % des femmes iraient dans un centre médical (contre 90% d'hommes qui le conseillent) ;

32 % iraient voir une sage-femme (31 % pour les hommes);

19 % consulteraient la famille ou l'entourage (16 % pour les hommes) ;

enfin 18 % iraient voir un guérisseur (8 % d'hommes seulement le conseillent).

- Pour un avortement

24 % des femmes et 19 % des hommes ne savent pas qui il faut consulter dans ce cas-là ;

Parmi les autres, 51 % des femmes consulteraient un centre médical (63 % d'hommes le conseillent);

28 % des femmes consulteraient une sage-femme (30 % chez les hommes) ;

20 % consulteraient la famille ou l'entourage (17 % chez les hommes) ;

18 % consulteraient un guérisseur (14 % chez les hommes);

enfin 3 % de femmes ne consulteraient personne (1 % d'homme le conseille...).

- Pendant l'accouchement :

75 % des femmes consulteraient un centre médical et 87 % d'hommes le conseillent ;

43 % des femmes consulteraient une sage-femme (35 % d'hommes le conseillent) ;

17 % de femmes consulteraient la famille ou l'entourage (15 % d'hommes le conseillent) ;

enfin 10 % de femmes consulteraient un guérisseur (6 % d'hommes le conseillent).

- Après l'accouchement :

76 % des femmes consulteraient un centre médical (89 % des hommes le conseillent)

36 % consulteraient une sage-femme (33 % pour les hommes ;

24 % consulteraient la famille ou l'entourage (16 % d'hommes le conseillent) ;

enfin 12 % consulteraient un guérisseur (8 % d'hommes le conseillent).

- En cas de maladie d'un enfant :

88 % des femmes consulteraient un centre médical et

97 % des hommes ;

29 % des femmes et 27 % des hommes consulteraient une sage-femme ;

25 % des femmes et 18 % des hommes consulteraient un guérisseur ;
enfin 19 % des femmes et 17 % des hommes consulteraient la famille ou l'entourage.

- En cas de maladie d'un adulte :

86 % des femmes et 97 % consulteraient un centre médical ;
27 % des femmes et 19 % des hommes consulteraient un guérisseur ;
25 % des femmes et 26 % des hommes consulteraient une sage-femme ;
enfin 20 % des femmes et 18 % des hommes consulteraient la famille et l'entourage.

Ainsi, les hommes se prononcent nettement plus pour la consultation d'un centre médical que les femmes.

Mais dans la totalité des cas, la grande majorité des interviewés déclarent qu'ils iraient consulter un centre médical.

En ce qui concerne les autres personnes, la famille est plutôt consultée pour une simple demande de renseignement, le guérisseur est plutôt consulté en cas de maladie d'un enfant et surtout d'un adulte et la sage-femme est plutôt consultée pour l'accouchement.

- OCCASIONS DE VISITE A UN CENTRE MEDICAL

Nous avons vu précédemment que la très grande majorité des interviewés se prononçaient pour la consultation en centre médical pour chacun des cas cités.

Mais qu'en est-il dans la réalité ?

91 % des interviewés, 94 % d'hommes et 88 % de femmes, sont déjà allés dans un centre médical.

Nous avons demandé aux femmes à quelles occasions elles s'étaient rendues dans un centre médical.

Le principal cas de visite à un centre médical est lorsque l'interviewé est malade (maladie d'un adulte) : 67 %.

La 2ème raison de visite, pour 47 % des femmes, est la maladie de leur enfant : si l'on ramène ce pourcentage aux femmes qui ont des enfants seulement, il passe à 72 %.

La 3ème raison de visite est la grossesse et l'accouchement :

40 % des femmes y sont allées pendant leur grossesse : si l'on calcule ce pourcentage sur la base des femmes ayant des enfants seulement, il passe à 62 %, ce chiffre se rapproche assez des

déclarations précédentes des femmes (77 % de celles-ci avec ou sans enfant, avaient déclaré qu'elles iraient consulter un centre médical durant leur grossesse) ;

39 % des femmes, soit 60 % des femmes ayant des enfants ont accouché dans un centre médical (ce dernier pourcentage se rapproche donc également des déclarations précédentes de la totalité des femmes, dont 75 % avaient l'intention d'aller dans un centre médical pendant l'accouchement) ;

enfin 36 % des femmes, soit 56 % de celles qui ont des enfants sont allées dans un centre médical après leur accouchement (par contre ce dernier pourcentage commence à s'éloigner des déclarations précédentes : 76 % de la totalité des femmes avaient

déclaré qu'elles iraient consulter un centre médical après leur accouchement).

La 4ème raison de visite est la simple demande de renseignements, pour 14 % des femmes : même en calculant ce pourcentage seulement par rapport aux femmes qui ont des enfants (il passe à 22 %) il reste très éloigné des 66 % d'intentions de consultation d'un centre médical dans ce cas à la question précédente.

Les dernières occasions de visite à un centre médical sont les fausses-couches et les avortements : 8 % des femmes y sont allées pour une fausse-couche, soit 33 % des femmes qui ont eu des fausses-couches. Si l'on compare ce dernier pourcentage aux intentions de consultation d'un centre médical dans ce cas, qui sont de 70 % pour la totalité des femmes, ces intentions sont donc

assez éloignées de la réalité : 4 % des femmes sont allées dans un centre médical pour un avortement soit 36 % des femmes ayant subi des avortements, alors que 51 % de la totalité des femmes avaient déclaré précédemment qu'elles iraient consulter un centre médical dans ce cas : il y a donc également un certain décalage entre les intentions et la réalité.

Donc les intentions et la réalité correspondent à peu près en ce qui concerne les maladies des enfants ou des adultes eux-mêmes, la grossesse et l'accouchement ; mais il y a un certain décalage en ce qui concerne les visites après l'accouchement, les fausses-couches et avortements et les demandes de renseignements.

"POURQUOI N'ETES-VOUS JAMAIS ALLE DANS UN CENTRE MEDICAL ?"

| | HOMMES | FEMMES | TOTAL |
|-------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|
| DIFICULTES DE TRANSPORT | 23.1 | 28.9 | 27.3 |
| COÛT DES TRANSPORTS TROP ELEVE | - | 3.9 | 2.9 |
| INEXISTENCE DE CENTRES MEDICAUX A PROXIMITE DU DOMICILE | 34.2 | 26.0 | 28.1 |
| COÛT DES CONSULTATIONS ET DES SOINS TROP ELEVE | - | 13.1 | 9.7 |
| CRAINTE DE QUITTER SON FOYER | - | - | - |
| PROBLEME DE LANGAGE (POUR CEUX QUI NE PARLENT PAS FRANCAIS) | 8.5 | 4.9 | 5.8 |
| MANQUE DE CONFIANCE EN LA MEDECINE EUROPEENNE | 17.5 | 24.5 | 22.6 |
| AUTRES RAISONS | 11.1 | 21.3 | 18.7 |
| SANS REPOSE | 34.2 | 1.9 | 10.3 |

Raisons de non-visite à un centre médical :

7 % de la population ivoirienne ne se sont jamais rendus dans un centre médical.

Les trois principales raisons en sont :

- l'inexistence de centres médicaux à proximité du domicile, pour 28 % d'entre eux ;
- les difficultés de transport pour parvenir au centre médical, pour 27 % d'entre eux ;
- le manque de confiance en la médecine européenne, pour 23 % d'entre eux.

Le coût de la visite intervient relativement peu dans ces raisons :

9.7 % seulement ne vont pas en centre médical car ils trouvent le prix des consultations et des soins trop élevé et 3 % seulement intervient également assez peu (dans 6 % des cas seulement).

La population ivoirienne a donc une très bonne opinion des centres médicaux puisque la grande majorité d'entre eux sont parfaitement disposés à se rendre dans un centre médical dans de nombreux cas.

De plus, la quasi totalité des Ivoiriens se sont déjà rendus dans un centre médical, lorsqu'ils étaient malades, et surtout lorsque leur enfant était malade.

Mais ils faudrait développer davantage des centres médicaux, dans le Sud Ouest surtout, car, dans cette région, 80 % de personnes qui ne sont jamais allées en centres médicaux n'ont pu s'y rendre en raison de leur inexistence à proximité de leur domicile.

Conclusion du chapitre 4

La distance qui sépare les hommes des infrastructures et équipements socio sanitaire et ambiguë. Elle paraît courte plus que toutes les opérations de consultation, de diagnostic et de soins et traitements se passent dans des sphères géographiques circonscrites et limitées et même réduites. Cependant, elle est parfois longue car de l'homme soignant (médecin) à l'homme soigné (malade), il y a une très longue distance parce que les contacts sont presque inexistantes. Les rapports humains sont artificiels et réifiés.

Le malade est traité comme une chose malade : mal reçu, mal traité, il est très souvent (dans les formations sanitaires publiques) mal soigné.

Les murs des infrastructures matérielles sont comme dressées aussi entre ces deux catégories d'acteurs de l'hôpital. Les murs de la catégorisation des malades et les murs d'incompréhension.

Il faut briser ces murs psychologiques et moraux avant d'accéder les uns aux autres et parler d'une véritable politique de santé. Après cela s'amorceront peut être la communication, l'éducation et les échanges qui fondent la quête de la santé pour tous et le bien être de chacun.

A travers ce chapitre apparaissent clairement les différents paramètres d'une politique de santé déficiente : hommes, moyens, et surtout recherche qualitative des rapports humains au delà de la maladie, de la science et du travail médical. Les religieuses soignantes du centre de santé maternelle et infantile du Komorodougou appartenant à l'ordre de Malte nous l'on prouvé par leur disponibilité et leur courage au soins des malades.

Conclusion de la deuxième partie

L'hôpital, les soignants et les soignés et les autres partenaires sociaux (parents, para médicaux) sont tous des révélateurs de la politique de santé publique. La qualité et l'efficacité des systèmes sociaux et sanitaires en Côte d'Ivoire sont rendues par les attitudes et les comportements des populations clientes. Ces attitudes et ces comportements concernent les notions de santé et de maladie qui modèlent des réactions dans le processus de participation aux différences sciences et techniques d'administration des soins de santé.

Les facteurs socioculturels (perceptions et interprétations de la santé et de la maladie à travers les origines en causes) ; les données de la colonisation aux indépendances ; les programmes d'ajustements ont constitué un contexte difficile de dispensation de soins à la satisfaction des protagonistes.

Les formations hospitalières campant le contexte infrastructurel et spatial du "drame de la santé" ne favorisent pas toujours la qualité des termes d'échanges entre soignants et soignés. Même s'il faut reconnaître que depuis près de cinq ans, de notables efforts de constructions, de réhabilitations et d'équipements (plateaux techniques) ont été consentis pour revaloriser le cadre matériel des hôpitaux, dispensaires, maternités et centres de santé, il y a encore beaucoup à faire. Et nos recherches ont permis de mettre en évidence quelques "confrontations expliquant des attitudes et des comportements d'acteurs non encore réconciliés.

Cette nécessité de conversion, ou de changement n'implique-t-elle pas, en dehors de la poursuite des novations architecturales et matérielles, une sensibilisation poussée des soignants et une éducation continue des patients et de la population d'ou sortent les patients ?

L'éducation et la formation sanitaire (initiale ou continue) ne sont elles pas les communs dénominateurs dans la quête d'une politique de santé publique plus conforme aux attentes des populations en Côte d'Ivoire ?

Avant l'implication de l'éducation et de la formation sanitaires, examinons une autre étude cas dans le moyen Comoé à Abengourou.

Cette étude de cas à Abengourou passe par une inspection d'enseignement primaire pour saisir indirectement la question sanitaire à l'école (primaire) ainsi que l'intérêt et les conséquences qu'elle induit dans la population scolaire et urbaine de cette ville.

Elle permet de rappeler que le service de santé scolaire et universitaire fait partie intégrante du système de santé publique en Côte d'Ivoire. D'ailleurs la population cible concernée par ce type de structure est numériquement importante et devrait, qualitativement être l'objet de plus de précautions. Les slogans politiques de "Jeunesse espoir du pays" devraient être accompagnés de soins de qualité dans ces formations ; car sans santé, il n' y-a pas de jeunesse et sans jeunesse bien portante, il n' y a plus d'espoir de pays.

ETUDE DE CAS RÉGIONAL
DANS LE MOYEN COMOÉ (EST)

Préfecture d'Abengourou
Inspection d'Enseignement
Primaire d'Abengourou II
EPP d'Adamakro et Assakro

Etude de cas régional dans le moyen Comoé

(Inspection d'Enseignement Primaire d'Abengourou)

C'est au chef-lieu de la capitale régionale du moyen Comoé à Abengourou (dans l'Est du pays) qu'à eu lieu cette étude cas.

L'enquête n'a pas visé directement les questions de santé, mais a visé celles de l'éducation et la-formation de base qui constituent entre autre un idéal angle d'attaque de l'éducation et de la prévention sanitaire.

Pour mieux suivre le cheminement de notre démarche, il convient d'en indiquer les étapes. Six ont été retenues :

- Les établissements cibles
- Les acteurs-enseignants
- Les acteurs-enseignés
- Les questions de santé
- Les rôles des mass media
- Les autres structures d'IEC.

1 - Les établissements cibles

C'est l'Inspection d'Enseignement Primaire (IEP) d'Abengourou II qui a été retenue. Et dans cette circonscription administrative, ce sont les écoles primaires et publiques d'Adamakro et d'Assakro qui ont été objets d'investigation.

L'IEP d'Abengourou II est classée parmi les circonscriptions éducatives sous scolarisées. Pour l'année 1993-1994 son taux de scolarisation était de 67 % contre une moyenne nationale estimée alors à 69,5 %.

Compte tenu de cette sous-scolarisation, l'inspection acceptait des enfants de 7 à 8 ans au cours préparatoire 1ère année (CP1).

Les causes de cette situation sont nombreuses :

- Déficit d'enseignants (20 pour l'IEP en 1994-1995 ;
- Insuffisance d'infrastructures d'accueil
- Relative faiblesse du pouvoir d'achat des parents
- Importante population allogène qui répugne à envoyer ses enfants à l'école (elle la garde comme aides pour les travaux champêtres, mariages et ceux du petit commerce urbain).

2 - Les acteurs enseignants

Il faut souligner une démotivation des enseignants (due au statut de raccrochés de ceux-ci)⁵³ - L'absentéisme chronique de ces enseignants (pour raisons de funérailles de poursuite de dossiers administratifs à Abidjan ou dans les services administratifs de la mairie ou de la préfecture)... - les querelles de personnes...

⁵³ Depuis 1977, les enseignants ont bénéficié d'un statut spécial à la fonction publique ivoirienne. Ils ont été décrochés du statut général des autres fonctionnaires avec des grilles salariales avantageuses. En 1991, le Gouvernement a ramené tous les nouveaux enseignants du statut général, d'où l'expression des raccrochés..

Les programmes officiels d'éducation souffrent de ces nombreuses défaillances. Aussi, ceux- de la formation de base sont-ils encore plus couchés par l'inconscience et le désintérêt des personnels enseignants de cette IEP.

Dans ce cas, que peuvent être les programmes de sensibilisation sanitaire pour la prévention, l'hygiène individuelle et collective, la qualité de l'environnement ?

3 - Les acteurs-enseignés

La rue et les buissons attirent beaucoup plus d'élèves que les salles de classes. Ceux des classes élémentaires tentent d'imiter leurs aînés des classes moyennes. Beaucoup de parents analphabètes ne peuvent suivre l'évolution de leurs enfants à la maison. Ayant très peu de contact avec les maîtres, ils ne sont nullement informés du travail médiocre ou nul de leurs enfants. Les parents même instruits ne se donnent aucune peine de répondre aux convocations des responsables de l'école. "Il y a déchirure entre les enseignants et les parents", avoue Monsieur N'Cho EDI Denis, inspecteur de l'IEP d'Abengourou II. Cette déchirure serait le manque de communication et de suivi conjoints des parents et des éducateurs-formateurs. D'ailleurs, son secrétaire principal, Monsieur ANO oi ANO Gabriel renchérit "Avant, c'étaient les enfants qui avaient peur des enseignants, aujourd'hui, ce sont les enseignants qui ont peu des élèves et de leurs parents". En effet les sévices de tous genres prohibés, il devient difficile de contraindre l'enfant sous quelque forme que ce soit. Il y a une crise de confiance presque un vide qu'occupent la rue et ses expédients.

4 - Les questions de santé

Dans ce contexte peu rassurant, que deviennent les questions de santé ? Le service de santé scolaire et universitaire fonctionne sur le même registre que le Centre Hospitalier Régional (C.H.R). Cela veut dire, avec beaucoup de difficultés dues à l'accueil des malades, à l'indisponibilité et inconstance des personnels médicaux et para-médicaux, insuffisance et indisponibilité des médicaments.

Il est apparu que les cours et programmes de prévention sanitaires sont quasi-inexistants. Les cours pratiques d'hygiène du milieu sont négligés. L'école démissionne d'une part de la mission qui lui est assignée de participer à l'éducation sanitaire. Or c'est à cet âge (de la jeune enfance) que les réflexes et habitudes positifs en matière de prévention sont conseillés.

La défaillance des instituteurs a-t-elle une suppléance dans cette IEP d'Abengourou II ?

5 - Le rôle des mass-media

Par mass-media, il faut surtout retenir la télévision ivoirienne et la radiodiffusion.

La Télévision Ivoirienne présente de nombreuses émissions extra-scolaires comme "Télé pour Tous" (aujourd'hui disparue). Très peu de productions spécifiques télévisées visent la santé publique et la prévention sanitaire.

V
Adzopé

Radio Tchoyasso s'installe

SAMEDI 7 - DIMANCHE 8 NOVEMBRE 1978

RIFI-Côte d'Ivoire

Bouaké et Korhogo en FM



Instrument de développement

APRÈS Yopougon et Toumodi, et avec Ferké - on somme, selon nos informations actuelles - les radios de proximité autorisées par le gouvernement en juin dernier, émergent petit à petit. Ce qui va modifier considérablement le paysage audiovisuel ivoirien.

Il est vrai que certains attendaient plus de ces radios: leur interdiction à diffuser des émissions à caractère commercial, politique ou syndical limite leur importance. On aurait aimé voir, comme au Sénégal par exemple, ces radios FM concurrencer sérieusement nos chaînes nationales afin de stimuler les performances!

K.K. RIAN JUSU

Toujours est-il que, pour l'heure, ces radios présentent un grand intérêt pour les populations locales. Comme il nous a été donné de suivre l'autre jour une émission sur Radio Yopougon-Fraternité ou Amitié? Peu importe - où un débat était engagé entre les représentants de la mairie (sur le plateau) et les auditeurs. On parlait du manque d'éclairage par là, de l'absence de canalisation par-ci, et même d'une mairie indigne de la commune, etc. Incontestablement, c'est ce genre d'émission qui permettra aux maires d'être à l'écoute de leurs administrés et de connaître leurs préoccupations.

Comme quoi, effectivement, ces radios de proximité peuvent servir d'instruments de développement qui est l'objectif visé par le gouvernement.

L'autre intérêt de ces radios, la promotion de la culture locale. Comme nous l'indique le programme de Ferké-FM qui prévoit des émissions en langues nationales: sénoufo, dioula, peuhl, etc. Voilà qui va résoudre, en partie au moins, l'important problème de promotion de nos langues!

La Radiodiffusion à travers les reportages sur les régions, les programmes de certains départements ministériels dont la santé, conduisent des opérations d'information et de sensibilisation. Mais sans encadrement spécifique, quel impact visent ces émissions, surtout à l'école ?

Les vidéo-clubs très prisés par les jeunes ne servent que des films de violence (films policiers et d'arts martiaux) au détriment de films d'éducation générale et de prévention sanitaire.

6 – Les autres structures d'IEC

Nombreuses sont les autres structures sociales, associatives, corporatistes, culturelles, sportives, religieuses... pouvant aider à promouvoir la santé publique.

C'est par exemple :

- les Organisations internationales UNICEF, la Banque Africaine de Développement, l'O.M.S dont l'aide peut être conditionnée par un programme d'éducation additionnelle en matière de santé.

Il y a également les groupements coopératifs en tant que personne morale, les ONG et clubs de service, les associations culturelles dont le rôle mobilisateur dans le milieu jeune peut beaucoup en matière de santé. Pour ce dernier cas, il faut reconnaître qu'en matière de prévention dans la lutte contre le SIDA, des efforts importants sont réalisés : diffusion de messages en langues locales, affiches...

Ce qu'il faut retenir de cette étude de cas à Abengourou (Zanzan), c'est que l'école primaire ne porte qu'un faible impact de sa mission para-scolaire, en matière de santé. Il est à regretter qu'à ce niveau propice à l'éducation en matière de santé, rien de certain et de systématique ne soit fait pour promouvoir la prévention sanitaire.

Au delà de cette étude de cas dans l'Indénié, et dans la perspective d'une recherche d'efficacité, de la politique sanitaire, ne convient-t-il pas d'examiner la formation et l'information comme moyen de promotion de la santé en Côte d'Ivoire ?

TROISIEME PARTIE

LA FORMATION ET L'INFORMATION COMME FONDEMENTS DE LA POLITIQUE SANITAIRE

CHAPITRE 5 : LA FORMATION DES PERSONNELS /
UN POINT D'APPUI

CHAPITRE 6 : L'EDUCATION ET LA COMMUNICATION :
UN MOYEN DE PROMOTION DE LA
POLITIQUE SANITAIRE

TROISIEME PARTIE : LA FORMATION ET L'INFORMATION
COMME FONDEMENTS DE LA POLITIQUE
SANITAIRE

Il reste entendu que la formation et la communication restent un des fondements de la politique sanitaire au-delà du débat infrastructurel des bâtiments et des équipements techniques.

En effet, de la première partie relative aux options politiques de la Côte d'Ivoire en matière de santé publique, à l'organisation d'un département chargé de sa gestion en passant par la seconde partie consacrée aux attitudes et comportements des populations face aux systèmes socio-sanitaires, les questions de la formation, du déficit de l'information et d'échanges restent un handicap permanent.

Aussi, est-il impératif dans cette dernière division de la recherche, de consacrer un échange et une analyse au « dossier » de la formation et son corollaire d'efficacité que représente la communication, considérée comme un des piliers d'une politique sanitaire cohérente.

La formation et l'éducation considérées à juste titre en Côte d'Ivoire comme la priorité des priorités intéressent tous les domaines. Lorsqu'il s'agit des ressources humaines pour la santé des populations, cet impératif se justifie davantage, car sans la santé il n'y a aucune ressource humaine viable et sans ressource humaine viable, il n'y a pas de développement national.

CHAPITRE V

LA FORMATION DES PERSONNELS : UN POINT D'APPUI

- 1 – LES STRUCTURES FORMELLES DE FORMATION
- 2 – LES STRUCTURES DE FORMATION PARA-MEDICALES
- 3 - LA FORMATION CONTINUE
- 4 – LE CAS SPECIFIQUE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE
- 5 – LA RECHERCHE : UN VOLET DECISIF DE LA POLITIQUE SANITAIRE

CHAPITRE 5 – LA FORMATION DES PERSONNELS / UN POINT D’APPUI

La structuration, l’organisation et le fonctionnement du secteur de la santé requièrent des ressources humaines en quantité et en qualité. Aussi aux différents niveaux supérieur, moyen et inférieur, toutes les personnes ont-elles besoin de formation initiale et continue.

Pour assurer cette formation, quelles sont les structures existantes ? Quelles sont les degrés, la nature et la qualité des formations qui s’y déroulent ? Y-a-t-il une adéquation entre les besoins en formation et le volume des personnels formés ? Quels types de critiques peut-on faire à cette formation en vue de contribuer à son amélioration et à la poursuite de la politique nationale en matière de santé publique ?

1 – LES STRUCTURES FORMELLES DE FORMATION

Plusieurs types de structures de formation ont été identifiées pour les personnels chargés de la santé. On en dénombre trois :

- les unités de Formation et de Recherche en Sciences Médicales (Université d’Abidjan Cocody et Université de Bouaké) ;
- les Unités d’Etudes et de Recherche en Ondontosmatologie (Université d’Abidjan) ;

- l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences Pharmaceutique ;

- les Instituts Nationaux de Formation des Agents de la Santé (INFAS) (Abidjan-Bouaké et Korhogo).

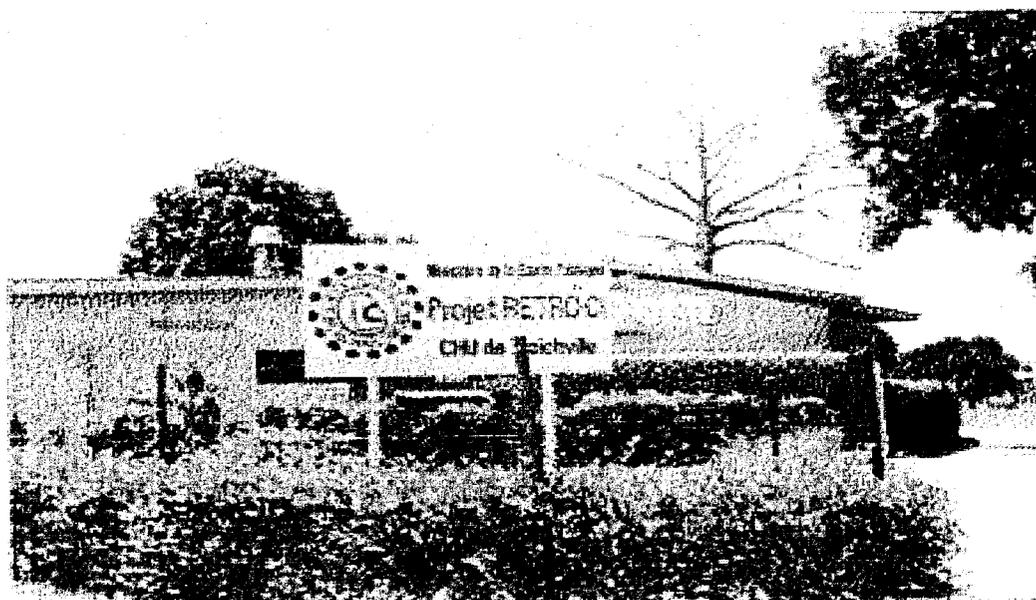
1-1- Les unités de formation et de recherche en sciences médicales

Il existe donc deux établissements de ce genre, l'un à l'Université d'Abidjan Cocody et l'autre à l'université de Bouaké

1-1-1- L'U.F.R. Sciences médicales de l'Université d'Abidjan

L'ancienne Faculté de médecine de l'Université d'Abidjan, devenue U.F.R. de Sciences Médicales est la plus ancienne des structures de formations médicales en Côte d'Ivoire. Initialement Ecole de médecine (puis Faculté et U.F.R.) cet établissement doit sa nouvelle dénomination aux nouvelles réformes survenues.

Photo N° 6 - CHU de Treichville



l'Ecole de médecine créée en 1959 et localisée dans l'enceinte du Lycée Classique de Cocody, pour retrouver les premières traces d'une formation médicale en Côte d'Ivoire. L'Ecole de médecine d'Abidjan est en fait une ramification issue de la décentralisation de la fameuse Ecole de médecine LE DANTEC de Dakar (Sénégal)⁵⁵.

C'est en 1963, à la faveur de l'ouverture de l'Université d'Abidjan que l'Ecole de médecine intègre véritablement la structure universitaire avec à ses côtés, l'Ecole des lettres et sciences humaines ainsi que l'Ecole de droit et de Sciences économiques.

En 1966, l'UFR des Sciences économiques, prend la dénomination de Faculté de médecine. L'accroissement continu des effectifs d'étudiants a un impact négatif sur la qualité de formation et provoque aujourd'hui un chômage de jeunes médecins.

En effet de 200 étudiants en première année en 1976, l'on dénombrait 10 ans après, soit en 1986 environ 1.000 étudiants, ce qui a provoqué une modification du problème de formation avec la suppression des travaux pratiques dans le premier cycle, la suppression de certaines disciplines dont la déontologie. « Ainsi ne sont plus enseignés les vraies valeurs humaines : travail, conscience professionnelle, disponibilité, responsabilité, information, écoute, dialogue, respect de l'autre avec bien sûr, toujours en conclusion, l'homme, le malade, la collectivité⁵⁶ ».

⁵⁵ Cet établissement formait toute l'élite médicale des médecins Africains de l'Afrique Occidentale et équatoriale française.

⁵⁶ Pr. BOHOUSSOU Kouadio Marcellin : Secrétaire Général de l'Ordre National des médecins, intervention au deuxièmes journées de bilan des activités du Ministère de la Santé Publique pour l'année 1996, Yamoussoukro, 18-21 Décembre 1996, p. 88

1-1-2-L'U.F.R. Sciences médicales de l'Université de Bouaké

De création récente, l'U.F.R. Sciences médicales de l'Université Bouaké n'a que trois ans. Créée en 1995 avec un décret de la première année, elle n'ouvre ses portes qu'à la rentrée universitaire 1997-1998 avec 35 étudiants, du niveau cinquième année et un corps professoral de onze Maîtres de Conférence agrégés. Cette apparente singularité tient à l'histoire de l'Université de Bouaké, et s'explique à deux niveaux :

D'abord, le recrutement des étudiants ne pouvait se faire à la base (avec de nouveaux bacheliers) car les infrastructures destinées à l'accueil des dits étudiants n'étaient pas prêtes (elles sont encore en chantier.)⁵⁷

Il fallait pour cette ouverture, des étudiants de second et de 3^{ème} cycles. Aussi a-t-on sélectionné des volontaires admis en 5^{ème} année pour cette « première ». Pour l'année 1998-1999, une opération identique est faite pour la 7^{ème} année. Ainsi a-t-on des étudiants de 5^{ème} année, 6^{ème} année et 7^{ème} année, sans les étudiants de niveau inférieur.

Puis, avec l'engorgement de l'UFR Sciences médicales d'Abidjan, il fallait déconcentrer les effectifs des enseignants y compris ceux du rang A chargés de la formation et de l'encadrement des étudiants. Cela a été obtenu en faisant obligation aux enseignants admis aux concours d'agrégation du CAMES d'aller professer à l'Université de Bouaké. Cette condition a permis de disposer rapidement d'un corps d'enseignants qualifiés.

⁵⁷ La construction des bâtiments, des laboratoires e leurs équipements nécessite du temps et beaucoup de moyens pour l'ouverture d'un premier cycle de formation médicale.

Au delà du descriptif de ce processus peu intéressant pour notre sujet, il faut surtout s'apésantir sur la portée de la formation. A ce sujet, il faut insister sur l'option fondamentale de l'UFR Sciences médicales de l'Université de Bouaké. Cette option porte sur la médecine communautaire. Celle-ci va privilégier la médecine préventive, qui est la médecine de masse, même si elle ne peut renoncer à la médecine curative plus sélective et plus onéreuse.

L'étude de cas suivant porte sur le projet de rénovation et d'équipement du Centre Hospitalier de Bouaké.

Quels sont ses objectifs ?

- A quels besoins répond ce projet ?
- Quelles contributions apporte-t-il à la politique sanitaire en Côte d'Ivoire ?

ETUDE DE CAS REGIONAL
DANS LA VALLE DU BANDAMA

PROJET D'AMENAGEMENT DU CENTRE
HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BOUAKE
(C.H.U.B)

Carte n° 4 - Emplacement du CHU – Bouaké

ETUDE DE CAS REGIONAL DANS LA VALLEE DU BANDAMA /
PROJET D'AMENAGEMENT DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE BOUAKE⁵⁸

En utilisant les cas régionaux comme exemples d'appui à l'étude de la politique sanitaire en Côte d'Ivoire, il s'est avéré nécessaire de donner une approche concrète à nos investigations et fonder notre recherche sur des données réelles de terrain.

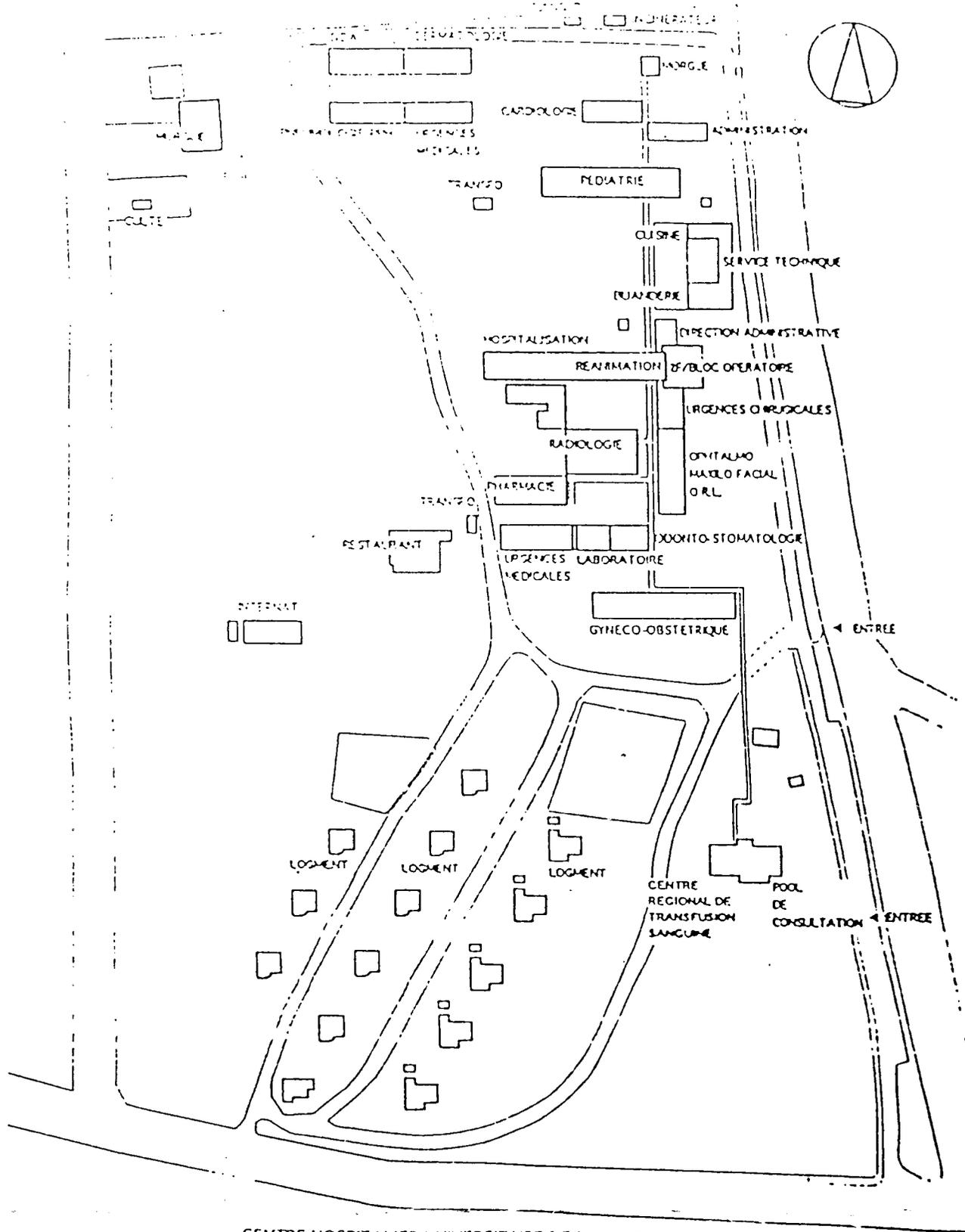
Ainsi le cas du projet d'aménagement du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké, doublement inspiré du projet ivoiro-japonais et de nos enquêtes personnelles dans l'enceinte de cette institution, nous permet de cerner une phase synthétique de la politique sanitaire du Gouvernement.

Les raisons de ce projet peuvent s'articuler à quatre niveaux :

- les raisons politiques ;
- les raisons socio-démographiques ;
- les raisons sociales ;
- les raisons médico-sanitaires ;
- les raisons pathologiques.

⁵⁸ Cf Rapport de l'étude du concept de base pour le projet de l'aménagement des équipements bio-médicaux du Centre Hospitalier Universitaire de Bouaké en République de Côte d'Ivoire – Octobre 1998 – Abidjan – Ministère de la Santé Publique
Ce projet d'aménagement du C.H.U.B est co-financé par l'Agence japonaise de Coopération Internationale (JICA) et le Gouvernement ivoirien.

PLAN D'IMPLANTATION DU CHUB



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BOUAKE
PLAN DE MASSE

0 100m

1 – Les raisons politiques

La santé des populations ou santé publique fait partie des fonctions régaliennes de l'Etat. La santé est un droit pour le citoyen. Conscient de ce devoir de service public, l'Etat veut donner aux populations des autres régions du pays, une structure de santé tertiaire à l'image de la région du Sud, à Abidjan qui bénéficie de trois de ces structures⁵⁹.

C'est dans cette perspective que le Centre Hospitalier Régional (C.H.R) de Bouaké a été érigé en Centre Hospitalier Universitaire. Ce statut nominal devrait être revu du point de vue des capacités techniques et technologiques pour répondre véritablement à sa vocation.

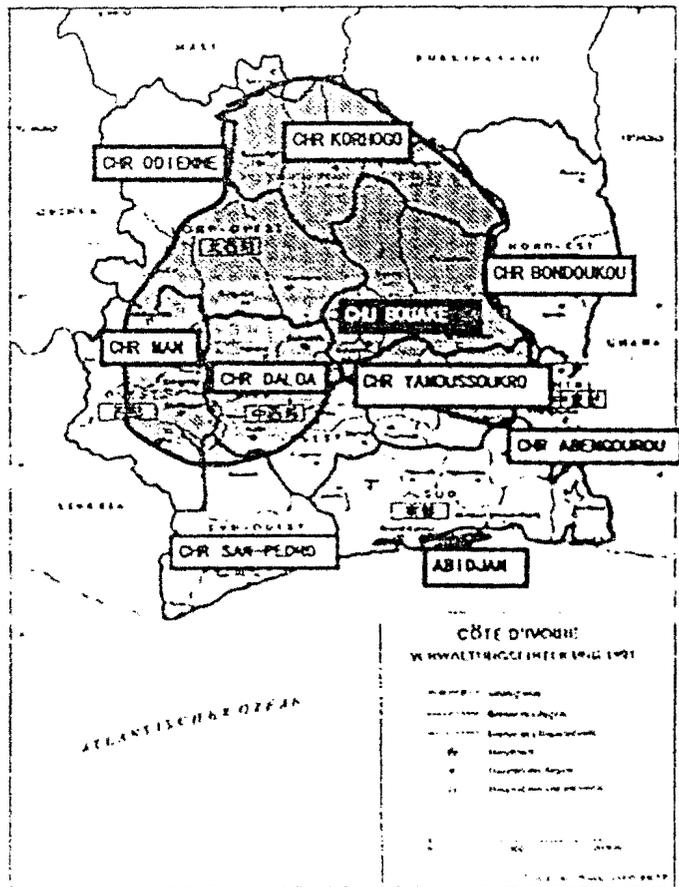
2 – Les raisons socio-démographiques

L'arrière-pays dépendant de Bouaké au plan sanitaire, couvre pratiquement un vaste territoire. La carte ci-après en donne un aperçu.

⁵⁹ Il s'agit des Centres Hospitaliers Universitaires de Cocody, de Treichville et de Yopougon.

Carte n° 5 - Zone desservie par le CHUB

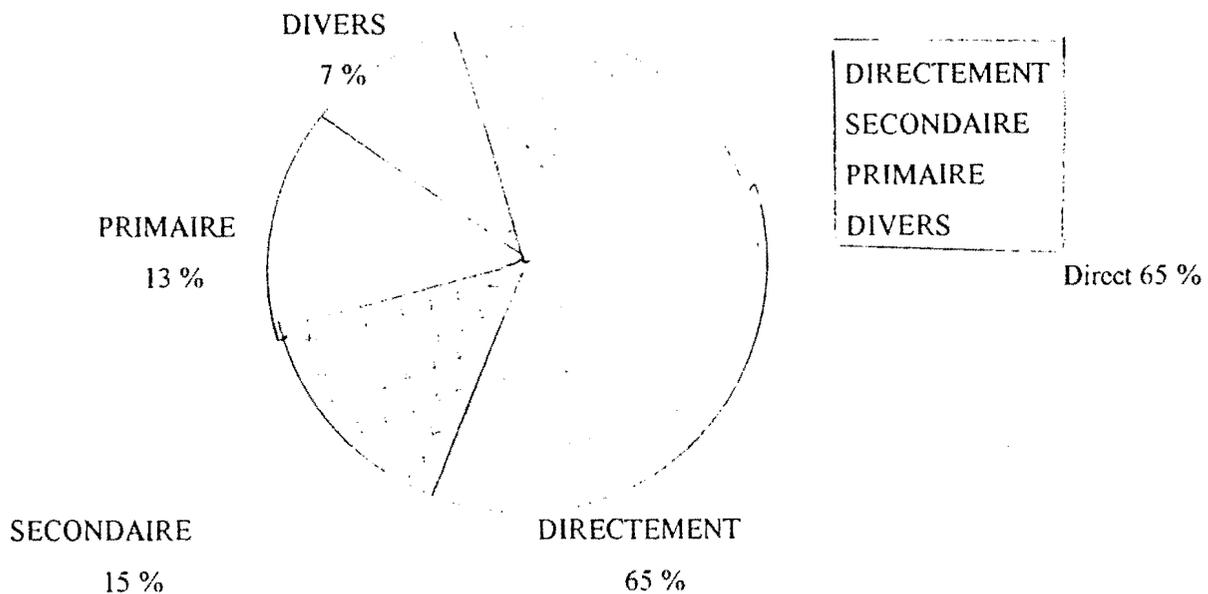
Carte n° 8 - Zone desservie par le CHUB



Il ressort des enquêtes préliminaires à l'examen de la requête du Gouvernement ivoirien auprès des autorités japonaises que le potentiel des malades devant fréquenter le C.H.U de Bouaké est en réalité nettement inférieur comme l'attestent les schémas triangulaires ci-dessous, extraits du document ci-dessus cité.

Le CHU de Bouaké joue la triple fonction de structures de soins primaires, secondaires et tertiaires.

Le camembert ci-dessous donne les proportions de la part de consultations directes arrivant au C.H.U.B.



Cette part qui est de 65 % contre 15 % pour le secondaire et 13 % pour le primaire, et 7 % pour les divers, montre bien l'importance que prend le C.H.U.B.

3 – Les raisons sociales

La population de Bouaké et ses environs présente un profil au pouvoir d'achat faible, contrairement à Abidjan. Aussi la gratuité prévaut par rapport aux tarifs officiels existants et au paiement effectif des actes médicaux et chirurgicaux.

Le tableau ci-dessous le montre aussi.

Tableau 6 – Situation des services médicaux gratuits

| | 1996 | | | | 1997 | | | |
|------------------------------|----------|-----------|-----------|-------|----------|-----------|-----------|-------|
| | Urgences | Sinistrés | Indigents | Total | Urgences | Sinistrés | Indigents | Total |
| Médicaments | 80 | 134 | 119 | 333 | 74 | 55 | 169 | 298 |
| Laboratoire | 0 | 4 | 28 | 32 | 0 | 0 | 40 | 40 |
| Radiologie | 1 | 17 | 31 | 49 | 0 | 0 | 39 | 39 |
| Hospitalisation | 0 | 0 | 11 | 11 | 0 | 0 | 42 | 42 |
| Intervention Chirurgicale | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 81 | 155 | 192 | 428 | 74 | 55 | 290 | 419 |

Source : Activités du CHUB, 1997

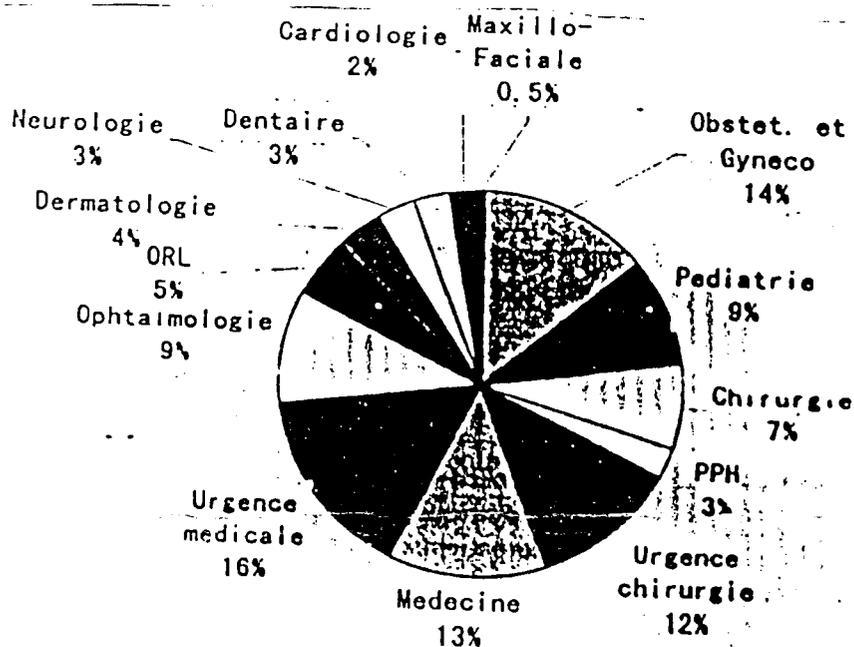
Par ailleurs le C.H.U.B prend en charge les frais de nombreux services tels le PPH (Pneumo-physio-pathologie) de VIH/SIDA, ceux des soins ambulatoires...

4 – Les raisons médico-sanitaires

Voulant améliorer les indices de promotion sanitaire, les pouvoirs publics comptent sur le C.H.U.B pour réaliser des performances⁶¹. Aussi ce projet ivoiro-japonais devient-il une priorité dans le plan national de développement sanitaire. La création au sein de l'Université de Bouaké, d'une unité de formation et de recherche en sciences médicales, et l'affectation de 11 Maîtres de Conférences agrégés en 1998 attestent bien de cette option volontariste.

5 – Les raisons pathologiques

La carte sanitaire incite à des actions hardies en matière de santé publique. Aussi le C.H.U.B s'avère-t-il comme une urgence en matière d'aménagement et d'équipements pour une plus grande efficacité.



⁶¹ Espérance de vie en Côte d'Ivoire – 1960 : 39,2 ans ; 1995 : 55 ans – Taux de mortalité infantile : 1980 : 108 % ; 1995 : 86 %. Par ailleurs le VIH/SIDA constitue une grave menace sur la santé des populations vivant en Côte d'Ivoire. –
Doc. Du CHR – Bouaké, 1998.

La surveillance épidémiologique en 1995 dans la région de Bouaké donnait la distribution suivante pendant 6 mois.

Tableau n° 7 : Surveillance épidémiologique

| Morbidity Infantile-Juvenile | |
|------------------------------------------------------|-----------|
| Incidence des maladies diarrhéiques | 42 0/00 |
| Incidence des infections respiratoires aiguës | 74 0/00 |
| Incidence de la rougeole | 8 0/00 |
| Incidence de la coqueluche | 0,8 0/00 |
| Nombre de cas de tétanos néonatal | 246 cas |
| Nombre de cas de poliomyélite suspectés | 73 cas |
| Maladies endémiques | |
| Incidence du paludisme | 69 0/00 |
| Incidence des MST | 12,5 0/00 |
| Incidence de la tuberculose | 0,8 0/00 |
| Prévalence de la bilharziose urinaire | 0,5 0/00 |
| Prévalence de l'ulcère de Buruli | 0,1 0/00 |
| Prévalence du pian | 1,3 0/00 |
| Nombre de nouveaux cas de dracunculose diagnostiqués | 83 cas |
| Nombre de nouveaux cas de lèpre diagnostiqués | 1 923 cas |

Source : RASSI 1995

0/00 : par mille

Cette étude de cas synthétisée à partir de la visite au CHU et du rapport Ivoir-japonais de rénovation et d'équipement de ce C.H.U.B montre une dimension positive de la politique sanitaire en Côte d'Ivoire : corriger les déséquilibres criards au niveau du réseau national de distributions des infrastructures de soins de qualité. Le C.H.U.B va compléter le maillon des structures du secteur tertiaire. En plus des trois C.H.U d'Abidjan, le C.H.U de Bouaké va permettre de réduire les évacuations sur le Sud et jouer un rôle de premier plan dans l'arrière-pays et peut-être dans la sous-région ouest-africaine.

La parenthèse de l'étude de cas fermée, il faut poursuivre l'examen des structures de formation par l'UFR d'Odonto-Stomatologie.

1-2- L'Unité de Formation et de Recherche en Odonto-Stomatologie de l'Université d'Abidjan

Cette UFR a commencé comme les autres avec le statut d'Ecole d'odonto-stomatologie dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody. C'est en 1986 qu'elle acquiert le statut de faculté d'odonto-stomatologie pour devenir en 1995, sous l'effet de la loi de réforme, une unité de formation et de recherche en odonto-stomatologie. Cet établissement qui forme des étudiants en chirurgie dentaire a un cursus similaire à celui des médecins.

1-3- L'unité de formation et de recherche en sciences Pharmaceutique et biologique de l'Université d'Abidjan

Cet établissement forme avec les deux précédents le trio de ce qu'on désigne par les « UFR Médicales ». La Faculté de pharmacie et de sciences biologie de l'Université d'Abidjan, compte aujourd'hui plus de 2000 étudiants et professeurs.

2 – LES STRUCTURES DE FORMATION PARA-MEDICALES

Les préoccupations pour la santé telles que les limites aux connaissances et les nombreuses ne cessent de progresser apprendre à connaître les pathologies en vue d'en réduire les effets, faute de pouvoir les éliminer définitivement.



Photo n° 7 – La Faculté d'Odonto Stomatologie

(A l'arrière plan, le C.H.U de Cocody).

Dans cette armée de la guerre contre les maladies et pour la santé, la hiérarchisation est dense. Au-dessous des Professeurs Titulaires de chaires de toutes spécialités médicales se trouvent les médecins, qui constituent avec les premiers le corps des médicaux.

Par convention, les infirmiers, infirmières sages-femmes et agents de santé communautaire sont considérés comme du personnel para-médical bien qu'ayant suivi des formations médicales et travaillant directement sous l'autorité scientifique et technique des médecins sur les mêmes objets : les pathologies humaines, et pour le même objectif : la santé humaine.

Aussi, malgré ce partage conventionnel, notre classification pour des para-médicaux ne concerne-t-elle que les techniciens de la santé (techniciens de laboratoire, garçons et filles de salles, machinistes, radiographes). A ceux-ci l'on pourrait ajouter les assistants sociaux qui n'ont pas de formation spécifique médicale.

De ce fait, il sera retenu dans ce paragraphe deux structures :

- l'Institut National de Formation Sociale (INFS) ;
- les structures privées de formations para-médicales sur le tas.

2-1- L'Institut National de Formation Sociale

Créé en 1963, l'Institut National de Formation Sociale (I.N.F.S) a plusieurs vocations :

- la formation des Assistants et Aides Assistants Sociaux
- la formation des Educateurs Spécialisés.

Si la première branche, celle de l'Assistance Sociale intéresse le monde para-médical, celle de la deuxième branche, intéresse la formation pédagogique et l'Assistance de la petite enfance et des jeunes adolescents en difficulté d'adaptation.

Les formations hospitalières collaborent avec l'Assistance Sociale pour de nombreuses questions d'organisation et d'exécution de certaines activités médicales et Para-médicales (Conseils, Suivis et Orientation) des malades et de leurs familles.

Il est à rappeler que dans l'enceinte de l'INFS se trouve le Centre Ivoirien de Formation des Cadres Supérieurs de la Sécurité Sociale (C.I.F.O.C.S) qui a formé plusieurs générations de Cadres africains de cette Spécialité pour la Région Ouest-Africaine.

Cet établissement s'occupe également de la formation permanente des cadres de sécurité sociale et périodiquement de centres de séminaires et d'échanges professionnels.

2-2- Les structures privées de formations para-médicales

C'est dans les officines privées que se pratique surtout ce type de formation non autorisée.

Le schéma est le suivant :

Un jeune homme ou une jeune fille de niveau de la classe de troisième de l'enseignement général ou technique, en quête de travail, est admis comme garçon ou fille de salle. Ses attributions : faire le « ménage » dans l'officine, guider les patients, assurer le colportage des dossiers ou matériel d'intervention de salles en salles, soutenir le secrétariat pour l'ordre de passage lors des consultations... Au fil du temps, le garçon ou fille de salle est sollicité par l'infirmier pour tenir un enfant, expliquer à un patient les modes de prise des médicaments ... Par observation quotidienne, il assimile à la fois les conseils des médicaux, ensuite, il pense connaître le mécanisme des prises de sang, des injections sous cutanées ou intra veineuses, la prise des tensions artérielles, l'auscultation du cœur avec l'instrument « symbolique de la puissance des médecins », c'est-à-dire le stéthoscope. Progressivement, il se trouve une blouse, surtout de coloris⁶² appropriées. Du simple sacristain, il se consacre prêtre et officie comme tel dans l'hôpital ou la clinique médicale : cinq, dix ou quinze années lui confèrent des pseudo-connaissances et une certaine technicité. L'habit finit par faire le moine. Cette formation dite qualifiante est-elle suffisante, Est-elle autorisée ? Peut-on seulement laisser les malades à la merci de tels individus ? Les réponses à ces questions sont sans doute non.

⁶² Par convention, les blouses des médecins et infirmiers sont blanches, celle des sages-femmes : rose, celle du personnel technique : bleue.

Cependant la réalité des faits dans les quartiers et même à l'hôpital public est étonnante d'attitudes incroyables et inadmissibles. Evidemment, les drames ne manquent pas. Aussi importe-t-il que le Ministère chargé de la Santé Publique veille à éliminer ce genre de personnels dans les circuits de la santé publique.

De manière plus générale, la situation médicale dans le secteur privé reste préoccupante. De nombreuses dérives déontologiques remettent en cause le grand principe de la médecine. C'est par exemple :

- le secret médical souvent dévoyé ;
- la tarification fantaisiste et exigible avant les soins ;
- le manque de vocation qui conduit à des négligences professionnelles coupables ;
- les connivences suspectes avec les sociétés d'assurances^{62bis}.

En dehors des différentes structures formelles des médicaux et paramédicaux en formation initiale, il importe de considérer la formation continue comme le maillon manquant à la chaîne de formation.

En effet, dans un domaine où les sciences et techniques (de santé) évoluent rapidement, il importe qu'un accent soit mis sur la formation continue. Dans ce secteur quel type de politique l'Etat conduit-il ?

^{62bis} Tous ces maux ont été stigmatisés par les 4èmes journées-bilan du Ministère de la Santé Publique en Décembre 1998 à Yamoussoukro.

3 – LA FORMATION CONTINUE

Non seulement il faut envisager la formation continue comme un moyen de « réactiver les connaissances anciennes », mais surtout comme un moyen permettant à tout le personnel des sciences et techniques de la santé, de faire face aux techniques nouvelles et aussi de corriger les insuffisances constatées dans l'exercice quotidien de ses fonctions. Comme l'a souligné avec pertinence le Directeur⁶³ des ressources humaines aux journées bilan en 1995.

Il reste entendu que les nombreuses rencontres nationales et internationales, séminaires, colloques, symposiums, concourent à apporter aux uns et aux autres d'importantes contributions comptant pour la formation permanente.

L'intérêt de cette formation continue est tel qu'il faudrait qu'elle s'étende à d'autres secteurs para-médicaux qui sont liés à la santé publique, notamment la santé mentale et les autres affections dérivées auxquelles nos villes et nos campagnes sont confrontées tout comme les nombreuses mutations de la modernisation et de l'acculturation auxquelles elles sont exposées. Le cas spécifique de la médecine traditionnelle n'est pas sans intérêt dans le processus de cette formation. Les exemples instructifs de l'hôpital de Fann à Dakar (Sénégal) et celui du Point G . à Bamako (Mali) sont à retenir.

⁶³ KOUAME Désiré, Directeur des ressources humaines, rapport relatif à la politique du personnel lors des deuxièmes journées de bilan des activités du Ministère de la Santé Publique, op. cit., p. 84.

4 – LE CAS SPECIFIQUE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE

Il est souvent dit que l'histoire de l'humanité se confond avec celle de la santé. En effet soigner est le propre de l'espèce animale et singulièrement de la sous-espèce humaine. L'homme est un animal soignant⁶⁴. Son évolution a aussi été l'histoire de sa quête permanente de survivre non seulement par la nourriture mais aussi par la santé. Son histoire à travers la phytothérapie l'illustre particulièrement. Ainsi de générations en générations se sont constituées des pratiques médicales, des habitudes de soins, des formes de préventions et aussi des techniques curatives. Des patrimoines pharmacologiques se sont légués à travers les siècles et ont spécialisé des clans, des familles des tribus et des institutions initiatiques à travers les âges. Cet ensemble de connaissances, de techniques et de pratiques « médicales » justifient l'existence d'une médecine quels qu'en soient les termes d'appellation ou de désignation extérieure utilisées pour l'identifier.

4-1- La médecine africaine : de l'ostracisme à la collaboration

Pendant longtemps les sciences médicales africaines ont été l'objet d'ostracisme, méprisées et écartées des connaissances constituées par la médecine occidentale. Cette attitude qui s'inscrivait dans le contexte général de la marginalisation nègre tire sa logique du jeu colonial et de ses corollaires ségrégatifs : l'homme noir n'est rien ; il n'a rien et il ne peut rien. Dans ces conditions, comment accorder le moindre crédit à ses « machins de santé » ?

⁶⁴ Il s'agit de paraphraser Blaise PASCAL, auteur des « PENSEES » qui a écrit : « L'homme est un animal, mais, un animal pensant... »

Vu l'intérêt vital que représente par définition la santé, n'était-il pas utile de s'aventurer dans les directions de la santé nègre dont on ignorait tout ? Cette attitude coloniale négative a eu ses relayeurs avec les médecins de l'indépendance qui, en bons héritiers, ont continué à douter, à marginaliser et à mépriser la médecine africaine de leurs parents et ancêtres.

L'orgueil de leurs savoirs et le complexe de supériorité qui l'enveloppe leur ont fermé les yeux sur d'immenses potentialités médicales de leur environnement immédiat.

Il reste donc très récent, le temps de la révision de cette attitude réductionniste de la médecine occidentale disposée à collaborer avec la médecine dite traditionnelle, surtout en Côte d'Ivoire. Les murs de la méfiance qui tombent progressivement laissent présager à court terme une réelle et prometteuse collaboration au profit de la santé publique⁶⁵.

Les recommandations des pages suivantes relatives aux premières journées biologiques nationales sur les supports scientifiques des pharmacopées africaines sont réconfortantes.

⁶⁵ Les récentes journées biologiques nationales tenues en Décembre 1998, à l'Université de Cocody (Abidjan) ont clairement souligné la nécessité de cette collaboration largement entamée pour agrandir les champs de la connaissance et partant des possibilités curatives.

1ères JOURNEES BIOLOGIQUES NATIONALES
SUR
LES SUPPORTS SCIENTIFIQUES DES PHARMACOPEES AFRICAINES

RECOMMANDATIONS

- 1° Programmes Régionaux et/ou Sous-Régionaux d'études multacentriques
- 2° Suivi et Intérêts des Tradipraticiens (autorité, gestion de la corporation...)
- 3° Création d'un Institut de Pharmacopée Africaine avec trois départements principaux :
Département de Chimie, Toxicologie, Botanique...)
Département essais cliniques : protocoles phase I, 2, 3
Département de Sciences Humaines : sociologues, ethnologues, historiens, philosophes.
- 4° Association des Chercheurs et des Tradithérapeutes sur la Pharmacopée en vue d'élaborer des protocoles appliqués aux médicaments traditionnels améliorés (M.T.A).
- 5° Mise en réseau de tous les chercheurs au sein d'une université et inter pays.
- 6° Création d'un Centre de documentation d'un bulletin de liaison ou d'une revue sur la pharmacopée.
- 7° Réaliser des études portant sur l'innocuité et la qualité

hygiénique des M.T. (médicaments traditionnels) et des M.T.A (médicaments traditionnels améliorés) existants.

- 8° Elaborer des textes qui définissent les droits des Tradipraticiens (individus et associations professionnelles) sur les M.T.A qu'ils ont aidé à mettre au point et qui établissent le statut juridique des tradithérapeutes avec leurs devoirs.
- 9° Mise au point de politiques cohérents de valorisation de la pharmacopée africaine.
- 10° Mise en place d'un groupe de travail inter états CEDEAO et d'une législation sur les plantes traditionnelles à effets psychotropes
- 11° Mettre en place des systèmes de diffusion de l'information, notamment par l'organisation de réunions périodiques afin d'échanger des informations.
- 12° Etablir avec des autorités Ivoiriennes, les modalités de création d'industries légères pour la production et la commercialisation des résultats de la recherche (application de la loi sur la contractualisation dans l'enseignement supérieur et la recherche en Côte d'Ivoire.

Aussi, est-ce dans la perspective de renforcer les capacités de l'art médical, qu'il serait indiqué, qu'en matière de formation, la médecine traditionnelle africaine ne soit pas oubliée, en dépit des nombreuses critiques logiques dont elle est encore l'objet⁶⁶.

L'attitude première du chercheur et homme de sciences étant l'humilité, il conviendrait qu'en matière de santé publique, toutes les données et voies de connaissances soient exploitées et testées. C'est pour cette raison que la formation et la recherche doivent impérativement s'intéresser à la médecine traditionnelle africaine, ses prétentions, son organisation, ses méthodes et techniques d'apprentissage, ses succès et ses échecs.

4-2- La typologie des tradipraticiens

L'examen des questions de santé en milieu traditionnel nous implique d'emblée dans l'anthropologie médicale c'est-à-dire dans l'étude de l'homme à partir de son milieu et appliquer à l'art des soins. Dans ce milieu traditionnel africain, nous avons analysé le concept de la maladie et aussi recherché des causes. Aussi lorsque survient une maladie à titre individuel ou collectif, l'on s'oriente d'emblée vers les individus habilités à en déterminer les origines, à en préciser la nature et éventuellement à en donner les moyens pour la guérir. Dans ce contexte figurent trois types d'intervenants :

- les devins ;
- les tradipraticiens ; ;

⁶⁶ Ces critiques logiques sont permises par des individus sans scrupules qui abusent de la crédibilité des malades pour leur extorquer de l'argent alors qu'ils n'ont aucune compétence médicale. Il s'agit de ces faussaires en santé plus connus comme charlatans, marabouts de seconde zone qui ternissent l'image de cette médecine traditionnelle.

- les devins-tradipraticiens.

4-2-1- Les devins

Le devin est un personnage doué d'une faculté supra-naturelle. Il est chargé d'être en relation avec le monde des vivants et des défunts (ancêtres), celui des génies et des divinités. En un mot, c'est le médecin qui dit ce qui est caché et qui dévoile la cause profonde du mal et de la maladie, les raisons de sa survenue et les voies et moyens d'obtention de la guérison ou l'issue fatale.

Le verdict du devin qui est l'oracle passe par une consultation. Au cours de nos investigations, il a été identifié plusieurs types de divinations :

- a) la géomancie qui procède par la lecture et l'interprétation de signes sur le sol ;
- b) les cauris dont le nombre varie de 12 à 24 (de tailles et de configurations variées) ;
- c) les lanières en peau de biche (neuf au total) ;
- d) les féticheuses danseuses ;
- e) les signes graphiques ;
- f) le jeu des fourches⁶⁷
- g) Les reflets du miroir, etc⁶⁸.

⁶⁷ a) Type de divination rencontrée en pays Baoulé

b) Type très répandu et se rencontre dans toutes les régions de la Côte d'Ivoire

c) Le « N'GOGNUMAN » tel est son nom en pays Akan ou HAPIRI en pays Senoufo-Tagbana

d) En pays Akan ce sont les KOMYEN

e) En usage chez les marabouts et devins assimilés

f) Système utilisé chez les Senoufo, le Sandoo.

⁶⁸ g) Utilisé en pays Malinké, tout comme les signes graphiques : l'oracle se lit dans le miroir.

Cette typologie en sept unités n'est pas exhaustive de tous les genres et procédés divinatoires. Elle présente très brièvement les genres rencontrés effectivement sur le terrain.

Les devins (tout court) ne pratiquent pas de guérison car non formés à l'art médical. Ils rendent l'oracle en situant le malade et sa famille sur l'origine du mal, sa nature et sa probable évolution sans pouvoir indiquer les médicaments nécessaires aux soins. A côté des devins se trouvent les tradipraticiens.

4-2-2- Les tradipraticiens

Ce sont les médecins du monde traditionnel. Ils connaissent une variété de plantes médicinales et leurs différentes vertus, leurs usages et les pathologies qui nécessitent leur utilisation de la racine aux feuilles en passant par la sève, l'écorce. Ce sont eux qui « confectionnent » les filtres, les décoctions, les poudres et autres macérations en indiquant les modes d'application et les durées de traitement. Ils ne sont pas devins et ignorent généralement cet art.

4-2-3- Les devins tradipraticiens

La dernière catégorie des hommes de santé en milieu traditionnel africain est celle des devins tradipraticiens ou devins guérisseurs. Du point de vue sciences et technicité, ils sont réputés complets, puisqu'ils opèrent par divination et assurent également les soins, grâce à leurs connaissances théoriques et pratiques des plantes.

Ils allient les pouvoirs supra-naturels des devins et les pouvoirs matériels de la phyto et psycho-thérapie.

« En fait, les devins répondent à toutes demandes, qu'elles concernent ou non la maladie » ; le guérisseur, lui ne répond qu'à une demande d'ordre de santé. Mais tous deux encore une fois, se rattachent au même système symbolique de la société »⁶⁹

Pour ces trois personnages comment assure-t-on leur formation ?
Comment se transmettent leurs sciences et techniques ?

4-3- Les modalités de formation

L'incursion faite en médecine traditionnelle ivoirienne s'inscrit dans le cadre de la formation et de la collaboration avec la médecine moderne en vue d'étendre le champs de la santé publique.

Il ressort des échanges sur les modalités de formation, qu'il faut en retenir trois :

- la révélation ;
- le songe ;
- l'apprentissage dans des couvents appropriés.

4-3-1- La révélation

⁶⁹ Doris Bonnet : Procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi (maladie et étiologie sociale) p. 84

L'art divinatoire comme l'art curatif peuvent s'acquérir par révélation. Plusieurs devins, tradipraticiens et devins guérisseurs ont fait état de l'acquisition de leurs connaissances sous cette forme. Voici un récit témoin :

Un jour Kipré est allé comme les autres jours au champ ; c'était la période de la moisson du riz. Il était avec son fils aîné Zahui ; aux environs de midi, il fallait marquer une pause. C'est en ce moment que Kipré informe son fils qu'il va contrôler dans la forêt voisine ses pièges. L'enfant attend le retour de son père pour le déjeuner. Il attendra tout l'après-midi. Le père ne revient pas. Après plusieurs appels et cris de détresse, rien ? Voyant la nuit tombée, Zahui en pleurs regagne le village effondré. Son histoire émeut tout les habitants de Qui organise cette nuit là même une « expédition » dans la forêt, à la recherche de leur frère. Aucune trace du disparu. Les villages voisins de Djidji et de Lagrota sont alertés et de véritables brigades de recherche sont constituées. Aucune n'aboutira à retrouver le disparu. Après une semaine, les recherches sont abandonnées. Seule la famille de Kipré continue à errer dans la forêt en désespoir de cause. Les rumeurs les plus folles circulent sur cette mystérieuse disparition. Au fil du temps, la résignation douloureuse et l'idée d'une mort certaine gagnent tout le monde. Les sacrifices sont faits. Peu à peu l'on retrouve l'équilibre psychologique du village, même si en arrière plan, ce mystère demeure non élucidé et difficile à oublier après trois mois de rebondissement..

Par une nuit noire, au moment où tout le village était plongé dans un profond sommeil, l'on entend des gémissements, derrière la maison de Kipré ; la

famille alertée et apeurée décide de sortir et... voici Kipré le miraculé, amaigri, couvert d'ulcères et méconnaissable. Il a perdu l'usage de la parole et ne peut répondre aux nombreuses questions posées. Un autre calvaire commence. Après la disparition, le mutisme. La joie de la retrouvaille se transforme en tristesse de la charge d'un handicapé... Après deux semaines, Kipré par une nuit de pleine lune, alors que le village dormait, se lève et se met à chanter, puis à parler, puis à prédire des choses... Kipré absent revient transformé... en devin et tradipraticien. Il racontera par suite son histoire de révélation et sa formation par les génies qui lui ont conféré le pouvoir de divination et de guérison. Sa renommée couvre tout le canton Yocollo. Sa science lui est ainsi révélée par les divinités de la forêt.

4-3-2- Le songe

Le songe est une deuxième voie moins dramatique de formation, selon les témoignages collectés. En songe, il vous est présenté des plantes avec leurs noms, les lieux éventuels où elles se trouvent ainsi que les modalités d'utilisation tout comme les affections qu'elles peuvent guérir. L'intéressé alors se conforme aux directives du « formateur en rêve ».

A côté de ces deux précédents types « surréalistes », existe la dernière voie plus concrète et plus objective de formation et d'apprentissage de l'art médical.

4-3-3- La formation en couvent

Cette formation s'inscrit dans un couvent chez un tradipraticien connu et réputé pour sa science.

Il enseigne en théorie, et en pratique ses connaissances aux néophytes qui sollicitent son concours. Au bout de plusieurs années (variables) le formé acquiert les connaissances requises et peut être libéré par son maître.

4-3-4- La formation initiatique

A l'intérieur de plusieurs institutions initiatiques se pratique l'art médical. Il y est appris par les aînés sociaux maîtres de formation. Cet art qui intègre la connaissance spirituelle est voilée par les mystères religieux et difficiles d'accès. Comme on peut le constater, la part accessible à la formation profane et objective reste encore très réduite dans la perspective de la collaboration étroite et souhaitée entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle. Néanmoins, l'espoir est permis et sans doute que le progressif rapprochement éliminera les artifices mystificateurs au profit de la science médicale positive que détiennent nos tradipraticiens.

L'approche comparative aura permis de comprendre qu'entre le tradipraticien et le malade, les rapports sont très étroits, parce que personnalisés et humains, contrairement aux relations réifiantes de l'hôpital entre le médecin et le patient. Ici, la performance thérapeutique du guérisseur répond à une « exigence cognitive de malade. Le guérisseur aide son malade à devenir son propre médecin »⁷⁰. S'il y a à mettre en évidence des avantages comparatifs on peut poursuivre l'article de l'assistante N'Seya KABANGU qui relève que

⁷⁰ NSEYA KABANGU : « Piste pour une recherche de l'anthropologie médicale au Zaïre », in Revue, recherche pédagogie et culture – nov-déc, 1978, n° 32, p. 63

« le guérisseur essaie de pénétrer l'environnement somatique, psychologique et social du malade et l'inciter à appréhender aussi... Dans tous les cas, l'aspect psycho-social de la thérapie allie des éléments de purification, de confession et de réconciliation, en sorte que le traitement du malade, débouche sur une véritable sociothérapie qui a le groupe familial de la personne comme objet »⁷¹.

L'on pourrait poursuivre cette apologie de la médecine traditionnelle, mais il faut éviter de faux procès, inutiles et surtout dangereux pour la science et les connaissances médicales qu'elles qu'en soient les origine et les pratiques. Ce qui importe ce sont toutes les connaissances positives efficaces et qui peuvent apporter réellement la guérison aux hommes et préserver leur santé. C'est la voie et l'objectif majeur de la coopération, de la formation et de la politique de santé.

5 – LA RECHERCHE : UN VOLET DECISIF DE LA POLITIQUE SANITAIRE

La recherche qui devrait accompagner tous les secteurs de développement, y compris le développement sanitaire, est un parent pauvre ici, comme ailleurs. Compte tenu de l'option dominante de la santé en Côte d'Ivoire (option médecine curative), la recherche cède le pas aux activités de soins.

Néanmoins, elle n'est pas absente et peut être saisie à plusieurs échelons de la politique sanitaire, au moins à trois :

⁷¹ NSEYA KABANGU, op. cit., Ibid

- la formation académique sanitaire ;
- la formation doctorale ;
- la programmation sanitaire.

5-1- La formation académique

L'on peut retenir dans cette formation académique deux niveaux :
la recherche doctorale et la recherche post-doctorale.

5-1-1- La formation doctorale

Le cursus de la formation des médecins évolue du 1^{er} au 3^{ème} cycle et s'achève par une thèse de doctorat d'Etat en médecine. Cette thèse est l'objet d'une recherche de plusieurs années sur des nombreux champs et spécialités de médecine. Les travaux de recherche en fin de cycle constituent un ensemble d'informations scientifiques (études de cas, données théoriques) tous intéressants pour les sciences médicales. Ce sont ces recherches en laboratoires et en milieu hospitalier urbain et rural qui contribuent à une meilleure maîtrise de la santé.

Il faut souligner qu'en ce qui concerne la recherche en milieu rural, elle est encore plus difficile. Les raisons sont multiples. Retenons cependant trois d'entre elles :

- la submersion des médecins par les cas de maladies qui mettent en priorité l'administration des soins au détriment de la recherche ;

- l'insuffisance du personnel et l'accroissement constant du nombre de malades venant de tous les villages et sous-préfectures de la région⁷².

5-1-2- La recherche post-doctorale

Ce deuxième niveau en recherche sanitaire est domicilié à l'Université, dans les UFR en sciences médicales. Il concerne la recherche promotionnelle de carrière. Les différents grades universitaires d'Assistant, d'Assistant chef de clinique, de Maître-Assistant, de Maître de Conférences et de Professeur Titulaire de chaire, sont soumis à des publications scientifiques, c'est-à-dire à des résultats de recherche⁷³. Les produits de cet important travail sont à mettre au crédit du patrimoine des sciences de la santé. Quelle exploitation en fait-on ? Ou pourrait se le demander ? Ces résultats sont-ils régulièrement diffusés ? Dans quels organes de publication ? Le Comité Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur (C.A.M.E.S) organisme interafricain et inter-universitaire commis à l'évaluation et à la promotion des enseignants du cycle supérieur a des exigences qui contribuent à la promotion de la recherche.

5-2- La programmation sanitaire

A travers la programmation sanitaire, transparaissent des options de recherche. La longue liste des chapitres de ce programme annexé au présent document montre la multiplicité des voies de recherches à

⁷² Dans l'organisation administrative du Ministère de la Santé, les patients devraient suivre les différents étapes de cette organisation qui commence par le dispensaire villageois (ou le centre de santé) puis éventuellement l'Hôpital Général de la Sous-Préfecture ou de la Préfecture, ensuite l'Hôpital régional (CHR) si cela est nécessaire et enfin le Centre Hospitalier Universitaire, très souvent cet itinéraire n'est pas suivi.

⁷³ En ce qui concerne le grade de la maîtrise de conférence, il y a la visite de l'agrégation qui est une voie de concours, offerte aux internes des hôpitaux et la voie dite longue. Les maîtres de conférence agrégés accèdent après plusieurs publications et années d'exercice au professeur agrégé.

retenir, soit au niveau de la recherche fondamentale soit à celui de la recherche appliquée.

Les axes de soins et de préventions qui y sont implicitement mentionnés couvrent les principaux volets de la politique sanitaire en matière de santé.

Dans cette programmation, il apparaît très important, au risque de tomber dans les répétitions, que le volet prévention doit faire l'objet d'une plus grande attention. La recherche pourrait lui consacrer une part explicitement plus large, en vue de promouvoir la santé communautaire. L'Université de Bouaké, à travers l'UFR des Sciences Médicales semble ainsi avoir pris cette option qui est la voie adaptée à la médecine rurale et de base, apparemment moins onéreuse.

Au-delà de tous ces programmes de recherche académique et non académique, il importe que soient prises en compte d'autres activités de recherche portant directement sur les rendements internes et externes de la politique sanitaire. Entre autres, la recherche pourrait donner réponses aux questions suivantes :

- Comment améliorer les relations interpersonnelles dans les services ?
- Comment assurer des supervisions efficaces ?
- Comment harmoniser l'accueil des malades et les rapports
Entre soignants et soignés ?
- Comment faire pour augmenter la fréquentation des établissements
Sanitaires surtout en milieu rural ?...

Toutes ces questions attendent encore des réponses. La recherche pourrait y contribuer. Dans son ensemble, cette recherche reste à promouvoir et son champ d'action à élargir.

5-3- La promotion de la recherche vers la pluridisciplinarité

La réflexion et la recherche sur le terrain médical par un non médecin laissent entrevoir sans doute plus facilement les nombreuses interférences que d'autres disciplines pourraient avoir avec la recherche médicale

Ainsi, à côté de cette recherche ciblée en sciences médicales, il semble opportun que d'autres disciplines scientifiques participent à l'attente des objectifs du Ministère chargé de la santé, c'est-à-dire l'accomplissement de la politique sanitaire. Ce sont par exemple les sciences sociales et aussi les sciences de gestion.

5-3-1- Les recherches en Sciences sociales et humaines

« Si nous voulions être efficaces, dans une région où les problèmes étaient si cruciaux, il fallait repenser radicalement le rôle du médecin, celui du centre de santé, celui du malade, et même celui du villageois, qui n'est pas forcément malade mais qui risque de le devenir »⁷⁴.

Cette réflexion du Révérend Père Aurenche également médecin de son état, montre bien la dimension humaine de l'art médical dans son double contexte matériel et humain. La santé humaine pour n'être pas par définition une

⁷⁴ Aurenche C. : Sous l'arbre sacré (prêtre et médecin au nord Camroun), Editions du Cerf, Paris, 1987, p. 23

santé animale ni végétale, requiert beaucoup de délicatesse et de préoccupation. C'est pour cette raison que le prêtre médecin poursuit :

« L'architecture d'un centre de santé doit répondre à ce souci : ne pas opérer une coupure entre la population d'un village et l'hôpital, mais être un véritable lieu de rencontre »⁷⁵.

Partant de ces constatations qui convergent vers une santé des populations, la recherche doit promouvoir la contribution de l'anthropologie dans ses versions sociale, culturelle et religieuse (impact des croyances des pratiques rituelles et sacrificielles), la gestion des maladies depuis leurs énoncés explicatifs jusqu'aux précautions post-cures. Les approches socio-épidémiologiques sont à prendre en compte à partir des attitudes et comportements des communautés. La place de la psycho-sociologie est aussi évidente car toute maladie a son volet psychologique : l'angoisse, la peur, l'inquiétude, le microcosme des soins, l'hôpital et ses équipements, l'isolement, les langages étrangers. La philosophie transparait dans la vision du monde du malade à laquelle il faudrait se référer pour l'aider à surmonter son mal.

5-3-2- Les recherches en Sciences de la gestion

Apparemment marginales, les sciences de gestion semblent incongrues dans la santé. Mais il ne faut pas oublier que la médecine est un complexe qui se gère ; il comporte des immobiliers, des équipements, des personnels, des médicaments... Cet ensemble doit être planifié, programmé et renouvelé pour atteindre les objectifs visés. Il y a donc nécessairement un besoin d'évaluation

⁷⁵ Aurenche c. Ibid

et de contrôle que requièrent les sciences de gestion. Par rapport à l'entreprise sanitaire, c'est en termes de milliards de francs CFA que se font les investissements : constructions, rénovations, salaires, matériels roulants... Enfin la rentabilité économique de cette politique doit bénéficier du concours de comptables, d'économistes et de gestionnaires qualifiés pour estimer les rapports coûts/efficacité.

Au terme de cet avant dernier chapitre de notre étude, sur la formation et la recherche dans la politique sanitaire, il faut relever beaucoup d'insuffisances.

Le Ministère de la Santé a fait son propre bilan diagnostic dans ce domaine :

- évaluer les besoins du système de formation ;
- réformer les formations initiales ;
- renforcer la planification et la gestion de la formation ;
- développer et planifier la formation continue.

La formation et la recherche étant couplées, l'une⁷⁶ accompagnera l'autre et inversement dans un souci d'efficacité.

A travers notre recherche, nous avons butté constamment sur la question centrale de l'éducation et de la communication sanitaires. Quelles places peuvent-elles occuper dans la politique de santé ?

⁷⁶ Plan national de développement sanitaire 1996-2005 : Ministère de la Santé Publique, Abidjan, Avril 1996
T.II, pp. 38-39

Au niveau des régions qui ont servi d'observation, qu'a-t-on constaté ? Quelles contributions attendre de l'éducation sanitaire et la communication entre les partenaires de la santé ?

Conclusion du chapitre 5

La formation des personnels est effectivement un important point d'appui à la question de la gestion de la santé. Des hommes en nombre et en qualité pour investir toutes les activités de santé, sur l'ensemble du territoire national et pour toute la population, tel est l'objectif de la formation des hommes en la matière.

Certes, cet objectif reste encore un vœu, mais il doit participer pleinement à la matérialisation de la politique de l'Etat. Les obstacles dans ce domaine ne sont pas les moindres. Le nombre de plus en plus croissant des étudiants, la limitation des postes budgétaires au placement des médecins à leur sortie, sont une autre contrariété à l'action de l'Etat. La recherche qui doit accompagner la formation reste quelque peu en retrait, du fait de l'absorption du temps consacré aux activités hospitalières. La formation des tradipraticiens dans son registre traditionnel n'est pas à négliger si la médecine traditionnelle doit collaborer avec la médecine moderne pour constituer le tandem sanitaire devant élargir le spectre de la santé des populations.

N'est-ce pas à travers la formation des hommes, la recherche et l'ouverture scientifique que peuvent se poursuivre plus efficacement l'éducation et la communication comme moyens de promotion de la politique de la santé ?

CHAPITRE 6

L'EDUCATION ET LA COMMUNICATION UN MOYEN DE PROMOTION DE LA POLITIQUE SANITAIRE

- 1 – QU'EST-CE QUE L'EDUCATION SANITAIRE ?
- 2 – LA COMMUNICATION : UN PASSAGE OBLIGE
- 3 – LA PARTICIPATION : UN OBJECTIF D'EFFICACITE
- 4 – LES MASS MEDIA DANS L'EDUCATION
SANITAIRE : QUELS AVANTAGES ?
- 5 – DE LA POLITIQUE SANITAIRE AU
DEVELOPPEMENT : UN PROCESSUS INTEGRE ?

CHAPITRE 6 : L'EDUCATION ET LA COMMUNICATION : UN
MOYEN DE LA POLITIQUE SANITAIRE

L'Etat ivoirien a toujours considéré l'éducation comme une priorité de ses politiques de promotion sociale. Dans l'ordre du classement des priorités, l'éducation vient au premier rang. Elle est suivie par la santé. Le couple Education-Santé correspond donc à un tandem prioritaire. Aussi l'éducation sanitaire est elle une cible privilégiée dans le processus de formation et d'information en matière de santé publique. Telle est la position de principe de l'Etat de Côte d'Ivoire. Au-delà de ce principe, quelle est la réalité ? Quelle place l'éducation sanitaire accorde-t-elle aux familles ? Quel public touche-t-elle ? Et quel est l'impact réel de cette éducation sanitaire ?

Eduquer, implique deux rôles : aux éducateurs d'une part et aux éduqués d'autre part, séparés par l'objet d'éducation. Il s'agit dans ce mouvement bipolaire, de créer un courant d'échanges et de communication. Dans le cadre de la politique sanitaire, comment s'effectue cette communication « éducative » ? Quels en sont les supports.

Nombreuses sont les récriminations faites contre l'apathie des populations ou du moins contre leur faible participation aux soins de santé. Ce constat relevé dans les différentes régions retenues par l'enquête de terrain est surtout vérifié en milieu rural où la faiblesse des revenus paysans prédispose à cette attitude. Cependant, est-ce l'unique raison justifiant cette faiblesse de participation à la chose sanitaire ? Il revient dans les raisons évoquées par les paysans eux-mêmes, que la faiblesse ou l'inexistence des relations de

Communication entre les « partenaires » de la santé (soignants, soignés) soient une autre raison (et non la moindre) au déficit de participation.

S'il est admis que la santé est le premier bien de l'homme, l'éducation semble une voie qui conduit à ce bien dont l'itinéraire passe par deux escales importantes : la communication comme moyen d'échange et d'humanisation et la participation comme facteur de maximisation du pouvoir médical sur la santé humaine en terme de prévention et de guérison ; c'est la voie de l'éducation sanitaire.

1 – QU'EST-CE QUE L'EDUCATION SANITAIRE ?

Pour tenter de définir cette expression éducation sanitaire, il importe d'en dissocier les deux composantes : éducation, puis sanitaire. Le substantif éducation a une racine latine : Educere, qui veut dire conduire et qui a donné le verbe educare, signifiant éduquer. Ce verbe français du premier groupe signifie conduire au sens social ; communiquer, des valeurs et des normes de références individuelles et collectives, au sens psychologique,, . Former, instruire, modeler et communiquer constituent l'ossature du phénomène éducatif qui a donc une signification et une portée morale, philosophique, sociologique et psychologique. L'éducation serait un carrefour de l'humanisation s'adressant à l'esprit par l'apprentissage des valeurs et normes sociales, à la pensée et à sa maturation ; tout comme elle s'adresse à l'individu pour sa socialisation en guidant ses attitudes et comportements pour se rendre conformes aux normes arrêtées par la société.

L'adjectif qualificatif sanitaire est un épithète de «EDUCATION». En tant que qualificatif, il précise le type d'éducation en cause. Il implique et répond implicitement à des questions. De quelle éducation est-il question ? Est-ce une éducation pour la religion ? (éducation religieuse), est-ce une éducation pour la morale (éducation morale) ? ... L'adjectif sanitaire est donc un déterminant qui précise le champ éducatif en cause, il s'agit bel et bien ici, d'éducation sanitaire. Mais que veut dire sanitaire ? La racine santé qui transparaît de cet épithète, renvoie à la santé ; la santé elle-même se définissant comme un état de bien-être physique, morale et psychologique.

Ainsi l'éducation sanitaire pourrait se définir comme l'apprentissage des données, d'attitudes et de comportements en vue du maintien d'un bien-être physique, morale et psychologique.

L'éducation dans sa définition est à la fois fois une formation dans la mesure où elle vise à donner des connaissances nouvelles ou à conforter celles déjà acquises, et aussi une éducation au sens moral et comportemental. Ainsi dans ses deux versions complémentaires, l'éducation sanitaire est instruction et volonté morale d'accorder à la santé individuelle et collective une place de choix pour le savoir et le savoir-être. De fait, le principe de l'éducation sanitaire est la capacité donnée à chacun pour apporter certaines causes et/ou origines objectives des maladies et surtout les moyens de les éviter par un comportement conséquent de propreté, d'hygiène et d'attitudes appropriées. Cette éducation représente un enjeu social très important car son poids est prépondérant dans le

statut du binôme santé-maladie, c'est-à-dire la manière de promouvoir le premier membre (la santé) et celle de réduire le deuxième membre (la maladie).

Habituellement, lorsqu'on parle d'éducation, l'on représente trois entités :

- les éducateurs⁷⁷
- les lieux d'éducation ;
- l'objet d'éducation.

En matière d'éducation sanitaire, ce schéma est-il respecté?

Les réponses à ces questions vont montrer la particularité de l'éducation sanitaire et son caractère extra-scolaire.

Les structures d'information, de communication et d'échanges en éducation sanitaire apportent des réponses aux questions fondamentales à cette éducation.

Compte tenu de l'importance de cette instance de communication, il ne faudrait négliger aucune de ces structures ; qu'elle soit formelle, informelle, moderne ou traditionnelle

⁷⁷ Ici éducation et formation se confondent aussi peut on parler d'éducation sanitaire ou plutôt de formation-éducation conférant les connaissances médicales et attitudes pro-sanitaires.

Tableau n° 8
STRUCTURES D'INFORMATION , DE COMMUNICATION
ET D'ECHANGES EN EDUCATION SANITAIRE

| | MILIEU URBAIN | MILIEU RURAL |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Structures formelles | <ul style="list-style-type: none"> . Famille - Ecoles préscolaires - primaires - secondaires – centres sociaux - structures d'informations <ul style="list-style-type: none"> . Comités de santé - Clubs de service - association et sectes - Emissions télévisuelles | <ul style="list-style-type: none"> . Famille . Ecoles et centres d'alphabétisation sanitaires religieuses et radiophoniques |
| Structures Informelles | <ul style="list-style-type: none"> Affiches – émissions en Nationales - marchés - Théâtres - Sketches | <ul style="list-style-type: none"> en français et en langues locales . Assemblées villageoises . Projets de développement . Informations orales (griots) |
| Structures traditionnelles | <ul style="list-style-type: none"> . Associations ethno-culturelles . Associations nationales pour les citoyens étrangers | <ul style="list-style-type: none"> . Génération et classes d'âge-cercles de jeux . Fêtes et rassemblements rituels. |

Compte tenu de son vaste champ d'intervention, l'éducation sanitaire devra user d'une méthodologie appropriée pour toucher les groupes cibles à partir de messages également adaptés à la compréhension des populations. Il se pose alors la question de la communication, sa pertinence et son impact. Comment communiquer et faire aboutir le message de l'éducation sanitaire ?

2 – LA COMMUNICATION : UN PASSAGE OBLIGE

Où l'on parlait auparavant d'informer, on parle aujourd'hui de communiquer. En effet, dans le cadre de l'éducation sanitaire, il ne s'agit plus seulement d'informer les populations des symptômes de telles ou telles affections, ou des précautions à prendre pour les éviter. Il faut permettre à ces groupes cibles de comprendre si possible les mécanismes de certaines pathologies⁷⁸. Or pour faire comprendre, il faut expliquer et l'explication, et la compréhension engagent des discussions, des contradictions, des questions et réponses. C'est cet ensemble d'actions et de réactions qui composent le phénomène de communication qui est essentiellement fondé sur le passage des niveaux de connaissance, l'enrichissement réciproque et aussi le respect des partenaires dans les échanges.

D'ailleurs dans sa définition étymologique, communiquer ne signifie-t-il pas mettre ou avoir quelque chose en commun ? Sans doute que la problématique de l'éducation sanitaire porte sur, d'une part ce « quelque chose » à mettre en commun et d'autre part les voies, c'est-à-dire la manière et le canal par lesquels cette mise en commun doit se faire.

La communication se définit donc comme un contact, une information, mais surtout comme un processus bi ou pluripolaire. Dans ce cadre formateurs-éducateurs d'une part, individus et/ou groupes cibles d'autre part échangent et discutent de sujets d'intérêt commun.

⁷⁸ Par exemple l'éducation sanitaire en matière de lutte contre le paludisme à Kafiné dans la région de Niakaramadougou (département de Katiola), l'on a expliqué en Tagbana l'existence des anophèles, leur piqûre, l'inoculation des germes pathologiques dans le sang, la démultiplication de ces agents, les symptômes produits, les manifestations de la maladie. Les séances font l'objet de discussion et d'échanges... Jusqu'aux remèdes à utiliser, propreté, nivaquine, moustiquaire imprégnés.

Pour l'éducation sanitaire, les sujets sont la santé-maladie, la lutte contre toutes les maladies et la promotion d'une santé permanente. Il ne devrait pas avoir de relation maîtres-élèves qui insinuent des complexes de supériorité pour les uns et d'infériorité pour les autres.

Certes, il y a ceux qui connaissent et ceux qu'apprennent, mais ces statuts doivent éviter un déséquilibre psychologique des rapports qui inhibent les seconds (apprenants) et les empêchent de communiquer pour bien comprendre et mieux assimiler. Cette précaution est d'autant plus importante que généralement en milieu rural, la formation s'adresse d'abord à des formateurs, c'est-à-dire à des groupes relais, qui, à leur tour vont devoir transmettre le message après, à d'autres collectivités. Dans ce jeu de relais, si un « relayeur » prend mal le relais, il y a grand risque pour que l'objectif visé ne soit pas atteint.

Dans la chaîne de communication, il y a les moyens de communication. En premier lieu la langue. Dans quelle langue doit-on véhiculer le message sanitaire ?

Cette question a son importance car tout le monde ne parle pas et ne comprend pas la langue officielle qu'est le français. Si du côté des formateurs ce type de problème ne se pose pas, en revanche au niveau des apprenants (formés) cette question est fondamentale. Par ailleurs, les niveaux de compréhension et de locution ne sont pas identiques quand il est possible de communiquer en français. En effet, entre les scolarisés, les déscolarisés, les non scolarisés, il y a déjà de grands décalages. Par ailleurs, au niveau des déscolarisés, ces décalages existent également (niveau CM2, classes de 4^{ème} ou de Terminale...).

Il ne faut pas oublier les terminologies peu courantes de la médecine qui sont peu accessibles même « aux grands lettrés » non médicaux.

L'usage de la langue doit être étudié afin de s'assurer de la fluidité du message et aussi de son retour (feed-back) par les questions, les observations, les critiques des auditeurs.

En fait, il ne s'agit pas d'auditeurs mais de participants, car il ne s'agit pas, en séance d'éducation sanitaire d'écouter passivement, l'agent de santé. Il faut prendre part, de façon active aux échanges. L'animateur doit être pédagogiquement formé pour provoquer et tester les réactions de ces participants afin de susciter effectivement cette participation. C'est pour cette raison que la langue de communication devient un impératif. Aussi à défaut de langue de communication, la langue doit être remplacée par un langage suffisamment efficace. C'est le cas des signes, signaux et symboles susceptibles d'aider les interlocuteurs à échanger. Cette solution extrême est un moindre mal car la sémiotique comme moyen d'échange doit supporter la langue et la renforcer et non être utilisée toute seule.

3 – LA PARTICIPATION : UN OBJECTIF D'EFFICACITE

Le concept de participation renvoie à un partage. Pluriel dans son fondement, la participation est d'emblée partenariale et met en rapport plusieurs partenaires. En matière d'éducation sanitaire, la participation consiste à prendre

par ; mais à quoi ? pourquoi ? Comment ? Ces trois questions relancent l'intérêt de cette éducation spéciale en matière de santé. A quoi doit-on prendre part ?

La participation que requièrent la formation est le domaine sanitaire. Il s'agit de prendre part aux échanges, dans les discussions conduites par les agents de la santé (spécialistes, animateurs et autres personnels habitués à instruire les autres sur les questions de santé publiques et communautaire).

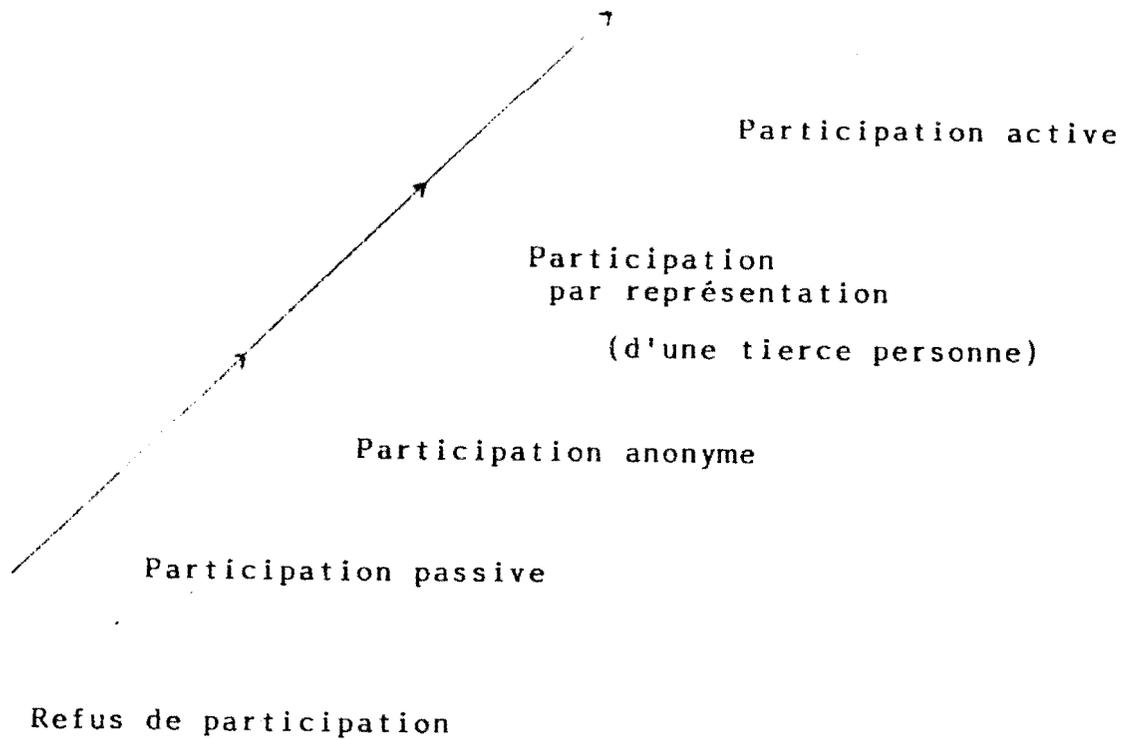
3-1- Pourquoi participer ?

Les raisons de la participation sont évidentes. Il faut participer pour s'instruire et s'informer soi-même, puis informer les autres des risques encourus et des dangers que constituent les diverses formes de maladies. Et s'informer permet de prendre des précautions pour maintenir la bonne santé. Dormir sous une moustiquaire imprégnée, vous protège des piqûres des moustiques, agents de la malaria. Être informé que la cause de la maladie de la dracunculose est d'origine hydrique et qu'il faut, soit bouillir l'eau de marigot pour la consommer une fois refroidie, soit filtrer cette eau avant consommation, soit boire seulement de l'eau du forage... est un moyen d'éviter trois à quatre mois de souffrance et d'incapacité à cause du ver de Guinée...

Participer, c'est accepter d'être informé et informer les autres et adopter des attitudes de protection active contre certaines maladies dont on connaît les modes de contagion.

3-2- Comment participer ?

La seule présence à une réunion de sensibilisation et/ou d'information sanitaire n'est pas suffisante. En effet, nombreux sont les comptes-rendus de réunion qui font état d'un nombre impressionnant de présences. En réalité cette nombreuses présence physique ne se limite qu'à une présence passive. Normalement sont ceux qui sont aux réunions mais qui n'écoutent pas ce qui se dit s ont nombreux. Ils ne posent aucune question même s'ils n'ont rien compris, soit pour ne pas paraître ridicule ; soit par désintérêt. Ce type de participation est à proscrire car il ne peut avoir d'impact sur l'action d'éducation sanitaire ni pour l'intéressé ni pour son entourage social.



La participation à l'éducation sanitaire doit viser une prise de conscience et doit être un facteur motivant pour la promotion sanitaire aux nouvelles finalités de la médecine préventive. Elle privilégie l'action préventive à l'action curative trop chère...Elle repose de ce fait sur une stratégie optimale des potentialités du milieu.

Aujourd'hui, les média jouent un rôle actif pour lui assurer une plus grande efficacité opératoire.

4 – LES MASS-MEDIA DANS L'EDUCATION SANITAIRE : QUELS AVANTAGES ?

Certes le médium humain reste le moyen de communication le plus usité en Côte d'Ivoire dans l'animation sanitaire. Mais il demeure insuffisant. Sa portée est limitée et le message peut subir par la voie de la mémoire et de l'oralité, des modifications plus ou moins importantes. Aussi avec les nouveaux moyens de communication, l'on peut améliorer les canaux de transmission et de retransmission de l'information sanitaire.

Parmi ces canaux, citons :

- la radiodiffusion ;
- les journaux ;
- les dessins animés ;
- la télévision ;
- le théâtre...

4-1- La radiodiffusion reste un des médias les plus puissants en matière de diffusion des informations. D'abord, parce que les postes à transistors ont pénétré toutes les concessions en ville et toutes les campagnes en milieu rural. Il n'est pas rare sur les pistes de champ, de voir le paysan aller ou venir du travail, le poste à transistors en bandoulière. Puis ces types d'émissions sont couramment diffusés en plusieurs langues nationales⁷⁹. Avec la toute récente libéralisation des radios de proximité, de nombreuses stations régionales sont opérationnelles et participent déjà à cette promotion sanitaire en langues nationales⁸⁰.

4-2- La presse écrite a un impact encore très faible du fait de l'analphabétisme. Néanmoins, sa contribution n'est pas moins importante pour certains lecteurs relais. Par lecteurs relais, il faut entendre ceux qui lisent et donnent à leur tour aux autres dans un cadre formel (coopérative, association, club...) ou informel, des informations.

4-3- Les bandes dessinées font partie des messages graphiques (écrits). Les exemples de ce médium sont rares ; mais ils existent. Ils pourraient être ultérieurement amplifiés du fait de l'accroissement de l'alphabétisation.

4-4- La télévision a un impact très fort sur les téléspectateurs. Mais le volume de ceux-ci est réduit. Les émissions comme Chroniques plurielles, Connais-tu mon beau pays, le Passé au Présent et surtout Forum de la santé sont

⁷⁹ Slogan de santé en Baoulé, Bété, Malinké, Senoufo, Koulango, Yacouba, Gouro, Attié...

⁸⁰ C'est le cas de radio Sanwi à Aboisso, Radio Tchoyasso à Adzopé, Radio des 18 montagnes à Man, Radio de l'indénié à Abengourou... A Abidjan, les communes comme Port-Bouët, Yopugon dispose de leurs programmes radiophoniques.

très porteuses et peuvent être listées au chapitre de promotion de la santé publique et de contribution à l'éducation sanitaire.

Certes ces derniers média, bien qu'utiles, présentent des limites majeures, l'impossibilité d'échanges directs, donc de participation active (discussion, questions). Cependant, ils restent utiles pour « participer » à l'éducation et à la formation sanitaire sous ses angles variés et complémentaires⁸¹.

4-5- Le théâtre

En tant que forme de représentation scénique à vocation populaire, le théâtre peut être un moyen efficace d'information et de sensibilisation en matière d'éducation sanitaire.

Les formes comiques ou tragi-comiques des pièces présentées peuvent éveiller les consciences et sensibiliser les communautés rurales et urbaines sur les précautions à prendre, les comportements négatifs à bannir et les habitudes positives à prendre en vue de la réduction des signes de maladie.

Les sketches de « Dimanche Passion » à la première chaîne de la Radiodiffusion Télévision Ivoirienne contribuent, sur des thèmes diversifiés, à cette sensibilisation populaire. Les langues et langages qui doivent être d'accès direct pour les spectateurs et auditeurs devraient faciliter la pertinence et l'efficacité de ce médium de sensibilisation.

⁸¹ D'autres supports didactiques comme le flanellographe, les dispositifs, la photographie, les films et les transparents sont à mettre à contribution pour une pédagogie active.

L'éducation sanitaire requiert une pédagogie ouverte. Cette pédagogie doit préparer l'apprenant à s'amuser en apprenant surtout dans ce domaine délicat de la santé où rien n'est acquis définitivement, la maladie pouvant survenir à tout moment.

C'est ici que l'éducation sanitaire s'estompe un peu pour faire place à une éducation de base élargie. C'est en cela que la pédagogie ouverte doit viser non la spéculation sur les sciences médicales mais être plutôt « une pédagogie du vécu, de mise en situation, une pédagogie orientée vers la résolution des problèmes » concrets de santé.

N'est-ce pas cette ouverture qui met l'éducation (tout court) au confluent du développement sanitaire économique, social et culturel ?

5 – DE LA POLITIQUE SANITAIRE AU DEVELOPPEMENT : UN PROCESSUS INTEGRE ?

Il est connu que la santé est source de la valorisation des ressources humaines qui déterminent à leur tour le développement. Ainsi le binôme santé et développement est à la base de toutes les recommandations internationales auxquelles la Côte d'Ivoire a souscrit depuis l'adoption de la stratégie des Soins de Santé Primaire (SSP) adopté à ALMA-ATTA en 1978.

Il y a eu entre autres le colloque de développement sanitaire des Etats africains en 1981, puis l'initiative de Bamako en 1987, ensuite la Conférence

Régionale sur la Maternité sans risque en 1989 ; la charte de développement de l'enfant en 1990 ; la Conférence Internationale sur la population et le développement ; le sommet mondial sur le développement sanitaire, adopté par la Côte d'Ivoire et qui veut être une référence d'appui à la santé, garant du développement . « Le développement conçu comme un processus de transformations socio-économiques, culturelles et environnementales, qualitatives et quantitatives est conditionné par la bonne appréhension de la loi de transformation des changements quantitatifs en changements qualitatifs. Le caractère progressif, graduel et le saut quantitatif sont des aspects à considérer dans la stratégie de développement »⁸².

Cette pertinence de la perception du développement implique la santé. Or cette santé des hommes est au cœur des aspects quantitatifs et qualitatifs et conditionne toute stratégie, c'est-à-dire que la santé humaine est la clé de ce développement. Les idéologies politiques, sociales, économiques et religieuses qui traversent le développement à travers théories et praxis prennent toutes appui sur la condition première et implicite qui est la santé. Les nombreuses conceptions comme développement durable, développement intégré, développement auto-centré... offrent de belles pages de littérature lyrique, politicienne et économique mais aucune d'entre elles ne semble ignorer la question incontournable de la santé. Même si celle-ci est oubliée, elle s'impose comme le levier de l'existence qui donne sens à la pensée et à l'action, exprimées en projets et/ou programmes de développement. La santé est certes primordiale, même s'il ne faut pas tout ramener à elle, il faut dire que tout part d'elle. Il faut toute fois en abordant son champ d'analyse, à travers l'éducation et la communication se dire que les réalités du monde africain (donc ivoirien

⁸² Camara B. : Savoir co-devenir, contribution à une nouvelle philosophie de l'éducation à l'aube du 3^{ème} millénaire UNESCO-Dakar, p. 76.

aussi) sont faits de complexités et d'interférences entre plusieurs facteurs qui décommandent le réductionnisme surtout intellectuel. Notre champ géographique et sociologique, les régions de la Côte d'Ivoire sous l'angle de la politique sanitaire, nous ont instruit sur une attitude d'humilité à observer.

Conclusion du chapitre 6

Le sigle I.E.C (Information –Education- Communication) est devenu un sigle fétiche pour toute opération d'envergure sociale et populaire en matière de sensibilisation. Très usité dans le système des Nations Unies (UNICEF-PNUD-OMS-FUNAP-ONU-SIDA...) l'IEC s'avère aujourd'hui une référence incontournable. Il faut informer, pour mieux éduquer et faciliter la communication afin de requérir mobilisation et participation. L'éducation sanitaire qui est l'objectif en la matière, passe par des supports médiatiques divers tel que la télévision, la radiodiffusion et tous les autres supports adjuvants pouvant servir de canaux efficaces au transfert du messages, griots, chefs religieux, clubs culturels, classes d'âges, pièces théâtrales. La prévention sanitaire qui est au bout de cette démarche recommande l'IEC comme salaire (prix à payer) pour un développement sanitaire durable.

Conclusion de la troisième partie

De cette dernière partie, précisément de l'information, de la communication, de l'éducation et de la recherche au service du développement (dont le développement sanitaire), plusieurs questions se posent. Comment passer de l'état d'ignorance à celui de la connaissance dans les communautés urbaines et rurales d'Abidjan, de Bouaké, d'Abengourou, de Korhogo et de Bondoukou ? Comment conclure la forme du message et son acception ? Quel canal de transmission privilégier ? Autant de questions dont les réponses sont difficiles à trouver.

Dans la perspective systémiste, il y a ces rapports interdépendants entre les différents paramètres du développement qui en constituent les sous-systèmes. Les interactions de ces sous-systèmes dans le macro système société ivoirienne s'organisent en dynamique du changement. Les recherches de terrain ont permis d'illustrer ce systémisme à la fois à ces différents niveaux structurels et fonctionnels. Par exemple le processus de guérison qui part de la divination avec les SANDOHO (devins Sénoufo) pour se poursuivre chez le guérisseur, au centre de santé et au centre hospitalier implique les questions de transport, de véhicule, d'état de la route, de moyens financiers, d'ordonnances, de communication en langue française, d'accueil par les services hospitaliers... Cette approche systémique n'est qu'un aperçu des autres approches méthodologiques complémentaires, elle nous renvoie non seulement à l'intérêt de cette thèse mais elle montre nos propres limites.

Au terme des analyses et réflexions étalées sur ces trois parties et ses six chapitres que faut-il alors conclure ?

La conclusion de la troisième partie sera prolongée par une autre étude de cas impliquant les mass-média par la formation, l'information et la communication. Pour ce faire, référons-nous à l'enquête C.A.P (Connaissances, Attitudes et Pratiques) réalisée par le Professeur Hugues Koné du cercom et intitulée « l'IEC en matière de SIDA pour les jeunes : le cas de l'Université nationale de Côte d'Ivoire ».

Cette étude présentée aux premières journées nationales de lutte contre le SIDA tenues à Abidjan du 16 au 18 novembre 1992 est articulée en deux parties : l'enquête CAP de base d'une part et les stratégies de communication d'autre part.

L'enquête de base comporte trois aspects :

- les connaissances sur le SIDA
- les croyances et les attitudes
- la communication.

En ce qui concerne la stratégie de communication, elle comporte trois dimensions :

- les objectifs
- les messages
- les médias.

I – L'ENQUÊTE CAP DE BASE

Dans un projet d'IEC, l'enquête CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques) de base a généralement pour objectif de donner une image satisfaisante de ce que la population cible du projet, sait, pense, croit dans le domaine d'intervention considéré, de ses pratiques antérieures au projet ainsi que de son expérience et de ses préférences en matière de communication. Cette image constitue l'information fondamentale pour développer une stratégie de communication appropriée. Elle constitue également une base de comparaison avec les résultats de l'évaluation. On peut alors vérifier avec plus de certitude si le projet, à son terme, a atteint les objectifs fixés au départ ou non.

L'échantillon théorique représente 2,5 % de l'ensemble de 22 263 étudiants inscrits à l'UNCI au cours de l'année 1989-1990 soit 556 personnes choisies dans toutes les facultés selon la méthode des quotas. Mais en définitive 402 questionnaires ont été utilisés pour l'analyse des données. Les femmes représentent 20 % de cet échantillon ce qui correspond à peu près à leur poids réel parmi les étudiants.

1.1. Les connaissances sur le SIDA

Les connaissances relatives au SIDA chez les étudiants sont réelles.

. 97,3 % ont pu donner la signification du sigle SIDA et 72,3 % celle du VIH ou HIV ; 77 % savent que la maladie détruit le système immunitaire de l'individu infecté et 94,3 % indiquent bien que c'est un virus qui en est la cause et non pas une bactérie, un parasite ou un microbe.

. Les modes de transmission sont les suivants :

| | | |
|-----|--------------------------------------------------------|--------|
| 1- | Par transfusion d'un sang contaminé | 97,8 % |
| 2- | Par rapports sexuels avec une personne contaminée..... | 96,3 % |
| 3- | Par injection faite avec une aiguille contaminée..... | 95,3 % |
| 4- | Avec des partenaires multiples..... | 71,4 % |
| 5- | Par le lait maternel d'une mère contaminée..... | 38,1 % |
| 6- | Par les piqûres de moustiques | 7,2 % |
| 7- | De la mère contaminée au fœtus..... | 7,2 % |
| 8- | Par la salive..... | 4,7 % |
| 9- | Par des instruments non stérilisés..... | 3,2 % |
| 10- | En mangeant avec une personne infectée | 0,7 % |
| 11- | Par la sueur et par les larmes | 0,5 % |

On observe une connaissance médiocre du mode de transmission mère-enfant et la subsistance de connaissances erronées telles que la transmission par les piqûres de moustiques.

. Près de $\frac{3}{4}$ des enquêtés affirment qu'il existe des signes qui leur permettent de reconnaître un sidéen : il s'agit de la diarrhée et de l'amaigrissement (66,4 %), de tâches sur la peau, de la perte d'appétit, de la présence de ganglions (37,6 %) et de la fatigue (14,7 %).

. L'infection à VIH est établie par un examen de sang selon 97 % des enquêtés, par un examen de sperme (0,7 %) ou de salive (0,2 %).

. Le CNLS a été spontanément cité par 44,3 % des enquêtés comme l'organisme chargé de coordonner la lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire ce qui est appréciable après seulement deux années d'existence de cet organisme.

. Alors que neuf étudiants sur dix pensent que le séropositif peut transmettre la maladie, ils ne sont que 7 sur 10 à penser que le porteur sain peut également la transmettre démontrant ainsi une mauvaise compréhension du deuxième concept.

. 95 % des étudiants pensent que le SIDA n'est pas une fatalité et qu'on peut l'éviter. Les moyens pour l'éviter qui ont été spontanément cités sont :

- le condom.....73,4 %
- la fidélité38,8 %
- l'abstinence35,6 %
- les objets stérilisés 23,4 %
- Dieu..... 1,5 %

1-2- Les croyances et les attitudes

On peut avancer que les étudiants ont une conscience réelle du SIDA puisque pour près de quatre enquêtés sur cinq, c'est la maladie la plus redoutable à laquelle l'humanité est confrontée, loin devant le paludisme 51,64 %) et le cancer (4,2 %). Une proportion équivalente affirme être très convaincue de l'existence du SIDA mais un peu plus d'un étudiant sur cinq demeure sceptique ou peu convaincu de cette réalité.

Toutefois, les étudiants estiment que l'infection à VIH est plus importante en Côte d'Ivoire en général qu'en milieu étudiantin comme s'ils voulaient éloigner d'eux cette maladie, créer avec elle une distance psychologique (cf tableau suivant).

Tableau 1 : Perception de l'ampleur de la maladie selon le cadre

| Degré de gravité | En Côte d'Ivoire | Milieu étudiantin |
|------------------|------------------|-------------------|
| Inexistante | 0,7 % | 1,7 % |
| Peu alarmante | 11,9 | 29,4 |

| | | |
|-----------------|-------|-------|
| Assez alarmante | 56,7 | 28,6 |
| Très alarmante | 23,4 | 7,5 |
| Ne sait pas | 5,7 | 31,6 |
| TOTAL | 100,0 | 100,0 |

En ce qui concerne l'origine tant controversée de la maladie, si deux étudiants sur cinq avouent leur ignorance, un sur trois la situe aux Etats-Unis, 15,4 % l'attribuent au singe, 6,7 % à l'Europe et seulement 5,2 % à l'Afrique.

Selon les étudiants certaines catégories de personnes sont plus exposées au SIDA que d'autres. Ce sont :

| | |
|----------------------------------------------|--------|
| - les prostituées | 96,3 % |
| - les coureurs de jupons | 88,8 % |
| - les homosexuels | 87,1 % |
| - les partenaires infidèles | 81,8 % |
| - les toxicomanes | 73,6 % |
| - le personnel médical | 16,2 % |
| - les malades en général | 10,9 % |
| - les gens fidèles | 4,2 % |
| - les utilisateurs de préservatifs | 1,7 % |
| - ceux qui s'abstiennent de rapports sexuels | 1,0 % |

Il ressort donc nettement que le SIDA est associé aux rapports sexuels et à la toxicomanie.

Les étudiants, nous l'avons dit plus haut, pensent que l'on peut éviter le SIDA en prenant des précautions. C'est le cas de la fidélité dont l'efficacité est tout à fait sûre 2/5 en moyenne pour la moitié d'entre eux.

Neuf étudiants sur dix sont persuadés que le SIDA est incurable à l'heure actuelle mais qu'un remède efficace sera disponible d'ici 5 ans (32,6) dans 6 à 10 ans (29,1 %) voire plus tard (7,5 %). Seuls 8,7 % pensent que la guérison est actuellement possible grâce à l'AZT et surtout par la grâce de Dieu.

En ce qui concerne le test de dépistage du VIH, il ressort que seulement 7,7 % des enquêtés l'ont subi 45,3 % de ceux qui ne l'ont pas subi accepteraient de le faire, les autres pas. Ces réfractaires préfèrent ne pas savoir (31,6 %), d'autant plus qu'il n'existe pas de traitement à l'heure actuelle (16,7 %), par peur (16,7 %), parce que le test n'est pas fiable (12,7 %) ou qu'il est coûteux (7 %). En gros, les étudiants préfèrent ne pas savoir s'ils sont séropositifs ou pas, les étudiantes un peu plus que les étudiants.

Quelles sont les attitudes des étudiants face aux sidéens ?

. les enquêtés suggèrent qu'on les prenne en charge dans les centres de santé (80,1 %), qu'on les accepte et les insère (4,5 %). Cependant 15,2 % pensent qu'il faut les isoler, les éliminer (6 %) ou les remettre à leurs parents (3,7 %). Pour deux étudiants sur cinq il faut renvoyer chez eux les étrangers sidéens.

. Devant un sidéen, les étudiants éprouvent surtout l'envie de l'aider (59,7 %) ou de la pitié (50,5 %). Une minorité éprouve de l'indifférence (6,5 %), du dégoût ou de la répulsion (1,7 %) et 3 % pensent que c'est une punition de Dieu.

. S'ils apprenaient que leur partenaire sexuel était infecté, un tiers des enquêtés romprait avec lui/elle ou arrêterait d'avoir des rapports sexuels avec lui/elle. Les autres ne rompraient pas et utiliseraient le condom (30,1 %) lui apporterait un soutien moral (24,1 %) et même continuerait d'entretenir des rapports sexuels non protégés avec lui/elle (4,5 %).

. S'ils apprenaient qu'ils étaient eux-mêmes atteints, trois sur dix se résigneraient, un quart pratiquerait l'abstinence sexuelle, un cinquième se ferait traiter médicalement, un sixième se suiciderait et un sur dix se confierait à Dieu. Un sur six refuse même d'y penser. Ce sont les filles qui pensent le plus au suicide (41,1 % contre 16,5 %).

Les étudiants, comme d'autres catégories de la population, éprouvent donc des angoisses face au SIDA s'il devait les toucher personnellement ou de très près. Toutefois neuf sur dix affirment être prêts à participer à la lutte contre le SIDA :

- en diffusant des informations pour sept sur dix
- en évitant d'avoir des partenaires multiples (62,4 %)
- en apportant un soutien moral aux malades (42 %)
- en faisant de la recherche (17,9 %).

Seuls 3 % s'estiment incompetents ou n'ont pas de temps pour cela (2,5 %). Les étudiants peuvent donc être des acteurs, des alliés dans la lutte contre le SIDA.

Enfin, il importe de noter que :

. 82,8 % des enquêtés souhaitent que les condoms soient distribués gratuitement dans les cités universitaires ; seuls 7,7 % pensent qu'ils doivent y être vendus et 2,7 % qu'ils doivent y être interdits ;

. pour freiner la propagation du SIDA en Côte d'Ivoire, il faut informer la population et distribuer des condoms (68,7 %), interdire la prostitution et promouvoir la fidélité (28,1 %), isoler les sidéens (15,2 %) et prier Dieu (6,2 %).

1-3- Les comportements

'L'expérience du SIDA est effective puisque un étudiant sur six connaît personnellement un sidéen et qu'un sur trois connaît personnellement quelqu'un qui est mort du SIDA.

82,3 % des enquêtés affirment prendre des précautions particulières depuis l'apparition du SIDA contre 17,2 % qui n'en prennent pas.

Tableau 2 : Précautions prises par les étudiants

| Précautions | Ensemble | Etudiantes | Etudiants |
|--------------------------|----------|------------|-----------|
| - Utilisation de condoms | 59,2 % | 38,7 % | 75,9 % |
| - Fidélité réciproque | 47,0 | 80,6 | 49,3 |
| - Hygiène rigoureuse | 33,8 | 50,0 | 37,2 |
| - Abstinence totale | 12,9 | 9,7 | 16,3 |

On constate que les étudiantes pratiquent davantage la fidélité réciproque et que les garçons font plus largement usage du condom.

Le nombre de partenaires sexuels au cours des six mois précédant l'enquête apparaît dans le tableau suivant il va de 0 à 8 et plus.

Tableau 3 : Nombre de partenaires sexuels par étudiant

| Types | Aucun | Un | Deux | Trois | 4 et plus | NR | Total |
|--------------------------|--------|------|------|-------|-----------|-----|-------|
| Partenaires occasionnels | 57,0 % | 15,2 | 9,7 | 3,5 | 7,8 | 6,7 | 100 |
| Partenaires habituels | 14,9 % | 54,0 | 16,7 | 6,0 | 4,8 | 3,4 | 100 |

Compte tenu de l'efficacité prouvée du condom dans la protection contre l'infection à VIH, nous avons voulu en savoir davantage sur ce moyen (84 % des étudiants disent lui faire confiance dans ce domaine).

. 25, 1 % des enquêtés ne l'utilisent jamais, 9,5 % l'utilisent rarement, 25 % quelquefois, 20,9 % assez souvent et seulement 13,4 % systématiquement.

. Ceux qui l'utilisent le font pour se protéger eux-mêmes avant tout , (57 %) pour protéger leur partenaire (21,4 %) ou pour éviter une grossesse (34, %).

1-4-La communication

Les étudiants ont-ils accès à l'information sur le SIDA, la recherchent-ils, par quels moyens et que veulent-ils savoir, voilà autant de questions sur lesquelles nous avons tenté d'obtenir des réponses.

Les sources d'information grâce auxquelles les étudiants ont pu entendre parler du SIDA sont les suivantes :

| | |
|-----------------------------------------|--------|
| - les journaux | 80,3 % |
| - spots à la télévision | 57,5 % |
| - spots à la radio | 53,2 % |
| - conférences, exposés | 47,0 % |
| - affiches placées aux carrefours (1989 | 43,3 % |
| - brochures, dépliants | 40,0 % |
| - chansons | 36,3 % |

Alors que la presse écrite vient en tête des sources d'information sur le SIDA, les moyens par lesquels les étudiants souhaitent être informés sont par ordre d'importance la télévision (63,7 %), les conférences et causeries (60,7 %), la presse écrite (52,7 %), la radio (49,3 %), les cours (36,8 %) et les dépliants (21,9 %).

En ce qui concerne la communication interpersonnelle, 9 étudiants sur 10 parlent du SIDA autour d'eux, en particulier avec des amis (72,4 %) et plus rarement avec un médecin (30,3 %), un parent (20,1 %), un religieux (9,2 %) ou un agent de santé (9,2 %).

D'ailleurs, la personne en qui ils font le plus confiance pour leur donner des conseils en matière de santé sont le médecin (91,8 %), le paramédical (22,6 %), les parents (8,7 %), les religieux (8,5 %) et les amis (8,2 %). En résumé, c'est avec leurs amis qu'ils discutent le plus du SIDA mais c'est au médecin et dans une moindre mesure à ses assistants qu'ils font le plus confiance.

Enfin, le besoin d'information sur le SIDA est exprimé par neuf étudiants sur dix notamment sur l'évolution de la recherche (80,3 %) sur les modes de prévention (46,3 %) et sur l'épidémiologie (40,8 %).

En résumé l'enquête CAP fait ressortir :

- . Une bonne connaissance générale du SIDA et de ses modes de transmission à l'exception du mode mère-enfant mais la subsistance de quelques rumeurs telles que la contamination par les piqûres de moustiques et d'erreurs comme celle qui fait apparaître le porteur sain comme moins contagieux que le séropositif.

- . Que le condom est connu pour son efficacité dans la protection contre l'infection à VIH mais que son utilisation n'est pas encore systématique puisque seulement 34,3 % l'utilisent assez souvent ou systématiquement ;

- . que les étudiants sous-estiment leur vulnérabilité à l'infection, s'estiment moins touchés que le reste de la population. Un enquêté sur cinq doute même de la réalité du SIDA ;

- . que l'angoisse face au SIDA est réelle (peur de subir le test de dépistage et d'apprendre qu'on est séropositif, proposition visant à isoler ou à éliminer les sidéens et à renvoyer chez eux les étrangers infectés, décision de rupture s'il l'on s'aperçoit etc). ;

- . qu'il existe une volonté de participer à la lutte contre le SIDA par la recherche, la diffusion des informations et le soutien moral aux malades ;

- . l'existence d'un désir de s'informer davantage sur ce fléau ;

- . que les pratiques sexuelles à risques subsistent à travers le nombre de partenaires sexuels des six derniers mois précédant l'enquête.

II- LA STRATEGIE DE COMMUNICATION

A la lumière des résultats de l'enquête CAP, la stratégie qui s'est dégagée peut se résumer en quatre points.

1- Les objectifs

Accroître sensiblement (de moitié) la proportion d'étudiants utilisant régulièrement les condoms au bout de deux ans.

- . Amener les étudiants à prendre conscience du fait que le SIDA est une menace réelle, autant pour eux que pour le reste de la population.

- . Renforcer les connaissances sur les différents modes de transmission et modes de prévention du SIDA.

2 – Les messages

En l'absence de résultats plus précis permettant de confectionner les messages, les étudiants en sciences et techniques de la communication ont choisi d'insister sur les messages suivants :

- . Le condom est le meilleur moyen de protection contre l'infection VIH d'origine sexuelle à l'heure actuelle. Il faut donc en faire un usage courant.

- . Le SIDA concerne et menace également les étudiants, les garçons comme les filles.

- . Il existe trois modes royaux de transmission du VIH : la voie sanguine, les sécrétions sexuelles et la voie mère-enfant.

- . Une bonne hygiène et la fidélité réciproque entre partenaires sexuels constituent les modes de préventions satisfaisants.

2- Les médias

Les étudiants ont un bon contact avec la presse écrite, la radio, la télévision et les conférences et un penchant pour ces médias comme sources d'information. Malheureusement, les mass media ne peuvent pas être utilisés pour toucher une population aussi spécifique. Il a donc fallu opter pour les médias de groupe dont la diffusion peut être circonscrite et maîtrisée par l'équipe du projet, à savoir les dépliants (ils présentent des caractéristiques proches de celle de la presse écrite), les affiches (qui empruntent à la télévision l'image, et la couleur) et les cycles de conférences.

Les maquettes de deux dépliants et de deux affiches ont été réalisées par les étudiants en MSTC.

. Le premier dépliant a pour titre « Etudiants, Etudiantes, le SIDA nous concerne aussi ». Il rend compte de l'enquête CAP et fait la promotion de la prévention et de ses modes.

. Le second dépliant est consacré à la promotion du condom : qu'est-ce que le condom, quelles sont les caractéristiques des condoms les plus courants dans les pharmacies du pays et comment utiliser correctement un condom.

. La première affiche vante « La capote, la seule protection efficace contre le SIDA ». Un couple s'abrite derrière un bouclier sorti d'un condom contre lequel viennent se heurter les VIH.

. La seconde affiche conseille « La fidélité, rempart contre le SIDA ». Elle représente un couple abrité sur un mirador que les VIH tentent vainement de prendre d'assaut.

A la suite d'un prétest, les affiches ont été définitivement adoptées et viennent d'être imprimées à 7.000 exemplaires chacune. Il reste à prétester et à produire les dépliants et à élaborer un plan d'action (distribution du matériel d'IEC cycle de conférences ...).

Pour l'instant, les affiches ont été remises au CNLS et (quelques unes ont déjà été mises à la disposition de groupes de jeunes.

Enfin, une évaluation est prévue pour mesurer l'impact de ce mini-projet.

En conclusion, ce projet présente la caractéristique d'être mené de bout en bout par des étudiants pour d'autres étudiants et cela dans le respect des règles minimales de l'art.

Son déroulement a malheureusement subi les aléas de l'environnement, l'instabilité de l'institution universitaire en particulier. Malgré cela, il nous semble constituer une contribution digne d'intérêt dans le cadre de l'effort national visant à freiner la propagation du SIDA.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

Si l'on conçoit la politique de la santé comme un ensemble d'options et d'orientations définies au plan national pour assurer le maintien et l'amélioration de l'état de santé ; alors on peut convenir d'une politique clairement affichée des pouvoirs publics en Côte d'Ivoire.

Des différents plans quinquennaux de développement économique, social et culturel de 1970 à ce jour la politique de la santé n'a cessé de présenter les grandes options de l'Etat en matière de santé.

Depuis 1994 qu'à commencé cette recherche, les journées-bilans du Ministère de la Santé Publique ont été régulièrement suivies . Ces journées qui regroupent les principaux responsables du département de la santé dressent des bilans sans complaisance. Cette méthodologie semble conforme au suivi-évaluation de la politique sanitaire, puisqu'elle permet de corriger les insuffisances dans les différents secteurs de la santé. Ainsi les nombreux déterminants impliqués par cette politique sont passés en revue en vue d'un état de lieux et d'une valorisation pour la poursuite des objectifs sanitaires

Parler de politique de santé, c'est toucher au système de santé. Or qui dit système de santé, parle d'un ensemble d'éléments et d'interactions concernent l'amélioration de la santé humaine.

Notre recherche qui a impliqué l'organisation administrative et structurelle a examiné les contradictions et les incohérences de cette politique sanitaire ; les déséquilibres d'équipements, d'infrastructures de ressources humaines entre villes et campagnes. Elle a couvert et exploité les attitudes et comportements des populations face aux systèmes socio- sanitaires.

Les soins de santé qui mettent en évidence les pratiques de conquête et de restauration de la santé ont été examinés de façon critique. Aussi les différents niveaux d'intervention ont-ils été inventoriés avec leurs particularités (avantages et limites (du niveau primaire et périphérique au niveau tertiaire et élitiste en passant par le niveau moyen du "standing" régional).

Ces examens nous conduisent à une réflexion qui pourrait être un prolongement ultérieur de ce travail à propos de l'urbanisation et de la santé d'une part et à propos de la régionalisation et de la santé d'autre part.

Les regards croisés sur la santé montrent la complexité de ses origines, causes et les modalités de sa gestion :

- la pauvreté sous le couvert de l'économie traduite en emploi, pouvoir d'achat et moyens de participer aux soins de santé ;

- l'ignorance traduisant la méconnaissance de certaines précautions élémentaires d'hygiène, analphabétisme, absence de poste de radio à transistors, et de poste de télévision. Comment accéder aux slogans et conseils d'éducation sanitaires ;

- l'habitat précaire des bidonvilles marginalisant le citoyen, complique son statut sanitaire en l'exposant aux nombreuses pathologies de son milieu de vie ;
- la désintégration sociale traduite en milieu urbain par le fléchissement de certains réseaux de solidarité traditionnelle qui livre l'individu à lui-même.

La clé de voûte qui est l'économique indique que si le revenu baisse, la socialisation s'affaïsse et l'isolement grandit et renforce le déroulement économique. "C'est donc un facteur de paupérisation qui se traduit par des traumatismes biologiques individuels (maladie, et mort) ."

La politique sanitaire devra de plus en plus considérer les milieux urbains comme pathogènes et reconsidérer leur "traitement spécial" en vue de mieux assurer à tous ceux que la ville a attirés un minimum de couverture sanitaire et des possibilités réelles à accès aux soins de santé primaires.

De la régionalisation et de la santé communautaire

Il y a, par ailleurs, lieu d'espérer qu' avec le processus de régionalisation avec la récente loi de réorganisation territoriale, l'autonomie de ces entités géographiques qui sera administrative, politique, économique, apportera une participation significative à la politique de santé publique.

prospérité

Les conseils régionaux s'emploieront sans doute à relever les insuffisances du dispositif sanitaire et à prendre des mesures appropriées pour remédier aux déficiences de ce secteur. C'est ici le lieu de souligner qu'à côté du secteur de santé publique au sens conventionnel du terme, il y a le secteur de santé privée et un troisième secteur, celui de la santé communautaire.

Le Secteur de la santé publique qui est "l'affaire de l'Etat" est populaire. Ses infrastructures et équipements sont les plus fréquentés CHU-CHR Hôpitaux généraux Dispensaires, Maternités, Centres de PMI...

Il répond à un des droits fondamentaux du citoyen : le droit à la santé. De ce fait, il est une des obligations de l'Etat face aux populations. Devant la croissance rapide de la population et d'une urbanisation accélérée, ce secteur se trouve dans un malencontreux paradoxe : plus on construit d'infrastructures sanitaires, plus il en manque.

Le secteur de la santé privée Comme apport additionnel aux efforts du secteur public ; le secteur sanitaire privé se situe à un niveau ségrégatif. Les cliniques sanitaires privées, les structures d'analyses biologiques privées, infirmeries, maternités, centres radiographiques pratiquent des tarifs élevés pour la majorité de la population. Comparativement aux "prix" affichés dans les formations sanitaires publiques. Le "privé" coûte cher.

Aussi est-il réservé "à ceux qui ont l'argent". Par ailleurs, à tort ou à raison, ces formations ont bonne réputation dans leurs rapports avec les malades et leurs parents. Ce facteur psychologique non négligeable interpelle les praticants du "Public". Entre ces deux extrémités de la politique sanitaire, émerge de plus en plus une troisième espèce : le secteur de santé communautaire..

Le secteur de santé communautaire

Par santé communautaire, il faut entendre l'organisation d'un système de santé dont la promotion est assurée par et pour une communauté donnée (quartier ,village, canton...) ou entreprise, association, coopérative...

De l'urbanisation et de la santé

L'urbanisation reste une donnée incontournable dans la gestion de la politique sanitaire. En effet, avec le développement du processus urbain, de nombreuses maladies "nouvelles" apparaissent à la suite de l'industrialisation (produits chimiques et toxiques ; fumée des usines). Par ailleurs la prolifération des sous quartiers précaires et insalubres favorise par l'absence et l'insuffisance d'hygiène, l'émergence de pathologies (l'insalubrité nids de moustiques, tas d'ordures ménagères putréfiées, les proliférations de cafards, de rats ,de mouches vecteurs de microbes.)

"Se trouvant à l'interface du sous-développement et de l'industrialisation, les pauvres des villes sont exposés aux maladies de part et d'autre sans retirer les avantages d'aucun côté."¹

Il faut souligner le cas spécifique d'Abidjan véritable mégapole abritant à elle seule 17,8 % de la population totale et près de 47,7 % de la population urbaine.. "Le déséquilibre du réseau urbain lié à la macrocéphalie Abidjanaise fait de la capitale économique du pays un espace déficitaire sans plusieurs rapports : insuffisance des équipements socio-sanitaire ; développement des quartiers précaires dû à la crise du logement ; recrudescence de la criminalité et des nuisances de divers ordres, sont autant d'entraves à l'épanouissement individuel et collectif (1)²

C'est à travers l'examen critique des soins de santé qu'ont surgi les idéologies pathogènes avec les tradipraticiens et leur concurrence face à la médecine moderne.

La formation qui est la clé de voûte d'une santé moderne a aussi ses points de lumière et ses points d'ombre. Au delà de trois grandes parties qui structurent ce travail en six chapitres continus, il faut situer notre modeste contribution à trois niveaux :

- d'abord à celui de la représentation de la santé et celle de la maladie étudiées à partir de chacune des étages de la pyramide sanitaire ;

- puis les relations psycho sociologiques à l'hôpital et dans les centre de santé à partir de certains cas d'espèces régionaux à Korohogo ,à Bouaké et à Bondoukou notamment ;

²1) Ministère délégué auprès du Premier Ministre, chargé du Plan et du Développement Industriel. Elaboration de la Politique Nationale de Population. Synthèse des rapports de Commission Abidjan 1996 CH 1 P.9

- ensuite à celui de l'esquisse théorique sur l'éducation sanitaire, la communication et la participation comme moyen de développement global dont le développement sanitaire n'est qu'une composante.

Le programme national de développement sanitaire, (le P.N.D.S) véritable "bible" du ministère de la santé publique, contient l'essentiel des articulations de cette politique sanitaire :

- opérations de réhabilitation et de construction des infrastructures et de mise à niveau des plateaux techniques ;
- grands programmes de santé ;
- approvisionnement en médicaments essentiels ;
- collaboration médecine traditionnelle et médecine moderne ;
- amélioration de la gestion administrative et financière ;
- renforcement des formations initiale et continue (Ressources Humaines)
- l'éducation, la communication, et la participation des populations en matière de santé.

Les annexes qui donnent les détails de ce PNDS tendent à transformer à terme la santé publique ivoirienne afin qu'elle ne soit plus la "boîte noire" où entrent crédits, ressources humaines de qualité, équipements de pointe, médicaments, malades en grand nombre, pour en ressortir des insuffisances, des manques, et des frustrations de tous genres.

Victimes ou responsables, il a été parfois difficile de situer les rôles lors de nos investigations, dans les différentes formations sanitaires

sanitaires. Dans le procès généralisé des soignants et des soignés, les uns se plaignent qu'on leur manque de respect, et qu'ils manquent de moyens de travail surtout en milieu rural ; les seconds d'être malmenés, non écoutés et classifiés.

Il ressort au terme de cette conclusion, des observations majeures au regard de cette thèse :

- d'abord la thèse que nous nous sommes évertuée à démontrer et à soutenir et qui se résume par une politique de santé anthropocentrique, c'est-à-dire une politique de santé centrée sur l'homme qui ne doit plus être un objet ou une chose expérimentale ou un engin d'application, mais bien un homme à traiter comme un sujet et avec qui des rapports plus humains d'échanges, d'écoute et de communication sont à établir et à entretenir ;

- puis l'hypothèse de la dualité médecine moderne curative et médecine préventive. La médecine curative contraignante et onéreuse rentre dans le contexte des urgences et des nécessités ; alors que la médecine préventive est celle des masses, elle est moins chère et de pratique plus aisée. Elle se fonde sur l'éducation, la communication et la participation sanitaires ;

- enfin, une approche théorique interdisciplinaire ou le développement économique, social et culturel représente un macrocosme ou s'intègre le développement de la santé publique dont la politique sanitaire n'est qu'un point d'application.

Durant ces cinq années de recherche, il est apparu que l'expression politique de santé publique est bien ambiguë, lorsqu'on scrute les champs d'action de cette politique. La volonté internationale de la " santé pour tous en l'an 2000" devient un lyrisme universel et ridicule. Plaisanterie ou drame, l'on se demande comment soigner les malades en l'absence de médicaments de première nécessité ? Comment évacuer des malades sur un hôpital départemental si l'ambulance est toujours en panne, ou s'il fonctionne, il est à cours de carburant ou de batterie ?

Les déséquilibres des ratios médecins, nombre de parturientes, infirmiers, nombre de malades ... ne sont-ils pas une autre difficulté ?

La politique des soins de santé primaire adoptée par des Etats membres de l'OMS et de l'UNICEF à Alma Arta en 1978 ,soulage-t-elle seulement les consciences ?

Les apories de la politique sanitaire émergent de tout l'édifice physique , social et technique de la santé publique.

Certes l'examen chronologique, surtout drachronique, montre les énormes efforts nationaux , les immenses contributions internationales apportées dans ce secteur depuis quatre années . Ces efforts ont considérablement amélioré la physionomie et les articulations de cette politique sanitaire en Côte d'Ivoire. Les retentissements de ces efforts conjugués doivent atteindre les usagers et toute la population.

C'est par des attitudes et des comportements réceptifs aux conseils sanitaires d'hygiène individuelle et collective de libre participation aux programmes de santé (exemple programme élargi de vaccination, prévention dans la lutte contre le V.IH SIDA...) que l'espoir en la santé pour tous se concrétisera.

Notre ambition en entreprenant cette recherche était d'apporter une contribution anthropologique et sociologique dans un secteur relativement étranger à notre discipline. En terminant ce travail, s'ouvrent de nombreuses autres portes de recherche, aussi nombreuses qu'intéressantes les unes que les autres dans cette politique de santé en Côte d'Ivoire.

Quand l'évaluation de la présente thèse sera achevée alors il faudra envisager s'il y a lieu de répondre aux autres sollicitations

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

La recherche bibliographique conduite avant et pendant ce travail a été ordonnée en rubriques ;

1 - Les ouvrages de méthodologie pour les références théoriques de méthodes et de techniques d'investigations.

2 - Les ouvrages généraux destinés à éclaircir les ramifications des sujets, les contextes humains naturels où s'inscrit la santé

3 - Les ouvrages spécialisés portant plus spécifiquement sur la politique sanitaire

4 - Les revues spécialisées

5 - Les thèses de doctorat et mémoires pendant le secteur de la politique sanitaire

6 - Les documents divers intéressant le secteur de la politique sanitaire.

1. OUVRAGES DE METHODOLOGIE

- 1.1. BEAUD M. L'art de la thèse : comment préparer une thèse de doctorat, un mémoire de DEA ou de maîtrise ou tout autre travail universitaire - Ed. LA DÉCOUVERTE, Paris 1990.
- 1.2. BENZECRI J-P L'analyse des données Edit. Dunod- Paris 1973.
- 1.3. BOUBACAR LY. Problèmes épistémologiques et méthodologiques des sciences sociales - UNESCO, Dunod, Paris, 1989.
- 1.4. CHAMPAGNE P., PINTO L., LENOIR R., MERLIE D. Initiation à la pratique sociologique, Ed. Dunod, Paris 1989.
- 1.5. GRAWITZ M. Méthodes des sciences sociales Ed. Dalloz, Paris, 1989.
- 1.6. CHIGLIONE R., MATALON B. Les enquêtes sociologiques Théories et pratique Ed. A. Colin, Paris, 1985.
- 1.7. MATALON B. L'analyse hiérarchique Ed. Mouton et Gauthier, Villers Paris, 1965.
- 1.8. OLIVIER de J.P La rigueur du qualitatif. La production des données en anthropologie Enquêtes 1, Paris 1995.
- 1.9. SCHUTZ A. Le chercheur et le quotidien phénoménologie des sciences sociales Ed. Meridiens-K, Paris, 1987.

2 - LES OUVRAGES GÉNÉRAUX

- 2.1. ADJANAHOUN E., AKE ASSI L. Contribution au recensement des plantes médicinales de Côte d'Ivoire, CRES-Université d'Abidjan, 1989
- 2.2. AUGE M. La construction du monde, religion, représentations, idéologie, Ed. F. Maspéro, Paris, 1974.
- 2.3. AUGE M. Théorie des pouvoirs et idéologie : Etude de cas en Côte d'Ivoire, Ed. Hermann, Paris, 1975.
- 2.4. BANQUE MONDIALE Rapport sur le développement dans le monde : Le développement et l'environnement, Washington, 1992.
- 2.5. BOURGES H. Le village planétaire Ed. NEA Dakar-Abidjan, 1986.
- 2.6. Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) La notion de personne en Afrique, Paris, CNRS, 1980.
- 2.7. DEBRE R. L'honneur de vivre Ed. Hermann et Stock, Paris 1974.
- 2.8. DUMONT F. Les idéologies Ed. P.U.F/Collection Sup-Paris, 1974.

- 2.9. ESARPIT
Théorie générale de l'information et de la communication
Ed. Hachette, Paris, 1980.
- 2.10. GRITTI J.
L'enjeu de la communication mondiale
Ed. NEA-DAKAR-Abidjan-Lomé
1984.
- 2.11. GRITTI J.
La sociologie face aux médias
Ed. Mame, Paris, 1968.
- 2.12. JACOB J. P.
Bibliographie sélective et commentée d'Anthropologie du développement
Institut Universitaire d'Etudes pour le Développement (IUED)
Genève, 1989.
- 2.13. JASPERS K.
Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique, Ed. Les Belles-Lettres, Paris, 1950.
- 2.14. OLIVIER (de Sardam) J.P.
Anthropologie et développement
Essai en anthropologie du changement social
Ed. KARTHALA-APAD, Paris, 1995
- 2.15. PALOU I.
La sorcellerie
Ed. PUF, Coll./ Que sais-je, ?
Paris, 1985.
- 2.16. ROHEIM G.
Psychanalyse et anthropologie
Ed. Gallimard, Paris, 1967.
- 2.17. SFEZ L.
Critique de la communication
Ed. Seuil, Paris, 1992

2.18. TOURAINE A.

Sociologie de l'Action
Ed. du Seuil, Paris, 1967

2.19. UNESCO

La dimension culturelle du
développement
(vers une approche pratique)
Coll. Culture et développement
Ed. UNESCO, Paris, 1994.

- 3.19. LEPROUX M. Médecine, magie et sorcellerie
Ed. PUF, Paris, 1980.
- 3.20. MADELEINE P. Malades et médecin : la crise de confiance
Ed. Seuil, Paris, 1981.
- 3.21. MARTINI M. Hippocrate et la médecine
Ed. Fayard, Paris, 1964.
- 3.22. RETEL LAURENTIN A. Etymologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles
Ed. L'Harmattan (Société d'ethnomédecine)
- 3.23. RIESE W. La pensée causale en médecin
Ed. PUF, Paris, 1950
- 3.24. SARANO (M) La guérison
Ed. PUF, Coll. Que sais-je ? Paris 1955.
- 3.25. SCHNEIDER E. Des plantes pour votre santé
Ed. Damaris Les Lys, 1982
- 3.26. VALLEBREGA J.P. La relation thérapeutique
Ed. Flammarion, Paris, 1962.
- 3.27. VERN L. BULLOUGH The development of medicine as a profession
New-York : Hafner Publishing co, 1966.
- 3.28. VIROBEL L. L'éducation sanitaire, science d'action
Ed. Arrant et Cie, Tours, 1994
- 3.29. VIROBEL L. Savoir prévenir : guide pratique de la santé et de la lutte contre les maladies sociales
Paris, 1939

6 - DOCUMENTS DIVERS

- 6.1. République de Côte d'Ivoire
Ministère de la Santé et de la
Protection Sociale. Programme de valorisation des
ressources humaines planification
programmation -
budgétisation dans le secteur de
la santé, Abidjan, 1991.
- 6.2. République de Côte d'Ivoire
Ministère de la Santé Publique Deuxièmes journées de Bilan
des activités du Ministère de la
Santé Publique pour l'année
1996 - Actes des journées
Yamoussoukro, 18-21 Déc. 1996
- 6.3. République de Côte d'Ivoire
Ministère de la santé publique Projet de développement des
services de santé intégrés
PDSSI-crédit IDA N° 2893 IVC
Manuel d'exécution Déc. 1997.
- 6.4. République de Côte d'Ivoire
Ministère de la Santé Publique Troisièmes journées bilan du
Ministère de la santé publique
pour l'année 1997.
Rapport général,
Yamoussoukro 26-30 Déc. 1997.
- 6.5. République de Côte d'Ivoire
Ministère de la Santé Publique Plan national de développement
sanitaire 1996-2005
T.1 : Diagnostic, politique et
stratégies
T.2 : Programmes et financement
pour la période 1996-2005
Abidjan Avril 1996.

5.THESE DE DOCTORAT ET MEMOIRES

- 5.1. ABE N'DOUMY N. La médecine africaine et la médecine officielle en Côte d'Ivoire : une approche stratégique de collaboration
Thèse de doctorat de 3è cycle
Université d'Abidjan, IES, 1997.
- 5.2. ASSAMOI A. Contribution à l'étude expérimentale de l'activité pharmacologique de quelques plantes utilisées dans le traitement de l'épilepsie en Côte d'Ivoire. Thèse de doctorat d'Etat en pharmacie, faculté de Pharmacie
Université d'Abidjan, 1982.
- 5.3. DEGBOE M. Les aspects socio-économiques de la malnutrition dans la zone urbaine d'Abidjan
Le cas d'Adjamé et de Port-Bouët,
Mémoire de maîtrise-
Université d'Abidjan, 1982.
- 5.4. JAFFRE Y. Anthropologie et santé publique.
Naître, voir et manger en pays Songhay-Zarma,
Université de Tours. (Thèse de doctorat)1993.
- 5.5. KONE M. Etre encadreur agricole en Côte d'Ivoire
Principes et pratiques (le cas de Sakassou) Marseille, 1994.
(thèse de doctorat d'Anthropologie sociale et Ethnologie).

- 4.10. EY (DR) Le normal et le pathologique in Les désordres de l'homme (semaine) des intellectuels catholiques, 1960)
- 4.11. FASSIN D. Une Anthropologie de la santé publique l'Ethnologue sorcier in Cahiers d'études africaines, N° XXVI-103-1986, P 497...
- 4.12. GIDIS CI Groupement interdisciplinaire en sciences sociales Côte d'Ivoire Bulletin du Gidis Ci N° 11 Centre DRSTOM Felit. Bassam Abidjan-Août 1995.
- 4.13. JAFFRE Y TIJIRI : la naissance d'une maladie in Cahier des sciences humaines, OLIVIER (de J.) J-P 1996.
- 4.14. LAMBO T.A. Politique ; idéologique et santé in Forum mondial de la santé (revue international de développement sanitaire Genève VI 1 N° 1 et 2- 1980 P.5.
- 4.15. LASSAILLY-JACOB V. Un exemple éphémère de planification du développement. Autorité pour l'Aménagement de la Vallée du Bandama (A.V.B) en Côte d'Ivoire centrale 1969-1980. in Cahiers d'études africaines N° XX VI-103, P.333
- 4.16. LE COURRIER A.C.P. (Union Européenne) Dossier santé publique N° 147 Sept.Oct. 1994.
- 4.17. MAHLER H. Qui est comptable de la santé pour tous et envers qui ? in Chronique O.M.S. Genève O.M.S Vol 40 N°6 pp. 229-234

- 4.18. Organisation Mondiale
de la Santé
Publication-catalogue 1947-1980
Supplément 1981-1983-OMS-1985.
- 4.19. RAWLINGS M.D.
Plaidoyer en faveur du passage aux
médicaments génériques.
- 4.20. REYNAUD J.D.
TOURAINÉ A.
Enquête sur les étudiants en
médecine, in cahiers internationaux
de sociologie, XX, 1956, 124-148
- 4.21. SARANO J (DR)
Les trois dimensions (ou promotions)
de la santé en Présences
- 4.22. SINDZINGRE N.
L'interprétation de l'infortune :
un itinéraire Sénoufo (Côte d'Ivoire)
in Sciences Sociales et Santé, n° 3-4
1982.
- 4.23. SINDZINGRE N.
ZEMPLÉNI A.
Modèles et pragmatique
Action et répétition : Réflexions sur la
causalité de la maladie chez les
Sénoufo de Côte d'Ivoire.
- 4.24. VAN ROY F.
Relations des bien-portants avec les
malades et les infirmiers in présences
N° 52 (doc. consulté sous sa forme
photocopiée et incomplète).

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| Remerciements | 3 |
| - Avant-Propos | 4 |
| - Principaux Sigles utilisés | 5 |
| | |
| - INTRODUCTION GENERALE | 10 |
| | |
| 1 – La Présentation du sujet et son objet | 10 |
| | |
| 2 – Les termes de la problématique | 12 |
| | |
| 3 – Les Objectifs visés | 15 |
| 3-1- L’objectif académique..... | 16 |
| 3-2- L’objectif opérationnel | 17 |
| 3-3- L’objectif stratégique | 17 |
| | |
| 4 – La Méthodologie | 18 |
| 4-1- L’examen critique de la littérature médico-sanitaire | 18 |
| 4-1-1- La tendance dialectique | 19 |
| 4-1-2- La tendance antagonique | 20 |
| 4-1-3- La tendance technico-scientifique | 21 |
| 4-1-4- La tendance psycho-sociologie | 21 |
| 4-2- La thèse à soutenir | 24 |
| 4-3- Les hypothèses envisagées | 24 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4-3-1- Première hypothèse : des médecines curative et préventive | 24 |
| 4-3-2- Deuxième hypothèse : l'anthropocentrisme de la médecine d'intervention | 25 |
| 4-4- Les méthodes choisies..... | 26 |
| 4-4-1- La méthode historique | 26 |
| 4-4-2- La méthode comparative | 27 |
| 4-4-3- La méthode structuro-fonctionnaliste | 27 |
| 4-4-4- La méthode dialectique | 28 |
| 4-4-5- La méthode systémique | 28 |
| 4-5- Les techniques de collecte | 29 |
| 4-6- Les champs d'intervention | 29 |
| 4-6-1- Le champs géographique | 30 |
| 4-6-2- Le champs sociologique | 33 |
| 4-7- L'analyse des données | 34 |

PREMIERE PARTIE : LA POLITIQUE SANITAIRE EN

COTE D'IVOIRE

37

Chapitre I : Le Ministère chargé de la Santé Publique :

Quelle politique et quelle administration ?

49

1 -- Les lignes majeures d'une politique

49

1-1- Les principaux objectifs des plans de dévelop-
pement sanitaire

51

1-1-1- La réduction du nombre de pathologies

52

1-1-2- Les femmes et les enfants : un groupe-
cible

52

1-1-3- Les accidents de la route

48

1-1-4- Les accidents du travail et les maladies
professionnelles

60

1-1-5- La recherche médico-scolaire

61

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1-1- 6- La coordination du système de santé... | 62 |
| 1-1-7- La formation des personnels médicaux et para-médicaux | 63 |
| 1-1-8- L'amélioration et l'intensification des infrastructures et équipements | 64 |
| 1-1-9- La recherche de réduction des coûts de santé | 65 |
| 1-1-10- La participation des populations à leurs soins de santé | 65 |
| 1-2- L'organisation structurelle | 66 |
| 1-2-1- Le Cabinet et les structures attachées | 67 |
| 1-2-2- Les directions centrales | 70 |
| 1-2-3- Les services extérieures | 72 |
| 1-2-4- Les Etablissements Publics Nationaux (E.P.N) | 73 |
| 2 – <u>De la question des médicaments</u> | 73 |
| 2-1- La double médication | 75 |
| 2-2- L'automédication | 76 |
| 3 – <u>Les moyens de la politique sanitaire</u> | 77 |
| 3-1- <u>Les moyens humains</u> | 77 |
| 3-1-1- Observations | 78 |
| 3-1-2- Le personnel para-médical | 79 |
| 3-1-3- Le personnel technique | 80 |
| 3-1-4- Le personnel de gestion | 81 |
| 3-2- <u>Les moyens matériels</u> | 82 |
| 3-3- <u>Les moyens financiers</u> | 83 |
| <u>Conclusion du Chapitre I</u> | 84 |
| <u>Chapitre II</u> : Les contradictions et les incohérences de la Politique sanitaire | 86 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 - <u>Les Options de l'Etat</u> | 86 |
| 2 – <u>Les groupes-cibles</u> | 88 |
| 2-1- L'élite | 89 |
| 2-2- La population intellectuelle | 89 |
| 2-3- La population analphabète | 90 |
| 3 – <u>Les particularités géographiques</u> | 91 |
| 4 – Les niveaux d'activités sanitaires et le personnel technique | 94 |
| 5 – Les moyens financiers et budgétaires | 99 |
| 6 – Les produits pharmaceutiques | 104 |
| <u>Conclusion du Chapitre II</u> | 105 |
| | |
| <u>DEUXIEME PARTIE : ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES POPULATIONS FACE AUX SYSTEMES SOCIO-SANITAIRES</u> | 107 |
| | |
| <u>Chapitre III : Perception et représentation de la santé et de la maladie</u> | 109 |
| 1 – <u>La notion de santé</u> | 110 |
| 1-1- Des essais des définitions | 112 |
| 1-1-1- Approche de l'opinion publique..... | 112 |
| 1-1-2- Approche de l'OMS..... | 117 |
| 1-2- La quête de la santé | 118 |
| 2 – <u>La notion de maladie</u> | 123 |
| 2-1- Des essais de définitions | 124 |
| 2-2-Perceptions ontologique et matérielle | 128 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3 – <u>Croyances et pratiques médico-sanitaires</u> | 130 |
| 3-1- Les idéologies pathogènes | 130 |
| 3-2- Supports thérapeutiques : cultes et rituels de la santé-maladie..... | 132 |
| 3-2-1- Formations et rituels religieux comme recours aux pratiques sanitaires | 133 |
| 3-2-2- Les plantes médicinales | 136 |
| 4 – <u>La complexité des phénomènes santé-maladie</u> | 144 |
| 4-1- La position de l'homme dans la bipolarisation santé-maladie | 144 |
| 4-2- L'exploitation et la soumission à la nature | 145 |
| <u>Conclusion du Chapitre III</u> | 145 |
| <u>Chapitre IV : Les formations hospitalières : de l'espace aux hommes</u> | 150 |
| 1 – <u>L'espace hospitalier</u> | 152 |
| 1-1- <u>La hiérarchie hospitalière</u> | 152 |
| 1-1-1- Le niveau primaire | 152 |
| 1-1-2- Le niveau secondaire | 161 |
| 1-1-3- Le niveau tertiaire | 161 |
| 1-2- <u>Les espaces architectural et professionnel</u> | 162 |
| 2 – <u>Des personnels hospitaliers à la qualité de leurs prestations</u> | 165 |
| 2-1- Les personnels médicaux, para-médicaux et techniques | 167 |
| 2-2- De la qualité des soins médico-sanitaires | 172 |
| 3 – <u>La maladie : un fatum ?</u> | 177 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3-1- Maladie : punition ou rédemption ? | 180 |
| 3-2- Hôpital-soignants et soignés : un triangle difficile.. | 181 |
| Conclusion du Chapitre IV | 193 |
| Conclusion du Chapitre IV | 194 |
| Etude de cas régional dans le Moyen-Comoé » (Est)..... | 196 |
| | |
| <u>TROISIEME PARTIE : FORMATION ET L'INFORMATION :</u> <u>FONDEMENTS DE LA POLITIQUE</u> <u>SANITAIRE</u> | 204 |
| | |
| <u>Chapitre V : La formation des personnels : un point d'appui..</u> | 207 |
| | |
| <u>1 – Les structures formelles de formation</u> | 207 |
| | |
| 1-1- Les U.F.R en sciences médicales | 208 |
| | |
| 1-1-1- l'UFR sciences médicales de l'Université d'Abidjan | 208 |
| 1-1-2- L'UFR sciences médicales de l'Université de Bouaké..... | 210 |
| | |
| <u>Etude de cas régional dans la Vallée du Bandama : Projet</u> <u>d'Aménagement du Centre Hospitalier Universitaire de</u> <u>Bouaké</u> | 212 |
| | |
| 1-2- L'UFR en Odonto-Stomatologie de l'Université D'Abidjan | 222 |
| 1-3- L'UFR en Sciences Pharmaceutique et Biologique de l'Université d'Abidjan | 222 |
| | |
| <u>2 – Les structures de formation para-médicales</u> | 222 |
| | |
| 2-1- L'Institut National de Formation Sanitaire..... | 224 |
| 2-2- Les structures privées de formations para- médicales | 226 |
| | |
| <u>3 – La formation continue</u> | 228 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4 – <u>Le cas spécifique de la médecine traditionnelle</u> | 229 |
| 4-1- La médecine africaine : de l'ostracisme à la collaboration..... | 229 |
| 4-2- La typologie des tradipraticiens | 233 |
| 4-2-1- Les devins | 234 |
| 4-2-2- Les tradipraticiens | 235 |
| 4-2-3- Les devins tradipraticiens | 235 |
| 4-3- Les modalités de formation | 236 |
| 4-3-1- La révélation | 236 |
| 4-3-2- Le songe | 238 |
| 4-3-3- La formation en couvent | 238 |
| 4-3-4- La formation initiatique | 239 |
| 5 – <u>La recherche : un volet décisif de la politique sanitaire</u> ... | 240 |
| 5-1- La formation sanitaire | 241 |
| 5-1-1- La formation doctorale | 241 |
| 5-1-1- La recherche post-doctorale | 242 |
| 5-2- La programmation sanitaire | 242 |
| 5-3- La promotion de la recherche vers la pluridisciplinarité | 244 |
| 5-3-1- Les recherches en sciences sociales et humaines | 244 |
| 5-3-2- Les recherches en sciences de la gestion.. | 245 |
| <u>Conclusion du Chapitre V</u> | 247 |
| <u>Chapitre VI : L'éducation et la communication : un moyen de promotion de la politique sanitaire</u> | 249 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 – <u>Qu'est-ce que l'éducation sanitaire ?</u> | 250 |
| 2 – <u>La communication : un passage obligé</u> | 256 |
| 3 - <u>La participation : un objectif d'efficacité</u> | 256 |
| 3-1- Pourquoi participer ? | 257 |
| 3-2- Comment participer ? | 257 |
| 4 – <u>Les mass-média dans l'éducation : quels avantages ?...</u> | 259 |
| 4-1- La radiodiffusion | 260 |
| 4-2- La presse écrite | 260 |
| 4-3- Les bandes dessinées | 260 |
| 4-4- La télévision | 260 |
| 4-5- Le théâtre | 261 |
| 5 – <u>De la politique sanitaire au développement : un processus intégré</u> | 262 |
| <u>Conclusion du Chapitre VI</u> | 264 |
| <u>Conclusion de la troisième partie</u> | 265 |
| <u>CONCLUSION GENERALE</u> | 280 |
| - <u>Bibliographie</u> | 292 |
| - <u>Table des matières</u> | 292 |

ANNEXES

1 – Médecine préventive : Hygiène – propreté

2 – La santé de la reproduction

3 – Ressources humaines

4 – Objectifs du développement sanitaire 1996-2005

5 – Liste des maladies professionnelles

6 – Guide d'entretiens

ANNEXE 1

MEDECINE PREVENTIVE

HYGIENE

PROPRETE

III

OPINIONS SUR L'HYGIENE DANS LES LIEUX PUBLICS (REponses MOYENNES)

| | D'ACCORD | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------|-------------|----------|-------------|
| | PAS DU TOUT | UN PEU | MOYENNEMENT | BEAUCOUP | TOUT A FAIT |
| SUR LES MARCHES, LES REGLES D'HYGIENE ET DE PROPRETE NE SONT PAS RESPECTEES | | | | 3.88 | |
| LA PROPRETE D'UN MARCHÉ DEPEND DES VENDEURS | | | | | 4.46 |
| LA PROPRETE D'UN MARCHÉ DEPEND DE LA MAIRIE | | | | | 4.31 |
| LA PROPRETE D'UN MARCHÉ DEPEND DES GENS QUI LE FREQUENTENT, DES ACHETEURS | | | | 3.66 | |
| MEME SI LA PROPRETE N'EST PAS RESPECTEE SUR LE MARCHÉ, JE N'AI PAS LE CHOIX ET J'ACHETE QUAND MEME | | | | 3.67 | |
| SI J'ARRIVE DANS UN ENDROIT SALE, JE SUIS TENTE D'Y DEPOSER DES COURES | | | 3.20 | | |
| LES GENS DANS LES VILLAGES SONT PLUS PROPRES QUE DANS LES VILLES | | | 3.25 | | |

IV

- L'HYGIENE PERSONNELLE

Importance de la propreté en général

Nous avons demandé à tous les interviewés quelle importance ils accordaient à la propreté des endroits suivants :

- "Propreté de leur propre corps" :

98 % des Ivoiriens trouvent que la propreté de leur corps est très importante. Seulement 0,1 % ne la trouvent pas du tout importante.

La moyenne des réponses est donc à "très importante".

- "Propreté du linge, des vêtements" :

92 % des Ivoiriens la trouvent très importante et 7 % assez importante. Seulement 0,05 % ne la trouvent pas du tout importante.

La moyenne reste toujours à "très importante".

- "Propreté des aliments" :

94 % la trouvent très importante et seulement 0,05 % pas du tout importante.

La moyenne reste toujours à "très importante".

- "Propreté de la vaisselle" :

89 % la trouvent très importante, 9 % assez importante et 0,05 % seulement pas du tout importante.

La moyenne reste donc toujours à "très importante".

- "Propreté de la chambre à coucher (ou salle de séjour)" :

82 % la trouvent très importante et 15 % assez importante ; 3 % la trouvent moyennement et peu importante et 0,1 % ne la trouvent pas du tout importante."

La moyenne des réponses se situe à "très importante".

IMPORTANT DE LA PROPRETE DE ...

| | IMPORTANT | | | | |
|-------------------------------------------|-------------|--------|-------------|-------|------|
| | PAS DU TOUT | UN PEU | MOYENNEMENT | ASSEZ | TRES |
| VOTRE CORPS | | | | | 4.98 |
| LE LINGE, LES VETEMENTS | | | | | 4.92 |
| LES ALIMENTS | | | | | 4.93 |
| LA VAISSELLE | | | | | 4.88 |
| LA CHAMBRE A COUCHER (OU SALLE DE SEJOUR) | | | | | 4.80 |
| LA CUISINE | | | | | 4.68 |
| LA SALLE DE BAINS | | | | 4.38 | |
| LES TOILETTES (W.C.) | | | | 4.09 | |
| LE DEPOI D'ORDURES, LA POUBELLE | | | 3.64 | | |
| LA COUR, LA RUE | | | | 4.51 | |
| LE MARCHE | | | | 4.46 | |

(réponses moyennes)

V bis

- "Propreté de la cuisine" :

76 % la trouvent très importante et 17 % assez importante ;
7 % la trouvent moyennement et peu importante et 0,3 % la trouvent pas du tout importante.

La moyenne se situe à "très importante".

- "Propreté de la salle de bains" :

62 % la trouvent très importante, 17 % assez importante et 17 % moyennement et peu importante, 2 % ne la trouvent pas du tout importante.

La moyenne des réponses se situe donc à "assez importante".

- "Propreté des toilettes (ou WC)" :

52 % la trouvent très importante, 15 % assez importante,
10 % moyennement importante, et 16 % peu ou pas du tout importante.

La moyenne se situe à "assez importante".

- "Propreté du dépôt d'ordure ou du local à poubelle" :

45 % la trouvent très importante,
27 % moyennement ou assez importante
27 % pas du tout ou peu importante.

La moyenne se situe donc toujours à assez importante, mais très proche de "moyennement importante".

- "Propreté de la cour ou de la rue" :

66 % trouvent très important la propreté de l'abord immédiat de leur logement.

31 % la trouvent assez ou moyennement importante et

3 % seulement la trouvent pas du tout ou peu importante.

La moyenne des réponses se situe donc exactement entre "assez" et "très importante".

- "Propreté du marché" :

64 % la trouvent très importante, 27 % assez ou moyennement importante et 9 % pas du tout ou peu importante.

La moyenne des réponses reste donc à "assez importante".

"*QUELLE FREQUENCE NETTOYEZ-VOUS...?"

| | 1 FOIS PAR JOUR ET PLUS | 2-3 FOIS PAR SEMAINE | 1 FOIS PAR SEMAINE | 1 FOIS TOUS LES 15 JOURS | 1 FOIS PAR MOIS | MOINS SOUVENT | JAMAIS | N.S.P./S.R. | TOTAL |
|---------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------|------------------|--------|-------------|-------|
| VOTRE CORPS | <u>99,5</u> | 0,1 | | | | | | 0,3 | 100,0 |
| LE LINGE, LES VETEMENTS | 12,2 | <u>55,3</u> | 28,4 | 1,4 | - | 0,04 | - | 1,5 | 100,0 |
| LA VAISSELLE | <u>97,7</u> | 1,1 | 0,04 | 0,04 | - | - | - | 1,2 | 100,0 |
| LA CHAMBRE (OU LE SEJOUR) | <u>83,8</u> | 14,6 | 0,9 | 0,2 | - | - | - | 0,4 | 100,0 |
| LA CUISINE | <u>80,6</u> | 16,9 | 1,5 | 0,2 | - | 0,05 | - | 0,5 | 100,0 |
| LA SALLE DE BAINS | <u>44,2</u> | 30,1 | 11,4 | 5,8 | 1,3 | 1,2 | 2,0 | 3,6 | 100,0 |
| LES TOILETTES (LES WC) | 28,9 | <u>30,0</u> | 15,5 | 1,7 | 1,1 | 5,1 | 5,4 | 11,8 | 100,0 |
| LE COUR | <u>95,1</u> | 2,0 | 0,7 | 0,1 | - | - | 0,05 | 0,9 | 100,0 |

RESULTATS EXPRIMES EN %

Fréquence des nettoyages

La propreté de tous les endroits précédemment cités a donc énormément d'importance pour la grande majorité des Ivoiriens.

Nous avons voulu vérifier si leur désir de propreté correspondait à la réalité et avons demandé à tous les interviewés à quelle fréquence ils nettoyaient ces mêmes endroits.

99 % des Ivoiriens se lavent le corps tous les jours ;

56 % lavent leur linge 2 à 3 fois par semaine et 28 % 1 fois par semaine ;

98 % lavent leur vaisselle tous les jours ;

84 % nettoient leur chambre tous les jours et 15 % 2 à 3 fois par semaine ;

81 % des personnes qui ont une cuisine la lavent tous les jours et 17 % 2 à 3 fois par semaine.

44 % des personnes qui ont une salle de bains la lavent tous les jours, 30 % 2 à 3 fois par semaine, 11 % 1 fois par semaine, 6 % 1 fois tous les 15 jours et 2 % jamais. Pourtant 62 % des ivoiriens trouvent que la propreté de cette pièce est très importante.

30 % des personnes qui ont des toilettes ou WC les nettoient 2 à 3 fois par semaine, 29 % tous les jours, 16 % une fois par semaine et 11 % moins d'une fois par mois ou jamais.

Pourtant 52 % des Ivoiriens trouvent la propreté des WC très importante.

Enfin 96 % des personnes qui ont une cour la nettoient tous les jours.

Donc, à part pour la salle de bains et surtout les toilettes, les Ivoiriens semblent très soigneux de leur hygiène personnelle.

- L'HYGIENE DANS LES LIEUX PUBLICS

Nous avons demandé à la totalité des interviewés leur degré d'accord avec les phrases suivantes (cf tableau 53).

- "Sur les marchés, les règles d'hygiène et de propreté ne sont pas respectées" :

10 % des interviewés ne savent pas quoi répondre ; mais 63 % sont tout à fait ou beaucoup d'accord ; 20 % pourtant sont pas du tout ou peu d'accord avec cette affirmation.

La moyenne des réponses se situe donc à "beaucoup d'accord".

- "La propreté d'un marché dépend des vendeurs" :

87 % des interviewés sont tout à fait ou assez d'accord avec cette affirmation et seulement 9 % sont pas du tout ou peu d'accord.

La moyenne des réponses se situe donc à "beaucoup d'accord", mais à la limite de "tout à fait d'accord".

- "La propreté d'un marché dépend de la mairie" :

24 % des interviewés ne savent pas quoi répondre à cette affirmation.

63 % sont tout à fait ou assez d'accord, mais 11 % ne sont pas du tout ou peu d'accord.

La moyenne des réponses se situe à "beaucoup d'accord".

- "La propreté d'un marché dépend des gens qui le fréquentent, des acheteurs".

52.6 % sont tout à fait ou assez d'accord, mais 24 % sont pas du tout ou peu d'accord ; restent 21 % de moyennement d'accord.

La moyenne reste toujours à "beaucoup d'accord", mais très proche de "moyennement d'accord".

- "Même si la propreté n'est pas respectée sur le marché, je n'ai pas le choix et j'achète quand même".

57 % sont tout à fait ou assez d'accord avec cette phrase, mais 35 % ne sont pas du tout ou peu d'accord.

La moyenne des réponses reste toujours à "beaucoup d'accord", mais très proche de "moyennement d'accord".

IX

- "Si j'arrive dans un endroit sale, je suis tenté d'y déposer des ordures" :

50 % des interviewés sont tout à fait et assez d'accord avec cette phase, mais 47 % ne sont pas du tout ou peu d'accord avec elle.

La moyenne des réponses passe donc à "moyennement d'accord".

- "Les gens dans les villages sont plus propres que dans les villes" :

15 % des interviewés ne savent pas comment répondre à cette affirmation.

47 % sont tout à fait ou assez d'accord, mais 37 % ne sont pas du tout ou peu d'accord.

La moyenne se situe donc à "moyennement d'accord".

- CONCLUSION

L'hygiène ou la propreté plus exactement, a beaucoup d'importance pour les Ivoiriens et ceux-ci soignent particulièrement la propreté de leur corps, de leur linge ou de leur vaisselle ; mais ils ont tendance à négliger l'entretien des pièces de leur logement autre que la chambre (ou la pièce principale).

Par contre, ils sont très soucieux de la propreté des endroits extérieurs à proximité immédiate de leur logement, comme la cour.

Les Ivoiriens se plaignent donc beaucoup du manque d'hygiène et de propreté des lieux publics, des marchés en particulier : ils pensent que la propreté de ces derniers dépend surtout des vendeurs et beaucoup moins des acheteurs. Mais le manque d'hygiène et la saleté ne les empêchent pas d'acheter, et quand ils arrivent dans un endroit sale, ils sont plutôt tentés d'y déposer d'autres ordures.

D'après eux, les habitants des villages ne seraient pas beaucoup plus propres que ceux des villes.

A N N E X E 2

LA SANTE DE LA REPRODUCTION

THEME : SANTE DE LA REPRODUCTION

PRESIDENT : Dr YAO Kouandou Félicien,
DR SANTE PUBLIQUE, Abengourou

DEFINITION

On entend par santé en matière de reproduction, le bien être général tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités : (Rapport Conférence Internationale sur la population et le développement, C.I.D.P. Nations Unies, le CAIRE 1994).

LES COMPOSANTES DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION

1. Maternité à moindre risque
2. Fécondité/ Infertilité/Conception
3. MST/SIDA/Tuberculose
4. Santé et Sexualité des adolescents
5. Planification familiale/Population
6. Nutrition/Soins des nouveaux nés et des enfants
7. Facteurs Sociaux, Culturels et Comportementaux

I/ DIAGNOSTIQUE DU THEME : ANALYSE DE LA SITUATION
ET IDENTIFICATION DES PROBLEMES

I.1) MORTALITE ET MORBIDITE MATERNELLE ELEVEE

a) Ampleur

Selon l'EDS-CI 1994, la mortalité maternelle est de 597 pour 100 000 naissances vivantes. Pour la Région Centre-Est, en l'absence d'un taux statistiquement fiable, force est de reconnaître que la mortalité, eu égard aux observations enregistrées çà et là reste très importante.

b) Causes

1) - Accessibilités :

. Géographique : difficile à cause du mauvais état des pistes et des distances à parcourir pour atteindre les formations sanitaires.

| | |
|----------------|------|
| Pop. → FS : | 32 % |
| " < 5 km : | 14 % |
| " 5 - 10 km : | 25 % |
| " 10 - 15 km : | 11 % |
| " 15 - 20 km : | 10 % |
| " > 20 km : | 8 % |

. Economique : pouvoir d'achat faible, caractérisé par une insuffisance des ressources financières.

. Culturelle : confiance à la médecine traditionnelle et consultation tardive dans les formations sanitaires.

. Politique : des populations n'acceptent pas de se faire consulter dans certaines formations même plus proches d'elles pour des conflits politiques (idéologie politique).

2) - Personnel de Santé :

. Insuffisance du personnel soignant :

| | |
|-------------|--------------------|
| - 18 Med. → | 1 Med./23 252 hbts |
| - 132 IDE → | 1 IDE/ 3 170 hbts |
| - 39 SF → | 1 SF/ 2 365 FAP |

. Accueil des patients souvent mal organisé, non respect de la psychologie médicale et démotivation du personnel.

. Qualité de Services : insuffisance de matériel, du personnel de travail, du personnel, formation continue du personnel non assurée.

3) - Structures d'accueil

. Insuffisance:

| | | | |
|----------------|---------------|--------------|----|
| - CHR : | 1 | - BSR : | 1 |
| - HG : | 1 | - DISP. RX.: | 12 |
| - PMI : | 1 | - CS : | 11 |
| - DISP. URB. : | 3 dont 1 SSSU | - CZ : | 1 |
| - CAT : | 1 | - COGES : | 24 |
| - CSU : | 1 | | |

. Répartition inégale

. Equipement insuffisant

. Plateau technique : ne répond pas aux besoins de la population et le PMA n'est pas assuré convenablement.

I.2) MORTALITE ET MORBIDITE INFANTILE ET JUVENILE

a) Ampleur

Selon le RGPH 1988, la mortalité infantile est de 97 pour 1000 et la mortalité juvénile, de 59 pour 1000.

La non tenue des registres de décès dans nos villages et la non déclaration de certains décès (nouveaux nés et enfants) par respect de la tradition, pourrait minimiser l'ampleur de la mortalité infantile et juvénile, sinon, elle est très importante dans notre sous région.

b) Causes principalement liées à :

- Néonatalité
- Pré-maturé
- Maladies diarrhéiques
- Maladies respiratoires aiguës
- Maladies liées à la vaccination
- Malnutrition
- Paludisme
- Anémies etc...

PREMIER TRIMESTRE 1996

| MORBIDITE (ampleur) | MORTALITE (gravité) |
|---------------------------------|------------------------------|
| . PEV : 196 | BSR : 38 DECES* |
| - ROUGEOLE : 183 | |
| - TETANOS : 7 dont 2 enfants | CHR : 217 DECES* |
| - COQUELUCHE : 6 | |
| . GRANDES ENDEMIES : 12 639 | * = toutes causes confondues |
| - PIAN : 401 | |
| - TUBERCULOSE : 106 | |
| - PALUDISME : 12 132 | |
| . MALADIES DIARRHEIQUES : 2 075 | |
| . IRA : 4 810 | |
| . MST : 150 | |
| . AUTRES : 1 008 | |
| - VARICELLE : 79 | |
| - MENINGITE : 15 | |
| - MALNUTRITION : 112 | |
| - ANEMIE : 802 | |

I.3) CONCEPTION

*) Hyperfécondité : ce bilan sommaire au niveau de la sous-région fait penser à une hyperfécondité.

- . BSR : 3 391 accouchements
- . CHR : 1 595 accouchements dont 126 dysto (difficiles)
- . CPN :
 - 5 364 première consultation
 - 3 472 deuxième consultation
 - 3 329 troisième consultation.

a) Ampleur

Selon le RGPH 1988, l'indice de fécondité est à 6,8 enfants par femme.

b) Causes essentiellement liées à:

- Précocité des grossesses en rapport avec la sexualité précoce
- Intervalle intergénésiq ue de moins de 2 ans
- Grossesse survenant à un âge avancé de la mère (plus de 35 ans)
- Ignorance ou refus des méthodes contraceptives
- Politique de contrôle des naissances tardivement exprimée.

*) Infertilité

a) *l'ampleur de ce problème est liée à la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles.*

b) les causes

- Les maladies sexuellement transmissibles
- Les suites d'avortement provoqué compliqué
- Négligences de bilan de santé individuelle et familiale
- Examens pré-nuptiaux négligés

*) Avortements clandestins (IVG)

a) Ampleur

Selon l'analyse situationnelle d'extension des services de planification familiale en Côte d'Ivoire, AIBEF 1992, une étude menée dans 13 centres de PF

révélé que sur 355 femmes, 44 % ont eu des grossesses non désirées et que 59 % de ces femmes ont eu recours à des avortements provoqués.

Par ailleurs, une étude menée par l'AIBEF sur les connaissances des populations de Yopougon en Planification Familiale, a révélé que sur 500 femmes, 52 % ont eu des grossesses non désirées et que 79 % ont eu recours à des avortements provoqués.

b) Causes

- Malformations congénitales
- ~~Grossesses non désirées~~
- Causes économiques
- Causes socio-culturelles
- Manque d'information sur les conséquences des avortements provoqués, sur l'excision et sur les moyens contraceptifs.

1.4) INFECTION A VIH/ MST/TUBERCULOSE

a) Ampleur

Selon le PNLs/MST/Tub. 1995, la prévalence du SIDA est de 4,9 % en zone rurale et 7,3 % en zone urbaine.

B) Causes s'expliquent par :

- Mouvement de population (brassage de population)
- Snobisme
- Causes économiques
- Vagabondage sexuelle
- Alcoolisme
- Drogue
- Pauvreté (promiscuité, prostitution)
- Causes socio-culturelles : influence des traditions et coutumes (lévirat, excision, polygamie)
- Prolifération des structures sanitaires clandestines
- Mauvaises pratiques sexuelles (homosexualité, lesbiennes ...)
- Comportement sexuel peu responsable influencé par des films et romans pornographiques.

L 5) PLANIFICATION FAMILIALE / POPULATION

a) Ampleur

Selon EDECI 1994, la prévalence contraceptive est de 5 %.

b) Causes liées à :

- Faible planification familiale/population
- Jeunesse du programme
- Insuffisance des services de planification familiale
- Causes socio-culturelles (respect des tabous et des religions)
- Insuffisance de personnel impliqué dans les différents programmes
- Non-implication des hommes
- Messages d'IEC limités, pas suffisamment adaptés

I. 6) NUTRITION/SOINS DES NOUVEAUX NES / ENFANTS

a) Ampleur

Selon EDSCI 1994, 24 % des enfants souffrent de sous nutrition chronique.

b) Causes

- Allaitement artificiel/allaitement maternel
- Déséquilibre alimentaire au niveau des jeunes et des enfants plus parasitose intestinale
- Mauvaises conduites de sevrage (habitudes alimentaires défavorisant les enfants dans le partage des protéines, au profit des adultes " époux et autres" par la mère)
- Tabous alimentaires (totems)
- Pauvreté/orphélinat.

I.7) FACTEURS SOCIAUX, CULTURELS ET COMPORTEMENTAUX

a) Ampleur

Ces pratiques traditionnelles ne sont pas généralisées en Côte d'Ivoire cependant l'excision est faite dans les régions du rituel Centre-Nord et de l'Ouest.

b) Causes

Ce sont essentiellement des causes socio-culturelles.

I.8) LES PROBLEMES DE LA SANTE DES ADOLESCENTS

Les facteurs d'influences néfastes sont :

- Le problème des activités sexuelles précoces et ses risques (MST-SIDA-Tuberculose- Grossesses surtout en milieu scolaire etc...)
- Education des jeunes filles (faible scolarisation)
- Les risques d'homosexualité (enfant de la rue)
- Les risques de tabagisme, de drogue et d'alcoolisme
- Pas d'information en matière de sexualité donnée par les parents
- Violences sexuelles.

II/ OBJECTIFS

II. 1) OBJECTIF GENERAL

Améliorer la santé de la reproduction

II. 2) OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Réduire de moitié la mortalité maternelle d'ici l'an 2005;
2. Réduire de moitié la mortalité infantile d'ici l'an 2005;
3. Réduire de moitié la contribution des adolescents dans la fécondité générale d'ici l'an 2015;
4. Accroître la prévalence contraceptive de 2 à 25 % d'ici l'an 2005;
5. Réduire de 20 % le niveau des avortements provoqués d'ici l'an 2005;
6. Réduire la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles;
7. Contribuer à la réduction de l'expansion de l'épidémie à VIH/SIDA;
8. Contribuer à la prise en charge des personnes infectées par le VIH et des malades du SIDA;

9. Contribuer à la réduction de l'impact socio-économique de l'épidémie à VIH/SIDA;
10. Contribuer à la réduction des carences en micro-nutriments;
11. Réduire les niveaux de malnutrition maternelle et infantile;
12. Réduire les pratiques traditionnelles néfastes (mariage consanguin, précocité des mariages);
13. Encourager les pratiques traditionnelles contribuant à l'amélioration de la Santé de la reproduction, (bilan pénuptial-obligatoire).

III/ STRATEGIE

- 1) Elaboration des textes légaux et réglementaires relatifs à la planification familiale;
- 2) Renforcement de l'intégration des services de planification familiale aux soins de Santé Primaire;
- 3) Information, Education et Sensibilisation des populations sur les différents facteurs qui entravent la Santé de la reproduction;
- 4) Implication des hommes dans les actions de la planification familiale pour une parenté responsable;
- 5) Renforcement des activités de Protection Maternelle et Infantile dans les services (SMI);
- 6) Amélioration de la qualité des prestations;
- 7) Renforcement des programmes d'éducation à la vie familiale dans les structures de formation;
- 8) Formation et recyclage du personnel;
- 9) Extension, équipement adéquat et meilleure répartition des services de santé de la reproduction
- 10) Développement de la recherche sur les problèmes liés à la santé de la reproduction;

- 11) Renforcement, Extension des activités du Programme Elargi de Vaccination (PEV), de la Thérapie de Réhydratation Orale (TRO)
- 12) Dépistage et traitement précoces des maladies sexuellement transmissibles (MST)
- 13) Développement d'activités de prise en charge des personnes infectées et des malades du SIDA dans les formations sanitaires et dans la communauté;
- 14) Sensibilisation de la population sur les conséquences des pratiques traditionnelles néfastes;
- 15) Collaboration Médecine moderne - Médecine traditionnelle;
- 16) Renforcement de l'intersexualité en matière de la SR/PF.

A N N E X E 3

RESSOURCES HUMAINES

UTILISATION RATIONNELLE DES RESSOURCES HUMAINES

Président : Professeur TIMITE Marguerite
 Rapporteur : Professeur KADJA Mianno Daniel

Le groupe de travail a examiné la situation de la politique du personnel en général et, plus particulièrement, celle en matière de formation continue et des spécialités.

PREMIER POINT : LA POLITIQUE DU PERSONNEL

Les discussions du groupe ont été portées sur :

- La situation actuelle du personnel du Ministère.
- Les propositions contenues dans l'exposé de Monsieur le Ministre
- La mise en œuvre des recommandations des journées bilan de 1996.
- Les difficultés de gestion du personnel.

Sur ces points le groupe a fait le constat suivant :

La gestion des ressources humaines concerne une matière sensible, les hommes pour lesquels on ne peut s'attendre à des modifications rapides sur une courte période, un an.

En conséquence le groupe recommande :

1. Par rapport aux disparités en matière de ressources humaines entre les régions :

- Prendre en compte les spécificités locales
- Valider le projet de texte de réglementation des affectations et des mutations et le diffuser auprès de tout le personnel
- Organiser des concours de recrutement par région
- former des infirmiers (ères) accoucheurs pour répondre au manque de personnel féminin sage-femme notamment.
- Exprimer les disparités en termes de pourcentage entre le nombre de postes pourvus et le nombre de postes nécessaires dans les régions.

2. Par rapport à l'absence de normes et standards :

- Établissement de normes locales en adaptant les normes OMS à nos besoins.

3. *Par rapport aux difficultés de gestion du personnel et logistique :*

- Réhabiliter les infrastructures de la D.R.H. et renforcer ses moyens matériels et humains. Doter les départements des ressources humaines des Directions Régionales en moyens humains et matériels.
- Élaborer des critères d'évaluation des performances du personnel et de l'établissement et des règlements intérieurs pour chaque établissement.
- Élaborer des normes et procédures selon le niveau de l'établissement et les catégories professionnelles.

4. *Par rapport à l'absence de profil de carrière du personnel :*

- Inclure l'INFAS dans la liste des établissements d'enseignement professionnel établi par les annexes au statut général de la Fonction Publique.
- Établir un statut de bi-appartenance des enseignants des sciences de la santé
- Définir un profil de carrière pour chaque type de personnel.

5. *Par rapport au manque de critère de mutation et d'affectation du personnel :*

- Valider le projet de texte réglementant les mutations et les affectations et le mettre à la disposition du personnel.

6. *Par rapport au manque de coordination entre les gestionnaires du personnel et les formateurs de ces personnels.*

- Accélérer la procédure de mise à disposition du Ministère de la Santé Publique du personnel infirmier spécialiste par le MEFPPS.
- Afin de conforter leurs acquis techniques ce personnel spécialiste est invité à une mise en situation professionnelle et pour nécessité de service.

7. *Par rapport au manque de vocation chez le personnel*

Les vocations baissent en raison du contexte économique, social et culturel. Il faut donc créer un environnement propice au relèvement des vocations par une politique volontariste de motivation de valorisation et de respect des professions de la santé.

Le groupe adhère aux propositions de Monsieur le Ministre sur ce point et recommande à son tour que la motivation soit générale et sans distinction.

9. *Par rapport à certaines sorties du personnel*

Prendre des dispositions pour pourvoir certains postes indispensables au bon fonctionnement des services.

DEUXIÈME POINT : FORMATION CONTINUE

Les discussions du groupe ont porté sur :

- la nécessité de la formation continue
- les activités de formation continue
- les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités de Formation Continue.

Le groupe a fait les constats suivants :

- méconnaissance des besoins en Formation continue
- absence de coordination entre la formation initiale et la Formation continue
- Inexistence de centres de documentation
- manque de motivation due à l'absence de mesures incitatives
- inadaptation de certains programmes de formation de base
- Rôle réduit des Institutions de formation dans le domaine de la Formation Continue. Certains groupes professionnels en bénéficient plus que d'autres.
- Absence de financement national pour la mise en œuvre des Formations Continue et dépendance à l'égard des partenaires extérieurs.

Le groupe recommande

- Intégrer dans l'élaboration des programmes annuels d'activités des structures une identification de leurs besoins en Formation Continue.
- Mettre en œuvre une stratégie de programmation et de planification des activités de Formation Continue par la D.R.H. à partir des besoins identifiés par les structures.
- Créer et alimenter un centre de documentation au niveau de chaque région sanitaire et développer d'une politique de confection d'ouvrages locaux.
- Rendre la Formation Continue obligatoire et tenir compte des résultats acquis dans la promotion du personnel.
- Réviser les programmes de formation de base en fonction des besoins actuels.
- Établir des quotas de bourses pour chaque catégorie de personnel.
- Mettre en place un plan national de financement de la Formation Continue.

TROISIÈME POINT : LES SPÉCIALITÉS

Les discussions du groupe ont porté sur :

- L'opportunité de l'ouverture de certaines filières de spécialités
- L'internat qualifiant
- Le profil de carrière des Infirmiers Spécialistes.

Le groupe a fait les constats suivants :

- Méconnaissance des besoins en spécialistes (Médecins et Infirmiers)
- Absence de formation des formateurs des Infirmiers Spécialistes à l'INFAS.

Le groupe recommande :

- Recenser les besoins en spécialistes au niveau national et par région.
- Élaborer un Plan national de formation des spécialistes dans tous les domaines médicaux et chirurgicaux
- Développer une politique de formation des formateurs à l'INFAS
- Suivre les effectifs et programmer les ouvertures des filières de spécialistes par rapport aux besoins nationaux.
- Définir un profil de carrière de tous les agents de santé formés à l'INFAS.
- Créer des filières et accélérer de la formation des spécialistes de la tête, du cou et de la radiologie à tous les niveaux.
- Renforcer les plateaux techniques en rapport avec les spécialités ci-dessus mentionnées.
- Répartir de manière plus équilibrée les spécialistes à l'intérieur du pays.
- Créer un Institut National de Neurologie et de Neuro-Chirurgie.
- Créer une école de Santé Publique ouverte aux personnels médicaux et soignants. ✓

A N N E X E 4

OBJECTIFS DU DEVELOPPEMENT SANITAIRE 1996-2005

PRINCIPAUX OBJECTIFS 2005

| INDICATEURS | NIVEAUX 1996 | NIVEAUX 2005 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Mortalité infantile | 88 pour mille | 50 pour mille |
| Mortalité maternelle | 400 pour 100.000 naissances | 200 pour 100.000 naissances |
| Espérance de vie à la naissance | 56 ans | 60 ans |
| Couverture vaccinale des enfants | 50 % | 90 % |
| Malnutrition des enfants | 25 % | 12 % |
| Utilisation des sels de réhydratation orale | 10 % | 80 % |
| Poliomyélite | Cas déclarés | Eradiquée |
| Ver de Guinée | 3000 cas | Eradiquée |
| Tétanos néonatal | Cas déclarés | Eradiquée |
| Couverture dispensaires ruraux | 1 pour 10.000 Hbts | 1 pour 10.000 Hbts |
| Couverture maternités rurales | 1 pour 14.100 femmes en âge de procréer | 1 pour 6.600 femmes en âge de procréer |
| Population vivant dans une localité disposant d'une formation sanitaire | 54 % | 80 % |
| Population vivant à moins de 5 Km d'une formation sanitaire | 14 % | 10 % |
| Population vivant à une distance comprise entre 5 et 10 Km d'une formation sanitaire | 15 % | 10 % |
| Population vivant à une distance comprise entre 10 et 15 Km d'une formation sanitaire | 8 % | 0 % |
| Population vivant à une distance comprise entre 15 et 20 Km d'une formation sanitaire | 5 % | 0 % |
| Population vivant à plus de 20 Km d'une formation sanitaire | 4 % | 0 % |
| Couverture médecins | 1 pour 9000 Hbts | 1 pour 6.600 Hbts |
| SIDA | | Contrôlé |
| Paludisme | | Contrôlé |
| Lèpre | | Contrôlée ou Eradiquée |

A N N E X E 5

LISTE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

LISTES DES MALADIES PROFESSIONNELLES

1. Saturnisme professionnel
2. Hydrargyrisme professionnel
3. Intoxication professionnelle par le tétrachloréthane
4. Benzolisme professionnel
5. Phosphorisme professionnel
6. Affections provoquées par les rayons X ou les substances radio-actives naturelles ou artificielles ou toute autre source d'émission corpusculaire
7. Tétanos professionnel
8. Lésions cutanées causées par l'action des ciments
9. Dermatoses causées par l'action des chlororaphtalènes
10. Ulcérations causées par l'action de l'acide chromique ainsi que des chromates et bichromates alcalins
11. Intoxication professionnelle par le tétrachlorure de carbone
12. Intoxication professionnelle par les dichloréthylènes, le trichloréthylène (perchloréthylène).
13. Intoxications professionnelles par les dérivés nitrés et chloronitrés benzéniques
14. Intoxication professionnelle par le dinitrophénol
15. Maladies professionnelles provoquées par les amines aromatiques
16. Maladies professionnelles provoquées par le brai de houille
17. Dermatoses causées par l'action du sesquisulfure de phosphore
18. Charbon professionnel
19. Spirochétose ictéro-hémorragique professionnelle
20. Maladies professionnelles causées par l'arsenic et ses composés oxygénés et sulfurés.

21. Intoxication professionnelle causée par l'hydrogène arsénié
22. Sulfo carbonisme professionnel
23. Nystagmus professionnel
24. Brucelloses professionnelles
25. Silicose professionnelle
26. Intoxication professionnelle causée par le bromure de méthyle
27. Intoxication professionnelle causée par le chlorure de méthyle
28. Anhylostomose professionnelle
29. Lésions provoquées par des travaux effectués dans des milieux où la pression est supérieure à la pression atmosphérique
30. Asbestose professionnelle
31. Maladies professionnelles engendrées par la streptomycine et ses sels
32. Lésions irritatives oculaires et cutanées, provoquées par le fluorure de glucinium et de sodium
33. Béryliose professionnelle
34. Intoxication professionnelle par le thiophosphate de diéthyle et paranitro phényle
35. Affections ostéo-articulaires professionnelles provoquées par l'emploi de marteaux pneumatiques
36. Dermatoses professionnelles consécutives à l'emploi de lubrifiants
37. Maladies professionnelles causées par les oxydes et les sels nickels.
38. Maladies professionnelles engendrées par le
BARIUMFLUORURE
39. Maladies professionnelles engendrées par le bioxyde de manganèse

- 40. Affections professionnelles dues aux bacilles tuberculeux du type bovin
- 41. Trypanosomiase
- 42. Affections professionnelles provoquées par les bruits

MALADIES PROPOSEES A INCLURE

- ONCHOCERCOSE
- LEPRE
- HEPATHITES VIRALES
- BILHARZIOSE

A N N E X E 6

GUIDE D'ENTRETIENS

1 - FREQUENTATION DE L'HOPITAL OU CENTRE DE SANTE¹

¹ Une question identique et symétrique a servi pour la fréquentation des tradipraticiens ou guerrisseurs.

GUIDE D'ENTRETIENS

1 – Fréquentation de l'hôpital ou centre de santé¹

¹ Un questionnaire identique et symétrique a servi pour la fréquentation des tradipraticiens ou guérisseurs.

1 – IDENTIFICATION GEOGRAPHIQUE

1-1- Région

- 1-1-1- Sud-Abidjan (Lagunes)
- 1-1-2- Centre (Vallée du Bandama)
- 1-1-3- Nord (Région des Savanes)
- 1-1-4- Est (Moyen Comoé)
- 1-1-5- Nord-Est (Zanzan)

1-2- Sous-préfecture

2 – IDENTIFICATION INDIVIDUELLE

2-1- Nom

2-2- Prénom

2-3- Date et lieu de Naissance

2-4- Situation matrimoniale

- 2-4-1- Marié
- 2-4-2- Divorcée
- 2-4-3- Veuf

2-5- Ethnie

2-6- Religion

2-7- Niveau scolaire

- 2-7-1- Primaire
- 2-7-2- Secondaire
- 2-7-3- Supérieur
- 2-7-4- Non scolarisé

3 – ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES : Fréquentation – Nature
de l'accueil – Difficultés rencontrées – Satisfaction
Griefs – Proposition

3-1- Maladies contractées les 3 derniers mois

3-1-1- Nature à préciser

3-1-2- Où êtes-vous fait soigner

3-1-2-1- Dans une formation sanitaire

3-1-2-1- A la maison

3-1-2-3- Guérisseur

3-1-2-4- Ailleurs (préciser)

3-2- De préférence et d'habitude, où faites-vous soigner quand
vous êtes malade ?

3-2-1- A la maison

3-2-2- Dans une formation sanitaire

3-2-3- Chez un guérisseur

3-3- Pourquoi ?

3-3-1- Trop cher

3-3-2- Plus accessible

3-3-3- Pas accueillant

3-3-4- Autre à préciser

3-4- Nature de l'accueil

3-4-1- Que reprochez-vous à l'hôpital ?

3-4-2- Que aimez-vous de l'hôpital ?

3-5- Difficultés rencontrées

3-5-1- Nature des difficultés

3-5-2- Modalités de règlements de ces difficultés

3-6- Satisfactions

3-6-1- Quelles satisfactions retirez-vous de l'hôpital ?

3-6-2- Types de satisfaction

3-7- Insatisfaction

3-7-1- Quelles insatisfactions ?

3-7-2- Types d'insatisfactions et griefs

3-8- Propositions d'amélioration des prestations des formations
sanitaires

1 – TABLEAU DES CARTES

| | <u>PAGES</u> |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1 – Carte N° 1 Le champ géographique | 32 |
| 2 – Carte N° 2 Localisation de la région d'étude (Yorobodi).... | |
| 3 – Carte N° 3 Korhogo et sa région | 168 |
| 4 – Carte N° 4 Emplacement du CHU de Bouaké | 213 |
| 5 – Carte N° 5 Zone desservie par le C.H.U.B | 217 |

2 – TABLE DES SCHEMAS

| | |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| 1 – Schéma N°1 Organigramme du Ministère de la Santé Publique | 68 |
| 2 – Schéma N°2 Pyramide des structures sanitaires | 95 |
| 3 – Schéma N°3 Utilisation des ressources sanitaires | 101 |
| 4 – Schéma N° 4 Perception ontologique de l'homme | 119 |
| 5 – Schéma N°5 Le triangle sanitaire | 152 |
| 6 – Schéma N°6 Le couple santé-maladie | 179 |

3 – TABLE DES PHOTOGRAPHIES

| | | |
|----------------|-----------------------------------------------|-----|
| 1 – Photo N° 1 | Les champs d'activités de la femme-mère | 56 |
| 2 – Photo N° 2 | Structures sanitaires | 111 |
| 3 – Photo N° 3 | La politique religieuse de la santé | 134 |
| 4 – Photo N° 4 | Les divinités aquatiques (Bandama-Comoé).... | |
| 5 – Photo N° 5 | Cases des soins de santé (Torgokaha) | 146 |
| 6 – Photo n° 6 | Le CHU de Treichville | 208 |
| 7 – Photo N° 7 | L'UFR d'Odonto-Stomatologie | 223 |

4 – TABLE DES TABLEAUX

| | | |
|------------------|--------------------------------------------------------|-----|
| 1 – Tableau N° 1 | Groupes cibles | 35 |
| 2 – Tableau N° 2 | Accidents de grossesse et mortalité infantile | 57 |
| 3 – Tableau N° 3 | Ratios de personnel | 78 |
| 4 – Tableau N° 4 | Loi programme budgétaire | 103 |
| 5 – Tableau N 5 | Plantes médicinales | 137 |
| 6 Tableau N° 6 | Situation des services médicaux | |
| 7 – Tableau N° 7 | Surveillance épidémiologique | 221 |
| 8 – Tableau N° 8 | Structures d'information | 253 |