

L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest

Quatorze États composent l'Afrique de l'Ouest. Les systèmes de santé y sont aussi disparates que l'état sanitaire des populations. Pourtant de grandes lignes dessinent des spécificités et un avenir commun.

Didier Gobbers
Ingénieur-conseil en organisation, Ingénierie du développement, membre de l'Association des professionnels de santé en coopération

Éric Pichard
Professeur des universités, praticien hospitalier, CHU d'Angers, membre de l'Institut fédératif de médecine tropicale et de santé internationale

Le lecteur qui devrait rédiger un article sur l'Europe de l'ouest trouverait la tentative impossible, tant il voit de différences entre les systèmes de santé français, anglais, allemand ou portugais ; puis il considérerait que des grandes ressemblances autorisent une présentation synthétique. C'est bien de ce point de vue que le présent article s'efforce de donner des informations sur l'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest.

On prendra cependant deux précautions, la première de donner une brève définition du concept de système et la seconde de produire quelques éléments sur la zone géographique en cause.

Du système de santé

Le système de santé dont il est question comprend aussi bien ce qui résulte de la volonté des pouvoirs législatifs et exécutifs de façonner un environnement pour maintenir et améliorer l'état de santé des populations que ce qui constitue le fruit de la rencontre entre les capacités de citoyens, les uns qui aspirent à un bien être au sens défini par l'OMS : physique, psychique et social, les autres qui prétendent répondre à cette aspiration en offrant des prestations de différentes natures.

Le système de santé comporte donc, selon les pays, un ensemble de possibilités mises en œuvre par la puissance publique avec lequel cohabite, de manière plus ou moins harmonieuse et tolérée, une offre multiforme de diagnostic et de soins.

De l'Afrique de l'Ouest

L'Afrique de l'Ouest au sens géographique comprend 14 États, mais on s'accorde généralement à ce que l'ouest africain soit constitué de deux sous-ensembles : l'Afrique extrême occidentale et le Golfe de Guinée.

Avec 175 millions d'habitants cette région pèse 29 % de la population du continent africain (601,78 millions d'habitants) ; elle est très disparate à beaucoup d'égards :

- la taille respective des États : de 400 000 habitants au Cap Vert à 115 millions pour le Nigéria, qui facilite ou interdit certaines perspectives de développement ;
- les langues, plusieurs centaines de vernaculaires pour quatre langues officielles différentes ;

Caractéristiques des pays de l'Afrique de l'Ouest

	Langue	Monnaie	Pop.	Tx urba.	
				PNB/hab.	E-vie
Afrique extrême occidentale			26,38		
Bissau	P	FCFA	1,16	1 800	23 43
Cap vert	P	Escudo CV	0,41	7 200	56 65
Gambie	A	Dalasi	1,22	2 400	26 45
Guinée	F	FG	7,34	3 600	28 44
Libéria	A	Dollar L	2,67	1 500	47 39
Sénégal	F	FCFA	9,01	3 600	43 50
Sierra Leone	A	Léone	4,57	1800	41 34
Golfe de Guinée			148,24		
Bénin	F	FCFA	5,78	2 500	43 54
Côte d'Ivoire	F	FCFA	14,29	4 500	45 52
Ghana	A	Cedi	19,16	2 400	37 56
Nigéria	A	Naira	106,41	1800	40 51
Togo	F	FCFA	4,40	2400	30 51
Ouest géographique			2,96		
Guinée équatoriale	E	FCFA	0,43	3 600	43 48
Mauritanie	F	Ouguiya	2,53	3 000	55 52

Langue = A : anglais, E : espagnol, F : français, P : portugais. Pop = population en millions d'habitants. PNB/hab. = produit national brut par habitant en équivalent F par an. Tx urba. = Taux d'urbanisation. E-vie = Espérance de vie



- la monnaie, de convertibilité plus ou moins aisée ;
- l'histoire récente, une période coloniale non identique et un passé contrasté ;
- les caractéristiques géoclimatiques variant de la zone sahélienne à la forêt tropicale ;
- la richesse actuelle et les potentialités économiques découlant de caractéristiques naturelles variées ;
- les cultures et religions qui se superposent aux frontières,...

Des traits communs

Parmi les dizaines de paramètres caractérisant un système de santé, on présentera ci-après ceux qui, d'un poids variable selon les pays, constituent la trame de la réponse au titre de cet article.

On examinera trois familles de caractéristiques : l'État et la santé, la santé et la société (en encadrés) et quelques traits marquants de l'organisation des systèmes.

Le lecteur autant que l'auteur évitera de généraliser, en gardant présent à l'esprit que la vie socio-politique peut transformer rapidement la physionomie d'un sys-

tème de santé ; ainsi la description du système en Sierra Leone faite il y a trois ans ne ressemble plus à celle d'aujourd'hui que l'on peut espérer voir profondément améliorée dans trois ans. À l'inverse, des changements apparents dans les choix d'organisation politique d'un pays ne se traduisent pas en possibilités immédiates pour le citoyen, tel le passage d'une économie dirigée à une économie libérale ou le contraire.

Aussi pour une étude détaillée du système de santé d'un pays précis, on se reportera aux grands gisements bibliographiques en ne perdant pas de vue, d'une part que les données qui y sont contenues sont issues de sources officielles et que, d'autre part, les méthodes de recueil comportent une inertie qui permet rarement de disposer d'informations très récentes.

Les caractéristiques marquantes des systèmes de santé

On se limitera à survoler les grands problèmes de santé publique, le financement des systèmes, la primauté des soins de santé primaire et la pyramide sanitaire, l'or-

L'État et la santé

Dans aucun pays, l'État n'est absent de l'organisation du système de santé ; sa marque y est généralement assez visible. Parmi les traits marquants on citera le poids de l'héritage colonial, l'absence de mécanismes de sécurité sociale, les volontés programmatiques, la typologie des soins, l'empreinte des institutions internationales, la dépendance aux disponibilités budgétaires.

Le poids de l'héritage colonial

À l'exception du Libéria, souverain depuis 1847, tous les pays de la zone restent marqués par le mode d'organisation des services de santé mis en place par les anciennes puissances coloniales (dont il faut rappeler les différences de style liées à leur propre histoire : colonies de peuplement, « *indirect rule* », administration directe...) dans un contexte très différent à plus d'un titre : taille et répartition spatiale des populations, capacités de réponse de la science à des pathologies... Il y a quarante ans, suite à la vague des indépendances, les États durent gérer

seuls des questions auxquelles la plupart n'avaient pas été préparés ; les coopérations bi- et multilatérales ont apporté, jusqu'à aujourd'hui, des concours techniques et financiers d'ampleur variable et dont les résultats sont contrastés.

L'absence de mécanismes de sécurité sociale

Dans presque tous les pays concernés existent des caisses de sécurité sociale, dont la particularité est qu'aucune ne couvre le risque maladie. Héritières des législations mises en place avant les indépendances (qui n'avaient pas de raisons de couvrir d'autres risques que ceux liés à l'activité professionnelle, les travailleurs expatriés bénéficiant d'une couverture de la mère patrie) ces caisses ont tardivement fait évoluer les textes sur les retraites, les accidents du travail... mais, faute d'une rencontre de volontés entre employeurs et salariés, n'ont jamais abordé de front les questions liées à la santé.

Les volontés programmatiques de l'État

Pendant une longue période, les ministères de la Santé ont prolongé le schéma global d'organisation d'avant les indépendances (la direction des Grandes Endémies...), en supprimant souvent ce qui

rappelait la période coloniale (les équipes mobiles de soins) et en y greffant des structures promues par les diverses coopérations (la direction du programme santé maternelle... les CHU...). À la fin des années quatre-vingt, souvent sous des pressions extérieures, les ministères de la Santé ont adopté des politiques à long terme. Tous les pays ont désormais des PNDS (plan national de développement sanitaire) qui constituent les sésames indispensables d'éligibilité aux contributions financières internationales. Ces PNDS sont constitués d'une déclinaison d'objectifs assez semblables tels que : la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'augmentation de l'accessibilité aux soins, l'amélioration de la qualité des soins, la lutte contre le VIH-sida, la santé génésique et la planification familiale...

Le déroulement de ces PNDS comporte la confection de la carte sanitaire, l'élaboration de plans de développement sanitaire régionaux (décentralisation oblige), la détermination du PIP (Plan d'investissement public), la création du système d'information sanitaire voire d'alerte épidémiologique...

La typologie des soins

Aux différents niveaux de la pyramide

ganisation de l'hôpital et des CHU, le secteur privé, la question des médicaments, l'administration sanitaire, les ressources humaines du secteur.

Les grands problèmes de santé publique

Ce ne sont pas l'hygiène, l'alimentation, l'environnement qui sont présentés d'emblée comme des considérants des problèmes de santé publique mais principalement des pathologies découlant des conditions locales. Tous les pays de la zone identifient, avec des variations, les mêmes questions dont les plus préoccupantes sont exposées ici. Le paludisme est la première cause de morbidité, mais d'autres pathologies tropicales prélèvent un lourd tribut : onchocercose, trypanosomiase, dracunculose, schistosomiase, même si certaines sont en régression comme la lèpre. Certains pays présentent des particularismes tels la Côte d'Ivoire ou la Guinée avec l'ulcère de Buruli. À côté de ces grandes endémies, les affections respiratoires aiguës, la malnutrition et les maladies diarrhéiques occupent une place importante et parfois majeure selon

les pays et les périodes. Les mortalités maternelles et infantiles restent élevées bien que chaque pays ait érigé en programme la santé de la mère et de l'enfant ; on doit d'ailleurs plutôt parler du jeune enfant puisque les institutions de santé scolaire et universitaire sont toutes d'un niveau de performance très modeste.

Il n'y a pas de ministère de la Santé qui n'ait érigé en programme la lutte contre la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles et le VIH, dont les interrelations sont partout reconnues. La question du VIH-sida, très présent dans des pays comme la Côte d'Ivoire, pose autant de difficultés sociales que médicales ; elle est en pleine évolution depuis l'apparition des traitements antirétroviraux dont le coût est hors de portée des malades. Le dépistage et la prise en charge des séropositifs restent encore dans une logique centralisée.

La planification familiale, parfois associée à la santé de la reproduction, est intégrée depuis une dizaine d'années sous l'impulsion de projets financés par la Banque mondiale et le FNUAP.

sanitaire, les structures publiques sont chargées d'une triple mission, assurer des soins préventifs, curatifs et promotionnels. Dans ces trois domaines, à la fois pour des raisons d'organisation mais également pour des considérations économiques, le début des années quatre-vingt-dix a vu l'émergence du concept de mise en œuvre du Paquet minimum d'activités. Les soins préventifs longtemps constitués des seules activités vaccinales (puis des PEV, Plan élargi de vaccination) comportent désormais une palette large d'activités parmi lesquelles on peut citer la sécurité transfusionnelle, la couverture de la femme enceinte contre l'anémie (fer folate) et le paludisme (chloroquine), la diffusion des moustiquaires imprégnées (paludisme) et des pièges à glocine (trypanosomiase). Les soins curatifs concernent en premier lieu les pathologies locales, plus rarement les affections chroniques comme le diabète ; quelques pays disposent de rares et fragiles structures pour répondre aux besoins des polios, drépanocytaires, handicapés moteurs. Les soins promotionnels vont de la promotion des rapports protégés dans le cadre des stratégies de lutte contre les MST et le VIH à la planification des naissances (aux approches variables selon les religions suivies régionalement) en passant par de

nombreuses activités d'information, éducation, communication que tous les pays promeuvent dans des domaines comme l'éducation nutritionnelle, la réhydratation orale.

L'empreinte des organisations internationales

Dans la douzaine de pays de l'Afrique de l'Ouest, de nombreuses organisations internationales (de quelques unités à plusieurs dizaines) apportent un concours aux autorités sanitaires, leur champ d'action est plus ou moins large : de spécifique (Raoul Follereau pour la lèpre, Handicap international) à global (*Care International*, *Catholic Relief Service*) certaines passant de limité à étendu comme Médecins sans frontières, qui après avoir répondu à une situation d'urgence humanitaire s'inscrivent dans des processus de développement.

Les trois organisations du système des Nations unies « spécialisées » dans les questions de santé : OMS, Unicef, FNUAP ont fortement imprégné les organisations et pratiques de tous les pays de la zone. C'est ainsi que tous les pays ont superposé à leur organisation territoriale le concept de district sanitaire dans lequel doit agir l'équipe-cadre de district ; comme l'impulse une résolution dite « initiative

de Bamako ». Les objectifs d'éradication de maladies telle la poliomyélite ou d'amélioration de la santé génésique ont également été mobilisateurs même si les modalités de mise en œuvre ont été peu structurantes.

La dépendance aux disponibilités budgétaires

L'efficacité de l'État dans les systèmes de santé, indépendamment de la qualité des PNDS, est bien sûr tributaire du fonctionnement global de l'économie qui contraint les disponibilités budgétaires votées dans les lois de finances par les parlements. Les orientations d'allouer 8 % du PIB au secteur de la santé sont rarement atteintes et les apports externes en provenance des organisations de coopération internationale sont partout déterminants tant pour les investissements que pour le fonctionnement des structures sanitaires. Les pays de la zone qui ont tous été soumis depuis quinze ans à des programmes d'ajustement structurel, sous différents vocables, bénéficient depuis le début des années quatre-vingt-dix de plans de consolidation des dépenses sociales sous l'impulsion de la Banque mondiale ; cependant la masse salariale qui varie de 60 à 80 % laisse peu de ressources aux autres postes de dépenses.



Le financement des systèmes

Dans tous les pays, le financement du système de santé est majoritairement public, parce que les structures de soins le sont. Lorsque des héritages historiques font apparaître des structures confessionnelles et caritatives, elles sont parfois associées au service public de santé mais reçoivent de plus en plus rarement des subventions. Le secteur parapublic, lui-même producteur de services sociosanitaires, a été vivace dans certains pays jusqu'à la fin des années quatre-vingt, mais les programmes de privatisation auxquels beaucoup de pays ont recouru pour sauver des entreprises publiques défailtantes ont réduit leur place. Enfin, l'offre de soins de type « médecine d'entreprise » gérée en direct par des entreprises du secteur moderne au profit de leurs travailleurs (tant en milieu urbain que rural) est en train de changer de physionomie sous la contrainte de la maîtrise des coûts de production ; le relais pourrait être pris par les compagnies d'assurances actives en la matière.

Les difficultés économiques qui marquent les années quatre-vingt ont entraîné des performances de plus en plus dégradées des structures sanitaires publiques subissant en fin de chaîne la raréfaction des ressources budgétaires. Sous différentes philosophies (Initiative de Bamako...) le recouvrement des coûts devient désormais la règle. Pratiquement tous les PNDS, sous différentes présentations, reconnaissent de fait que l'État ne peut plus supporter seul le secteur de la santé, fut-elle dénommée publique. Les consommateurs paient désormais les prestations de soins, à des niveaux variables selon les pays, selon une « tarification sociale » fixée par les autorités politiques.

La pyramide sanitaire et la primauté des soins de santé primaire

Malgré les spécificités observables dans le secteur rural, la pyramide sanitaire comprend les structures de premier niveau (dispensaire, case de santé...), les structures dites de référence (hôpital général), les structures spécialisées (dédiées à un handicap ou une maladie) et les centres hospitalo-universitaires. Les soins dits de santé primaire constituent en principe le soubassement des systèmes de santé, dont les PNDS prévoient que les structures qui en sont chargées doivent couvrir n millions d'habitants dans une zone géographique déterminée. Classiquement tournés vers la santé maternelle (en particulier le suivi prénatal) et infantile (jusqu'à 2 ans) et les pathologies courantes de la zone, les centres de santé de premier niveau prennent aussi en compte des questions que l'éloignement de l'hôpital interdit d'ignorer ; on pratique donc des mises en observation et de la petite chirurgie qui peut parfois, sous le caractère de l'urgence, prendre en compte une césarienne ou une hernie étranglée. De plus en plus les centres de santé pratiquent l'intégration de services, c'est-à-dire doivent offrir des soins de proximité pour un registre élargi à des pathologies relevant

La santé et la société

Un système de santé est une réponse plus ou moins harmonieuse et cohérente aux besoins des citoyens ; parmi les très nombreux facteurs on évoquera la physionomie des économies, la démographie, les politiques sociales, la médicalisation de la santé, la solidarité et enfin les comportements des ménages.

La physionomie des économies

Même si quelques pays comme le Nigéria ou la Côte d'Ivoire commencent à avoir un tissu industriel, les États de la zone sont encore largement dans un cadre où l'économie moderne est l'exception et l'économie informelle la règle. Les pays extraient des matières premières minérales et végétales consommées localement ou exportées sans grande valeur ajoutée locale. L'agriculture prédomine partout, majoritairement vivrière. Les salariés sont peu nombreux (10 % de la population active dans le meilleur des cas) et leur répartition est souvent majoritaire dans le secteur public. La détention d'un potentiel de richesse pétrolière est significative dans les résultats de certains États. Les dettes extérieures peuvent parfois représenter dix ans de PIB annuel, minorant toute possibilité d'investissement et les courants d'échanges régionaux sont balbutiants même si de notables efforts sont engagés dans le cadre de la CEDEAO (Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest).

La démographie

Depuis les indépendances, le chiffre des populations des pays d'Afrique de l'Ouest a été multiplié par quatre ; le taux brut de mortalité (même si le niveau demeure effrayant pour certaines causes) est nettement inférieur au taux de natalité. En 2000, dans les douze pays, le taux de fécondité n'est pas inférieur à 5 (de 5,1 en Côte d'Ivoire à 6,6 en Guinée) marquant un recul d'un enfant par femme par rapport à 1990. La course entre les perspectives de croissance économique et

l'accroissement naturel démographique a toujours été à l'avantage du second. Sans méconnaître le poids des autres facteurs (cours des matières premières, guerre...) le fait démographique explique largement l'échec de la lutte contre le sous-développement. Ainsi, tenter d'atteindre la norme OMS d'un médecin pour 3 000 habitants signifie que dans un pays de 10 millions d'habitants, 120 médecins doivent être diplômés chaque année pour absorber la seule augmentation de population de l'année, alors que les facultés de médecine en produisent les deux tiers. La population est donc très jeune : 43 % de moins de 15 ans ; la pyramide des âges est parfois bousculée par des conflits meurtriers (le taux moyen de croissance, de 3 % dans la zone, est voisin de 0 en Sierra Leone et négatif de 2 % au Libéria).

Les flux inter-États sont intenses, les frontières longues et poreuses, les politiques migratoires fluctuantes aboutissent parfois à des expulsions de masse.

En moyenne de cinquante ans, l'espérance de vie à la naissance — toujours plus grande chez les femmes que chez les hommes — varie de 36 ans au Sierra Leone à 56 ans au Ghana.

La répartition de la population entre les villes et la campagne n'est pas sans conséquences sur l'organisation du système de santé : d'un côté, en nombre limité, des cités en expansion permanente (enfantant de plus en plus des monstres comme Lagos ou Abidjan) et de l'autre des zones d'habitat dispersé ne comptant que quelques centaines d'âmes.

La santé et les politiques sociales

Très peu de pays ont réellement intégré la santé dans une politique sociale, bien que presque tous les gouvernements adhèrent aux plaidoyers des grandes institutions comme l'Unicef. Il en résulte que les déviances sociétales découlant d'une urbanisation non maîtrisée sont laissées en jachère : travail des enfants, prostitution, maltraitance féminine, drogue, mutilations génitales, alcoolisme sont d'ailleurs autant de sujets pour lesquels les pouvoirs publics ont en charge d'assurer les mutations culturelles. Les tra-

vailleurs sociaux sont peu nombreux et le plus souvent démunis de moyens et de solutions face à des questions découlant directement de l'emploi, de l'habitat... En milieu carcéral, la santé est une question accessoire par rapport aux questions de base comme l'alimentation et l'hygiène.

In fine, l'organisation du système de santé est génératrice d'inégalités sociales, les riches qui consomment dans les CHU plus de soins à hauts coûts de production reçoivent de la collectivité nationale plus que les pauvres qui ne fréquentent que les structures de soins élémentaires.

La médicalisation de la santé

La santé est essentiellement perçue comme un état dont les dysfonctionnements méritent des réponses médicales : un diagnostic par un médecin — à défaut par un infirmier ou une sage-femme — des soins réparateurs au centre desquels se situe le médicament. Les questions d'hygiène publique, de sécurité alimentaire, de qualité de l'eau et de l'environnement ne sont pas fondamentalement ignorées mais font l'objet d'une prise en compte à laquelle les PNDS n'accordent pas de place. En milieu rural et encore plus en milieu urbain, les citoyens assimilent également santé et médecine ; l'automédication de type moderne est favorisée par un marché du médicament qui laisse une place importante aux non-professionnels (les pharmacies-trottoirs). Malgré cela la médecine traditionnelle reste vivace, certainement parce qu'elle prétend avoir une approche globale de la santé. Dans tous les pays de la zone, les autorités sanitaires ont conçu des plans pour intégrer les tradithérapeutes au système de santé ; cette volonté est parfois mue par une réaction aux apports du monde occidental.

La solidarité

Légendaires, les solidarités africaines résistent mal au monde contemporain, tout particulièrement en milieu urbain dans lequel les ciments ethniques, culturels, religieux et familiaux sont érodés par la multitude et la promiscuité. Plusieurs étu-

des montrent qu'elles ne disparaissent pas mais se recomposent sur des bases moins fortes puisque la pression du groupe social est en concurrence avec d'autres contraintes. Ainsi, alors qu'on aurait pu penser que les tontines traditionnelles auraient pris dans le secteur de la santé la place de solidarités institutionnelles défailtantes, peu de mutuelles ont vu le jour (encore de faible rayonnement au Bénin, Sénégal, Nigéria). Dans un registre voisin, le développement communautaire, qui est souvent présenté comme une caractéristique africaine, n'est pas au rendez-vous des initiatives dans le secteur de la santé en milieu urbain.

Les solidarités intergénérationnelles vers les ascendants ainsi que celles fondées sur la religion restent fortes bien que des événements externes (guerres, crises économiques) les mettent à l'épreuve ; les solidarités campagne-ville ont beaucoup mieux résisté qu'en Afrique centrale. En revanche, les solidarités de commensalité sont mises à mal en milieu urbain.

Les comportements des ménages

Les études récentes des déterminants socio-économiques et anthropologiques du recours aux soins montrent en milieu urbain des similitudes de parcours : automédication, soins de santé modernes, médecine traditionnelle. Cependant ces parcours, dont l'influence majeure n'est pas la capacité financière du chef de ménage mais son niveau d'instruction, sont fortement influencés par l'accessibilité au système moderne de santé ainsi que par la représentation sociale d'une pathologie, en particulier pour le sida. Si religion et culture sont d'un poids important pouvant influencer le choix du parcours thérapeutique, l'observation des décisions d'allocation de ressources pour la santé et la mort révèle de grandes ressemblances dans les pays de la zone : le coût du deuil est supérieur à ce qui aurait été nécessaire pour soigner. Dans le même ordre d'idée, la ventilation des dépenses du ménage montre des échelles de priorité dans lesquelles la santé n'est pas toujours prioritaire.



jusqu' alors de structures spécifiques telle la tuberculose. Bien que les planifications prévoient la présence de médecins, la majorité des centres de santé, tout particulièrement en milieu rural, sont tenus par des infirmiers et/ou des sages-femmes ; la qualité des soins dans certains pays a été améliorée par l'utilisation d'algorithmes de diagnostic et de traitement. En milieu urbain le maillage de la carte sanitaire est plus serré, en particulier grâce à une offre de soins privée — de qualité très inégale, mais surtout d'une accessibilité économique moindre — qui permet d'améliorer le taux de couverture. Le chiffre moyen d'un médecin pour 15 000 habitants cache des disparités énormes entre les pays de la zone et dans chacun entre la ville et la campagne ; le Nigéria et le Cap Vert sont de ce point de vue les moins mal lotis.

Tous les pays disposent de programmes verticaux (PEV, paludisme, lèpre, planning familial, MST, sida...) qui redonnent de l'élan selon un soutien international parfois pas toujours en rapport avec les missions quotidiennes : journées nationales de vaccinations, 1^{er} décembre journée sida... Leurs scores sont très variables, pour la rougeole le nombre d'enfants vaccinés varie pour les francophones de 82 % au Bénin à 38 % au Togo voisin et pour les anglophones de 91 % en Gambie à 59 % au Ghana.

L'organisation de l'hôpital et les CHU

Très embryonnaire, le niveau dit de référence fonctionne dans tous les pays de la zone de manière analogue, la plupart du temps en pratiquant le recouvrement des coûts directs ; dans quelques cas des conventions de prépaiement sont passées par des entreprises du secteur moderne au profit de leurs salariés. Les prix de journées sont fixés selon des considérations sociales sans aucun rapport avec la réalité des coûts de production, d'ailleurs inconnus dans 80 % des cas. Souvent dénommé général ou de district, l'hôpital offre une palette de soins de consultations externes avec de l'hospitalisation dans quatre secteurs : médecine, pédiatrie, chirurgies molle et dure, maternité ; on commence à y voir apparaître des services d'urgence. Les durées moyennes de séjour y sont de l'ordre de 8 jours et les coefficients réels d'occupation des lits sont rarement supérieurs à 60 %. Les plateaux techniques y sont vétustes avec trop souvent des équipements de laboratoires et une radiologie peu fonctionnels par défaut de crédits de maintenance et les effectifs médicaux sont toujours insuffisants, particulièrement en zone rurale. Dans la majorité des cas, les malades doivent acheter eux-mêmes les médicaments et les consommables (y compris pour les interventions chirurgicales) à la pharmacie de l'établissement mais aussi hors de celle-ci ; pour certains actes (accouchements, appendicectomie, hernie inguinale...) les malades peuvent acquérir des « kits opératoires ». La nourriture est très rarement servie par l'hôpital, les familles préparent souvent les repas dans l'enceinte de l'établissement. Le linge hospitalier est toujours insuffisant et fréquemment les

malades apportent aussi leurs draps. Les affections nosocomiales y sont nombreuses, favorisées par le manque de crédits pour les produits d'hygiène courante.

Dans les établissements hospitalo-universitaires, l'éventail des activités est à la hauteur des missions mais ils connaissent tous néanmoins, malgré leur statut d'établissement public leur conférant une plus grande autonomie de gestion, de grandes difficultés dans leurs trois registres. Concentrés dans les capitales, ils ont vocation à accueillir les malades de l'ensemble du territoire ; cependant les difficultés d'accès et leurs tarifs les tournent plus particulièrement vers les urbains de leur zone d'attraction. Ils concentrent la quasi-totalité des spécialistes qui sont par ailleurs chargés d'enseignement dans les facultés de médecine. La fonction recherche est le parent pauvre, elle est très dépendante des financements des institutions internationales de coopération.

Enfin, on doit signaler l'existence de nombreux établissements publics nationaux spécialisés soit dans un domaine de santé publique (laboratoire, institut d'hygiène, de vaccinologie...) ou dans une pathologie (Instituts de cardiologie, de cancérologie...).

Les acteurs privés de la santé

Bien que prédominante, l'action des structures publiques de santé est complétée par des acteurs privés à tous les échelons de la pyramide sanitaire. Longtemps marginale, la place de ces acteurs devient importante par l'arrivée sur le marché de professionnels qui n'ont plus de destin naturel dans la fonction publique, du fait des contraintes budgétaires. À côté des tradipraticiens présents depuis toujours, les cabinets de soins privés sont d'abord de type infirmier et de plus en plus médical. Officiellement réglementé, l'exercice privé de la médecine ou des soins infirmiers est dans beaucoup de pays à forte population pratiqué sans réel contrôle ; de surcroît par un jeu de circonstances croisées, un nombre non négligeable d'acteurs publics de soins est également prestataire privé. Le nombre réel de cabinets est en général le double ou le triple de celui disposant des autorisations *ad hoc*. Les laboratoires d'analyses médicales se développent sur un marché ouvert par la dégradation des structures publiques. Alors que les cabinets infirmiers et les laboratoires se rencontrent sur toute l'étendue des territoires, les médecins sont concentrés dans quelques centres urbains quand ils ne sont pas installés pour 90 % d'entre eux dans les capitales. Les structures confessionnelles ou caritatives, classées privées par définition, présentes dans certains pays avant les indépendances et vitales en terme de carte sanitaire, sont en général également présentes en milieu urbain et rural. Pour les mêmes raisons de raréfaction des capacités budgétaires publiques, le secteur de l'hospitalisation privée est en pleine croissance dans les capitales ; ces cliniques fonctionnent également bien souvent avec des praticiens du secteur public. À côté des structures ayant pignon sur rue gra-



© Médecins du monde. Photo Jean-Pierre Dugas

Des hôpitaux souvent vétustes rencontrent des difficultés de fonctionnement

vite dans la clandestinité une nuée de cabinets, principalement infirmiers. Dans l'ensemble, les coûts des prestations sanitaires privées sont nettement plus chers que ceux pratiqués dans le public, selon un coefficient multiplicateur allant de 3 à 15.

Enfin, il faut signaler depuis le début des années quatre-vingt-dix l'apparition d'une formule promise à un grand développement : les centres de santé à gestion associative, structures médicales privées en convention avec l'État dans lesquelles la qualité des soins et l'accessibilité économique représentent une véritable alternative aux offres de soins publique et lucrative. Ces structures parfois appelées communautaires (Bénin, Côte d'Ivoire...) sont également signalées dans d'autres pays de la zone (Mali, Burkina...).

Les médicaments

Partie intégrante des systèmes de santé, le marché du médicament, très contraint par les pouvoirs d'achat locaux a des traits communs que l'on peut résumer comme suit. La pharmacopée traditionnelle encore très vivante, même dans les centres urbains, n'est pratiquement pas utilisée dans les structures sanitaires, elle cède la place au médicament moderne avec l'élévation des niveaux de vie et d'instruction des malades. Le poste « médicament » pèse d'un poids négligeable dans les budgets publics de santé mais pas dans la

dépense nationale de santé ; il est constitué de spécialités dont l'importation est réglementée par la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché. Les importateurs en nombre limité (en général moins de cinq par pays) distribuent à des officines privées. Le prix des médicaments est encadré et les marges successives variables selon les pays aboutissent à un prix de cession compris entre 1,5 et 2,2 du prix global hors taxes rendu ; la fiscalité est nulle ou à taux réduit. Cependant sous l'impulsion des pouvoirs publics, on trouve dans tous les États des médicaments essentiels génériques (MEG) dont la liste va de 30 à 150 molécules. La dévaluation du franc CFA a permis de donner un élan significatif dans les pays de cette zone monétaire, mais la pénétration des MEG est lente et son niveau n'excède pas 25 % de la consommation dans le meilleur des cas, imputables essentiellement aux structures publiques lorsque la formation des prescripteurs a été faite. Pour le consommateur, la facture finale est inférieure de 2 à 3 fois celle d'une prescription en spécialité ; pour une pathologie standard simple (un accès palustre par exemple) le coût des médicaments équivaut à 20 F. Il n'existe que peu d'unités locales de fabrication et les pays ralentissent des centrales d'achat qui, sur de nouvelles bases, succèdent pour l'instant avec succès aux pharmacies d'approvisionnement publiques toutes frappées de faillite. Il y a peu d'achats réciproques entre les pays de la zone disposant d'unités de fabrication, de conditionnement ou de contrôle de qualité. La zone est également caractérisée par une diffusion sauvage de médicaments (les pharmacies-trottoirs) au nombre desquels on trouve des contrefaçons, parfois sans principe actif.

L'administration sanitaire

Définie comme un ensemble de structures chargées de la gestion, de l'animation et du contrôle de la politique de santé, l'administration sanitaire est partout frappée de deux caractéristiques : la centralisation et l'adhésion au concept du district sanitaire promu par l'OMS et l'Unicef. Les ministères de la Santé et leurs programmes nationaux de lutte contre les maladies sont relayés sur le territoire par des directions régionales et départementales de la santé, souvent sous l'autorité des préfets. La tutelle très embryonnaire sur les structures publiques de production de soins est symbolique sur les producteurs privés ; son action est perturbée par une déconcentration théorique démentie par des moyens humains et budgétaires dérisoires. Les marges de manœuvre réelles en matière de gestion des ressources humaines et des budgets de fonctionnement des structures sanitaires publiques sont très étroites. Le district sanitaire dont « l'équipe cadre », constituée des cadres des hôpitaux et centres de santé de la zone, est l'organe de cohérence, n'est pas toujours en harmonie avec l'organisation administrative du territoire. Les directeurs régionaux et départementaux sont en général des médecins, peu préparés aux



tâches d'administration et dont une grande partie de l'emploi du temps est absorbée par des missions de représentation. Leur rôle n'est pas non plus facilité par une gestion de calendriers multiples parrainés par des financeurs extérieurs : les journées nationales de vaccination, celles contre le sida, le tabac, pour les femmes... si elles apportent quelques ressources additionnelles aux activités bousculent sensiblement une organisation du travail encore fragile.

Avec l'aide d'organes de coopération, les ministères de la Santé ont mis en place des systèmes d'information sanitaire (SIS) qui collectent depuis le centre de santé rural jusqu'aux hôpitaux de région des données épidémiologiques ; ces SIS, longs à implanter (pas moins d'une dizaine d'années), se révèlent être plus des moyens d'information rétrospective que des outils d'aide à la décision. À la décharge des autorités sanitaires départementales et régionales numériquement faibles (rarement plus de 5 personnes de la secrétaire au directeur), les SIS qui comprennent de l'ordre de 200 indicateurs et dont le cycle de base est mensuel ne sont jamais considérés par les pouvoirs centraux comme argumentaire pour les allocations de ressources.

Les personnels de santé

Quatre décennies après les indépendances, les personnels des divers métiers utiles aux structures sanitaires sont en nombre limité, ce qui légitime l'existence de certains acteurs, comme les accoucheuses traditionnelles, particulièrement en zone rurale. Le manque est observable pour tous les métiers : médecins, infirmiers, soignants qualifiés, techniciens de laboratoire, paramédicaux et travailleurs sociaux. Les médecins exercent majoritairement en ville, donnant ainsi aux infirmiers et aux sages-femmes un rôle plus large, ceci tant dans le secteur public que privé. Tous les pays disposent d'institutions de formation aux métiers du secteur santé-social et ce n'est que pour des spécialisations que des professionnels vont désormais fréquenter des universités étrangères. Les universités et écoles nationales ont un potentiel de production limité ; elles connaissent souvent des soubresauts (crises sociopolitiques, difficultés budgétaires... générant des années blanches) altérant la sortie régulière de cohortes et offrant un rendement interne modeste. Les cursus calqués sur les modèles occidentaux sont finalement plus longs (par exemple de huit à neuf ans pour les médecins). Ce n'est que très récemment que les jeunes diplômés entrevoient de faire une carrière autrement que dans la fonction publique, mais y entrent dès qu'une opportunité se présente. La formation continue des professionnels est à peine ébauchée, elle est souvent aléatoire et toujours dépendante d'un financement international dans le cadre de programmes verticaux.

Les médecins privés, concentrés dans les capitales, accueillent dans leurs rangs des praticiens étrangers ; la majorité d'entre eux est originaire des anciennes

puissances coloniales et peu sont citoyens de pays frontaliers. Du fait de l'inexistence de mécanismes de protection sociale, la clientèle du secteur privé (tradipraticiens et autres paramédicaux traditionnels exclus) provient des catégories sociales à hauts revenus.

Dans la plupart des pays, les médecins publics sont également des acteurs du système privé de soins, rarement dans la légalité. Les conditions de travail rustiques et de faibles rémunérations dans le secteur public, autant que le manque de marché solvable dans le secteur privé, sont à l'origine d'une fuite des cerveaux. Celle-ci est d'ailleurs majorée par l'attrait que représentent les emplois dans les organismes internationaux détournant les élites médicales des pratiques pour lesquelles elles ont été formées.

L'avenir des systèmes de santé

L'organisation des systèmes de santé en Afrique de l'Ouest est déjà entrée à marche forcée dans une ère différente.

Si globalement les grands indicateurs laissent entrevoir une amélioration de l'état de santé des populations (au sens étroit de la définition de l'OMS), une analyse attentive montre que certains progrès sont aussi apparents que fragiles.

De surcroît la course entre les moyens et les besoins imposés par la démographie fait émerger de nouveaux problèmes exacerbés par les exigences de la morale de ce début de siècle.

En Afrique de l'Ouest, sous le double coup de boulot de l'évolution démographique et de la raréfaction des ressources publiques découlant autant des dépressions économiques que de gestions défailtantes, les systèmes de santé se sont dégradés progressivement lorsqu'ils n'étaient pas l'objet de transfusion massive d'aide extérieure.

Les pays qui pour la plupart vivaient dans la confusion entre les définitions de politiques de santé publique et leur mise en œuvre par la seule action publique, ne parvenaient qu'à mettre à disposition des personnels dans les structures publiques de diagnostics et de soins ; souvent avec des difficultés pour les rétribuer.

Les États sont conduits à admettre que la santé future publique ne pouvait plus avoir la puissance publique comme unique acteur. Une recomposition du paysage est en cours, organisée parfois, subie le plus souvent.

La question majeure que les responsables politiques auront à traiter sera celle de l'accessibilité à des soins de qualité, sans laquelle le mot de développement n'a pas de sens. L'optimisme que l'on peut afficher pour la réponse à cette question est justifié par la montée en puissance des citoyens et de la société civile qui ont déjà fourni les signaux de leur volonté de prendre en main leur santé ; il restera à la puissance publique à ne pas perdre de vue que les exclus sont de son ressort. ■