

La santé publique en Côte d'Ivoire : un secteur clé de développement en difficulté (1980-1994)

Loukou Bernard KOFFI
Maître-Assistant
Département d'Histoire
Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody
Abidjan-Côte d'Ivoire

RÉSUMÉ :

Cet article est le résultat de recoupement des informations de sources orales et imprimées ainsi que de divers ouvrages et articles scientifiques. Il étudie les difficultés du secteur de la santé publique en Côte d'Ivoire de 1980 à 1994. En effet, le marasme économique que connaît la Côte d'Ivoire dans les années 1980 empêche le système sanitaire dans une situation désastreuse. Celle-ci se fait remarquer par l'insuffisance des infrastructures sanitaires, l'émergence des cliniques avec des plateaux techniques de qualité et le positionnement de la médecine traditionnelle. À ces difficultés liées à l'accès aux soins de qualité, le secteur de la santé fait face à l'inefficacité des services sanitaires publics. Cette dernière se décline à travers le recul des investissements dans le secteur de la santé dans les années 1980, le déficit en personnel sans omettre la fraude et la corruption des professionnels de santé.

MOTS-CLEFS : santé publique, médecine traditionnelle, système sanitaire défaillant, fraude, corruption.

Public health in Côte d'Ivoire : a key development sector in difficulty (1980-1994)

ABSTRACT :

This article is the result of cross-checking information from oral and printed sources as well as from various books and scientific articles. It studies the difficulties of the public health sector in Côte d'Ivoire from 1980 to 1994. Indeed, the economic stagnation in Côte d'Ivoire in the 1980s left the health system in a disastrous situation. This was marked by the inadequacy of health infrastructures, the emergence of clinics with quality technical facilities and the positioning of traditional medicine. In addition to these difficulties linked to access to quality care, the health sector is faced with the inefficiency of public health services. The latter is reflected in the decline in investment in the health sector in the 1980s, the staff shortage, not to mention fraud and corruption among health professionals.

KEYWORDS : public health, traditional medicine, failing health system, fraud, corruption.

Date of Submission: 01-11-2022

Date of Acceptance: 10-11-2022

I. INTRODUCTION

Dès son accession à l'indépendance en 1960, la Côte d'Ivoire, en identifiant les différents secteurs importants pour son développement économique et social, positionne le secteur de la santé au titre de ses priorités. Ainsi, jusqu'en 1980, précisément pendant la période du miracle ivoirien, l'État se lance dans une politique de développement à travers des programmes d'investissements très ambitieux en matière de santé publique. Pour ce faire, dans le souci de garantir un système sanitaire performant, les autorités ivoiriennes prennent des mesures vigoureuses, entre autres la promulgation de décrets et de lois, la construction d'infrastructures de qualité, la formation du personnel de santé et surtout la gratuité des soins.

Cependant, à partir de 1980, la Côte d'Ivoire entre dans un marasme économique dû à la conjugaison de la baisse importante des revenus de ses matières premières d'exportation et du surendettement, occasionnant ainsi une détérioration des conditions sociales sans pour autant infléchir le taux d'accroissement de la population. Désormais, incapable de maintenir son train de vie, l'État ivoirien doit faire face à un profond déséquilibre interne et externe, à une réduction et à un ralentissement des diverses politiques de développement. Dès lors, la Côte d'Ivoire rencontre des difficultés dans sa politique de développement de santé publique initiée depuis 1960, avec en sus la fin de la gratuité de soins, en 1994. Comment se distinguent alors de 1980 à 1994, les maux minant le secteur de la santé en Côte d'Ivoire, qui le plongent dans une relative léthargie ?

Cet article se veut une contribution à la politique de développement du secteur de la santé en Côte d'Ivoire. En ouvrant une lucarne sur les difficultés inhérentes au secteur de la santé publique en Côte d'Ivoire de

1980 à 1994, cette étude veut également mettre en lumière les défis à surmonter dans ce secteur dans le but de doter d'un système très performant. Pour soutenir notre démonstration, un recoupement des informations recueillies s'avère nécessaire. Celles-ci proviennent des données d'entretiens avec des personnes-ressources, spécialistes de la santé, des sources imprimées ainsi que de divers ouvrages et articles en rapport avec la santé.

Ainsi, de 1980 à 1994, en plus des difficultés liées à l'accès aux soins de qualité, l'inefficacité des services sanitaires publics constituent les principaux écueils existant dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

II. LES DIFFICULTÉS LIÉES À L'ACCES AUX SOINS DE QUALITÉ

De 1980 à 1994, le secteur de santé publique en Côte d'Ivoire se heurte à une difficulté majeure à savoir l'inaccessibilité aux soins de qualité. Celle-ci est perceptible à travers l'insuffisance des infrastructures sanitaires favorisant une recrudescence des structures privées avec des tarifications onéreuses et disparates. Aussi, cette situation conduit-elle la majorité de la population à recourir à l'indigénat.

2.1. L'insuffisance des infrastructures sanitaires

Jusqu'en 1990, le gouvernement de Côte d'Ivoire s'efforce dans la limite du possible de construire des structures sanitaires pour le bonheur de sa population. Il s'agit en l'occurrence des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)¹, des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), des hôpitaux départementaux, des centres de recherches, des médicaux scolaires et des dispensaires. Selon une politique quasi-gratuite, ces structures sanitaires assurent jusqu'en 1994, diverses offres telles que la consultation, les traitements en médecine générale et spécifique avec des possibilités d'hospitalisations et la recherche scientifique (l'enseignement universitaire et post-universitaire de type médical, la formation pharmaceutique, odontologique et paramédicale) (C. N. C. Boni, 1998, p. 65). Malgré ces offres alléchantes, les structures sanitaires demeurent malheureusement insuffisantes eu égard au rythme de croissance de la population ivoirienne. En outre, le manque d'entretien des structures existantes et surtout les difficultés financières de l'État dues à la crise économique des années 1980, créent une situation délétère dans les hôpitaux provoquée par un manque criard de matériels de santé. En effet, à Abidjan, particulièrement dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), on assiste au grand désarroi des malades, obligés de dormir à même le sol à cause du manque de lits. Le professeur Nomel Essoh, chef de service au service de pédiatrie du CHU de Treichville, décrit ce spectacle peu reluisant en ces termes : « *mes cents vingt-huit (128) lits sont tous occupés en permanence. Je suis obligé d'hospitaliser trois (3) fois plus de malades. Ceci, dans les couloirs bien entendu. Le Ministère de la santé est conscient de ce problème, nous a même fournis des lits picots qui ont été tous malheureusement détruits* » (Y. Kébé, L. Sidibé, 1980b, p. 10). Il en est de même pour la pédiatrie du CHU de Cocody dirigée par le professeur Assi Adou qui héberge une centaine de malades pour cinquante (50) lits. Quant au professeur Samba Diarra, chef de service de gynécologie du CHU de Treichville, il fait remarquer aux autorités que son service de quatre-vingt-neuf (89) lits doit faire face en moyenne à cinq mille (5.000) nécessités d'hospitalisation par an. Un simple calcul (...) fait apparaître que même une rotation des heures par malade ne permet guère de faire face à une telle demande. En conséquence, les femmes jonchent le sol en salle d'accouchement, aux urgences gynécologiques, en réanimation, dans le couloir du bloc opératoire et dans les salles d'hospitalisation (Y. Kébé, L. Sidibé, 1980b, p. 15).

L'insuffisance des lits, commune à tous les services, s'explique par les capacités d'accueil dépassées des centres hospitaliers construits à une période donnée. En effet, les capacités d'accueil de ces diverses structures hospitalières sont de 5.134 lits d'hospitalisation, soit environ 1 lit pour 1.177 habitants et de 2.264 lits de maternité, soit un 1 lit pour 1.884 habitants en 1980 avec une population de plus de 7 millions d'habitants (Fraternité Hebdo, 1980, p. 128). À l'instar des lits, d'autres équipements font également défaut. En 1994, par exemple, parmi 55 hôpitaux généraux que compte la Côte d'Ivoire, 21 hôpitaux disposent d'un bloc opératoire fonctionnel, 37 hôpitaux généraux ont un laboratoire et 11 hôpitaux avec un service de radiologie pour une population d'environ 15 millions d'habitants (J. Brunet-Jailly, 2002, p. 342). Un autre constat déplorable se perçoit au niveau des services de pédiatrie de Treichville et de Cocody. Il s'agit de l'insuffisance de couveuses, occasionnant le plus souvent le décès des nouveaux-nés prématurés. En effet, sur six (6) couveuses, une seule fonctionne au CHU de Cocody et deux (2) sont opérationnelles au CHU de Treichville en dépit du mauvais entretien.

Cette situation alarmante des structures sanitaires publiques résulte également de l'inadéquation entre les infrastructures sanitaires et la croissance sans cesse de la population ivoirienne. En effet, la population ivoirienne de 6.709.000 habitants en 1975 passe au double 15 ans plus tard, précisément en 1990 avec 12 millions d'habitants (A. Manizan, 2014, p. 99). De même, la politique de gratuité des soins agit négativement sur les coûts des soins médicaux. Ainsi, en Côte d'Ivoire, les soins et les consultations dans les formations sanitaires sont gratuites (Y. Kébé, L. Sidibé, 1980b, p. 12) des plus petites structures de santé comme les protections maternelles et infantiles (PMI), aux grandes structures telles que les Centres Hospitaliers

¹ Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) sont ceux créés à Cocody en 1970, à Treichville en 1976 et à Yopougon en 1990.

Universitaires (CHU). Cette gratuité des soins médicaux explique le débordement dans les hôpitaux et les maternités et par conséquent, la vétusté du matériel. Face aux difficultés du secteur sanitaire public, les populations se ruent en masse vers les cliniques dont l'émergence crée une disparité des coûts de prestations.

2.2. L'émergence des cliniques et la disparité des coûts

De 1980 à 1994, la crise économique avec pour corollaire la chute des prix des matières premières agricoles sur le marché mondial, engendre des incidences négatives sur le bon fonctionnement de la politique de développement sanitaire. En effet, l'État asphyxié par le marasme économique, se désengage au profit du privé et procède à la réduction de la masse salariale et à la suppression des avancements de salaire (D. Cogneau, S. Mesplé-Somps, 2003, p. 7). Cette situation oblige les agents de santé des structures publiques à mener des activités extrahospitalières dans les structures privées agréées ou clandestines², à cause de l'inexistence des conditions matérielles et de l'insuffisance de leurs salaires. Ainsi, bon nombre d'entre eux cherchent une compensation ailleurs en vue d'accroître leurs gains mensuels désormais insuffisants dus à la cherté de la vie du fait de la crise économique. Pour le Professeur Angaté, doyen honoraire de la faculté de médecine d'Abidjan, le médecin doit avoir une activité qui corresponde à son standing. Selon lui, dans les pays comme la France, les médecins font de la clientèle privée pour assurer ce standing et le privé sert d'appoint et de secours pour l'État.

De plus, la population exige des soins de qualité ne pouvant plus être dispensés dans les établissements publics, alors que les structures privées recherchent une performance organisationnelle et matérielle interne afin d'attirer plus de monde à leurs services. Implantées timidement un peu partout dans la capitale abidjanaise et à l'intérieur du pays, on dénombre 24 cliniques privées, 24 cabinets médicaux et 212 infirmeries privées officiellement agréées³ en 1993 (J. Brunet-Jailly, 2002, p. 342). À côté de ceux-ci, prolifèrent les infirmeries privées clandestines dans les quartiers à forte population. Il s'agit notamment d'Adjamé, d'Abobo, de Treichville, de Koumassi, de Port-Bouët et de Yopougon où ces infirmeries s'installent aux abords des ruelles entre plusieurs maisons ou à des endroits non exposés au grand public, ou encore dans bien des cas, sont en même temps les maisons des propriétaires. Ces infirmeries en question s'installent dans ces lieux pour être à l'abri des menaces de fermeture de l'administration sanitaire pour défaut d'autorisation. Les propriétaires de ces infirmeries sont pour la plupart tous des infirmiers, des infirmières ou des sage-femmes travaillant à temps plein dans les hôpitaux et autres formations sanitaires publics de la capitale. Pour faire fonctionner leurs structures, ils embauchent ou débauchent des garçons et filles de salle qui ne connaissent pas grande chose de la science médicale mais capables tout au moins de faire des injections.

Par ailleurs, l'avènement des structures sanitaires privées dans les années 1980 permet d'offrir, à la population ivoirienne, de meilleures prestations avec des équipements modernes et adaptés, et un personnel médical plus disponible. Pour Docteur Etekou Akpa, Médecin à la retraite, ex-Directeur Régional du Bas-Sassandra, généralement la clientèle potentielle des cliniques se recrute parmi les personnes aux revenus moyens. Celles-ci se tournent vers le privé pour bénéficier de leurs offres et surtout éviter les tracasseries et la bureaucratie de l'hôpital public. Cette efficacité dans le rendement des services sanitaires privés contraint le citoyen lambda qui désire se soigner dans les meilleures conditions à y mettre le prix⁴.

Les prix des prestations des hôpitaux publics diffèrent largement des cliniques privées. Dans le public, jusqu'en 1994, la consultation et les médicaments de premières nécessités sont gratuits ainsi que la couverture vaccinale. Avec le privé, ces prestations coûtent chères et ne sont pas à la portée de toutes les bourses. De plus, les prix varient d'une enceinte à une autre, occasionnant une disparité des coûts. En clinique, aux dires de Docteur Etekou Akpa, « *les consultations vont de 7.000 francs CFA à 25.000 francs CFA et les interventions chirurgicales de 200.000 francs CFA à 1.000.000 de francs CFA selon la pathologie* »⁵. Ces tarifs rendent les prestations médicales inaccessibles à l'immense majorité de la population. Celle-ci, pour défaut de moyens financiers, se réfère à la médecine traditionnelle.

2.3. Le recours à la médecine traditionnelle

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la médecine traditionnelle est l'ensemble des connaissances, des compétences et des pratiques de soins holistiques dont le rôle dans la préservation de la santé et le traitement des maladies sont reconnus et acceptés. Ainsi, la médecine traditionnelle repose sur des théories, croyances et expériences des autochtones qui se transmettent de génération en génération (World Health Organization (WHO), 2005, p. 35).

²En 1985, l'État tente un recensement exhaustif des établissements de santé privés qui s'avère strictement irréalisable.

³En 1993, le programme du gouvernement à travers le Ministère de la santé, prévoit bien la libération des praticiens durant un certain quota d'heures par semaine (8 heures soit 20% du total hebdomadaire) dans les officines privées ayant une autorisation de création officielle.

⁴Entretien avec AKPA Etekou, Médecin à la retraite, ex Directeur Régional du Bas-Sassandra, 30 mai 2021 de 16h à 18h15, Dabou. **Thèmes abordés** : La gratuité des soins et le coût des interventions chirurgicales.

⁵*Idem*.

En Côte d'Ivoire, cette forme thérapeutique est fortement active dans la plupart des régions pour diverses raisons parmi lesquelles la raison d'ordre culturel est la plus fondamentale. En effet, la médecine traditionnelle est la première forme de thérapie sûre et efficace connue des Ivoiriens. Pendant longtemps, les malades se soignent à l'aide de médicaments à base de plantes et de matières animales. Souvent à ses substances, les guérisseurs ajoutent des portions magiques pour conjurer le mauvais sort qui est l'une des causes de la maladie. À partir de 1980, malgré la médecine dite moderne, les Ivoiriens conservent cette habitude dans la mesure où la médecine traditionnelle représente à bien des égards, le seul service de santé disponible, abordable et accessible surtout pour les populations rurales. En outre, compte tenu de la disparité et l'éloignement des centres de santé modernes, certaines populations notamment celles des zones rurales parcourent une distance évaluée à plus de 5kilomètres pour trouver un centre de santé (B. Z. Boga, 2012, p. 145). Ces populations préfèrent aussi l'indigénat car celui-ci offre un coût de traitement symbolique et supportable. De plus, certaines pathologies tropicales comme le paludisme font appel aux plantes médicinales administrées à domicile. Par exemple, tandis que plus de 60% des enfants atteints de forte fièvre due au paludisme reçoivent un traitement à l'indigénat, les femmes enceintes s'adonnent à la purge afin d'éviter la constipation et le paludisme.

Par ailleurs, l'autre raison expliquant la préférence de la médecine traditionnelle est d'ordre structurel. En effet, le secteur sanitaire public de 1980 à 1994 se heurte à de nombreuses difficultés, notamment l'insuffisance d'infrastructures, la lenteur des services, la cherté des médicaments, et le coût exorbitant des traitements dans les cliniques. En plus, l'indice de pauvreté connaît une forte augmentation passant de 10% en 1985 à 36,8% en 1994 (Côte d'Ivoire – Gouvernement, 2009, p. 18). Cet indicateur de pauvreté en hausse vient renforcer l'idée selon laquelle la médecine traditionnelle se présente comme une alternative pour la majeure partie de la population issue de la frange des pauvres, vu l'incapacité de l'État à faire face à la gratuité des soins.

Outre les difficultés liées à l'accès aux soins de qualité, le secteur sanitaire public subit également les répercussions du fait de l'inefficacité de ses services de santé.

III. L'INEFFICACITÉ DES SERVICES SANITAIRES PUBLICS

Livrées à elles-mêmes depuis le désengagement de l'État, les structures sanitaires publiques se voient dans l'incapacité de freiner certains maux qui les rendent inefficaces. Il s'agit en l'occurrence du recul des investissements dans le secteur de la santé, du déficit en personnel et de la fraude et la corruption des professionnels de santé.

3.1. Le recul des investissements dans le secteur de la santé dans les années 1980

En Côte d'Ivoire, le pouvoir public supporte pour l'essentiel le secteur de la santé. Ainsi, l'État assure le financement du fonctionnement de son administration au moyen de subventions accordées aux établissements de soins et adopte, depuis les indépendances, la gratuité des consultations et des soins (C. N. C. Boni, 1998, p. 65). Pour ce faire, sur la base des revenus des cultures d'exportation, les autorités ivoiriennes s'endettent auprès des institutions financières internationales pour le financement des hôpitaux et celui des centres de santé primaires⁶ à Abidjan au détriment des zones rurales (World Bank, 1993, p. 169). À cela s'ajoutent les dépenses salariales et l'achat de fournitures de base notamment les équipements et les médicaments génériques.

Cet intérêt pour le secteur de la santé connaît un coup d'arrêt pendant la crise économique des années 1980⁷ à telle enseigne que l'État se trouve dans l'incapacité de continuer à développer la politique de gratuité des prestations jugée trop onéreuse pour les finances publiques. C'est pourquoi, l'État met fin à cette initiative en s'imposant un programme d'ajustement structurel sur injonction des institutions de Bretton Woods. Ces dernières à savoir la Banque Mondiale le Fonds Monétaire International (FMI) parviennent à rétablir l'équilibre financier en ajustant les dépenses de l'État (World Bank, 1993, p. 171).

En 1981, dans le premier prêt d'ajustement que reçoit la Côte d'Ivoire (Banque Mondiale, 1999, p. 11), le budget alloué au secteur de la santé, représente seulement un peu plus de 7% du budget général estimé à plus de 338 milliards de francs CFA. Ce dernier est inférieur de 10,6% au budget des années 1970 (J. Brunet-Jailly, 2002, p. 346). Quant au budget spécial d'investissements et d'équipements, de 3,5% en 1985, il atteint 8% en 1988 (J. Brunet-Jailly, 2002, p. 348).

Cependant, comme le relève Lazéni Coulibaly, Ministre de la santé et de la population du gouvernement du 02 Février 1981, ces subventions deviennent largement insuffisantes, eu égard aux énormes difficultés du secteur de la santé. En outre, l'économiste du Centre Hospitalier Régional de Bouaké, l'Adjudant-chef Kpata Grah, s'offusquant du budget alloué à l'éducation nationale équivalant à 30% du budget national,

⁶ En Côte d'Ivoire, la Banque finance le renforcement de l'administration centrale de la santé et un vaste programme de travaux pour faire fonctionner une pyramide sanitaire qui ne compte pas moins de neuf échelons.

⁷ Après deux décennies de forte croissance, l'économie ivoirienne connaît pendant les années 1980, une crise profonde et persistante. Les rééchelonnements réguliers de la dette extérieure, les arriérés de paiement de l'État à l'égard des entreprises, la diminution des prix d'achat aux producteurs de café et de cacao sont les signes visibles de l'étranglement financier de la Côte d'Ivoire.

estime que le CHR de Bouaké ne reçoit que le tiers des subventions souhaitées pour son bon fonctionnement, soit 110 millions de francs CFA en lieu et place de 360 millions de francs CFA⁸. Il poursuit en affirmant : « Nous dépensons un million par mois pour l'oxygène seulement. Il faut payer le personnel journalier, entretenir les locaux et le matériel, donner tous les jours des repas de bonne qualité aux malades hospitalisés, acheter des fûts médicaux »⁹. Relevant également la même préoccupation, le directeur de l'hôpital de Katiola trouve très peu les 11 millions de francs CFA octroyés à son hôpital. Il note que « la morgue par exemple ne fonctionne qu'avec un climatiseur de trois chevaux. Or, le budget de son hôpital ne permet pas d'en faire une véritable chambre froide » (Y. Kébé, L. Sidibé, 1980a, p. 10). Le constat est le même dans les hôpitaux de Man, Daloa, Gagnoa, Bouaflé et Agboville.

Pour que les hôpitaux fonctionnent convenablement, l'État doit faire face au ratio entre la croissance démographique et les infrastructures existantes. Il doit résoudre également la question des conditions de travail des agents de santé sans oublier les pénuries de médicaments observées dans les établissements publics. Ces indicateurs dans le secteur de la santé confirment les carences de ce secteur en Côte d'Ivoire. Celles-ci se manifestent aussi au niveau du personnel.

3.2. Le déficit en personnel

Selon les normes de l'OMS, dans un établissement sanitaire, 1 médecin équivaut à 5.000 habitants, 1 infirmier pour 300 habitants, 2 infirmiers pour un médecin, et une infirmière exerçant en plein temps pour 10 lits (T. Boussert et al, 2010, p. 11). Ces données quantitatives et qualitatives ont pour objectif de répondre plus aisément aux besoins de santé dans le monde. Cependant, il est difficile pour les pays en développement comme la Côte d'Ivoire d'obéir à ces normes, qui vont au-delà du seuil exigé en fonction des réalités. En effet, l'État ivoirien est sans cesse en proie à la différence entre le taux de croissance des ressources et celui de la population. Le budget alloué au secteur de la santé est de 7% pour une population estimée à près de 14 millions d'habitants en 1994 (Côte d'Ivoire-Institut National de la Statistique (INS), 1994, p. 7). Ceci paraît insuffisant pour une politique sanitaire quasi gratuite amorcée après les indépendances.

On assiste alors au grand dam des populations à un déficit en personnel. En 1991, le besoin en personnel de santé devient plus qu'urgent en Côte d'Ivoire en ce sens les statistiques indiquent 1 médecin pour 8.856 personnes, 1 infirmier ou infirmière d'État pour 2.653 habitants et 1 sage-femme pour 1.736 femmes en âge de procréer (Côte d'Ivoire-Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2008, p. 18).

Dans les grandes agglomérations, Abidjan dispose de 200 médecins tandis que l'intérieur du pays en a que 130 (Y. Kébé, L. Sidibé, 1980a, p. 8). Sur les 18 dentistes relevant du même ministère, 9 dentistes servent dans la capitale et plus de 30 sur 47 pharmaciens, ont leurs pharmacies implantées à Abidjan. S'agissant du personnel paramédical, sur les 3.165 infirmiers, infirmières et sage-femmes recensés en 1980, 1.526 exercent à Abidjan, soit 45% du personnel national. En réalité, la majorité des agents de santé préfèrent travailler dans la capitale économique qui leur offre plus d'avantages. Cette inégale répartition des ressources humaines sur le territoire ivoirien se présente également comme un souci majeur parce que le manque d'agents de santé dans les hôpitaux publics pousse certaines catégories d'usagers plus ou moins à revenu modeste à se tourner vers des structures sanitaires privées avec des frais de consultation parfois exorbitants. Ce déficit entraîne de graves conséquences telles que la baisse de la qualité et de la productivité des services, une longue liste d'attente dans les hôpitaux, une lenteur dans la réalisation de certaines interventions pour un personnel en sous-effectif et surtout la pratique de la fraude et de la corruption.

3.3. La fraude et la corruption des professionnels de santé

Le secteur de la santé fait face à des pratiques malsaines de certains agents véreux. Les plus récurrentes sont la fraude et la corruption. Ces pratiques s'observent surtout avec les détournements de médicaments dans les hôpitaux publics. Interceptés depuis le port d'Abidjan, ces médicaments se commercialisent sur le marché local. Les potentiels clients de médicaments détournés sont généralement les cliniques et les infirmeries privées clandestines. On y ajoute aussi des particuliers qui achètent les médicaments chez des agents de santé. Cela crée un déficit de médicaments dans les pharmacies des hôpitaux publics qui ne reçoivent pas très souvent les dotations de médicaments souhaités. Il arrive parfois, selon le Docteur Gabriel Marcel, Médecin à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Korhogo, que « des produits de premières nécessités tels que les sparadraps, les gants ou de l'alcool soient absents dans certaines pharmacies publiques ; ce qui cause ainsi une inefficacité des services publics »¹⁰. En outre, pour David Tchimbé, infirmier diplômé d'État à la retraite, « la plupart des

⁸Entretien avec GRAH Kpata, Adjudant-chef et Économiste du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Bouaké, 02 novembre 2021, Abidjan, 9h à 10h07min, **Thème abordé** : Les approvisionnements des dispensaires et hôpitaux en médicaments

⁹Idem.

¹⁰Entretien avec Gabriel Marcel, Médecin à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Korhogo, 30 juin 2021, Abidjan de 16h à 17h20, **Thème abordé** : les difficultés de la profession des infirmiers.

cas de corruption détectés dans le secteur de la santé relèvent des problèmes de gouvernance et de transparence dans le secteur public »¹¹.

Dans le secteur de la santé, à l'instar de certains secteurs de développement, y règnent les compromissions au niveau des contrats publics, les abus, les vols et les pots de vin en échanges de subventions à l'achat de matériel médical auxquels s'adonnent les professionnels de la santé. Les fournitures en matériels et en médicaments en font les frais car, souvent les agents de santé font des commandes exagérées de médicaments et gardent le reste par devers eux. Ils les revendent ensuite aux malades prétextant une pénurie de médicaments.

De plus, les lourdeurs administratives dans les commandes des produits pharmaceutiques, le non-respect des délais de livraison et la rareté des médicaments indispensables sont à la base des détournements et des pénuries dans les hôpitaux¹². Dans certains centres de santé, « *l'infirmier n'a que de l'alcool, de la nivaquine et des compresses pour ses soins. Aussi, produit-il des ordonnances afin que les patients se rendent dans les pharmacies privées pour l'achat de leurs médicaments* »¹³ parce que les fréquentes ruptures de Stocks à la pharmacie de la santé publique rendent difficile l'accès aux médicaments à moindre coût (B. Z. Boga, 2012, p. 146).

Dès lors, les populations se voient contraintes souvent de se ravitailler en médicaments de rue qui constituent un réel danger public. Par ailleurs, une autre pratique en vigueur dans les établissements sanitaires est le racket et la surfacturation des coûts de services de santé. Par exemple, les malades impatients du fait des longues files d'attente, soudoient certains agents avec des modiques sommes. On constate aussi l'inaccessibilité des produits sanguins pour des raisons de lenteur dans la décentralisation de la banque de sang, d'insuffisance de donneurs et de surfacturation.

IV. CONCLUSION

Au total, force est de reconnaître que le système sanitaire public en Côte d'Ivoire de 1980 à 1994 ploie sous le poids d'énormes difficultés. La crise économique des années 1980 à laquelle viennent se greffer l'insuffisance et la vétusté des infrastructures sanitaires, la prépondérance et la concurrence des cliniques aux conditions alléchantes, la résurgence de la médecine traditionnelle, le tarissement des investissements, la ruée des agents du public vers les structures de santé privées, la fraude et la corruption constituent autant de gangrènes dans le secteur de la santé publique. Ces maux viennent rompre la bonne dynamique constatée dans la politique de développement du système sanitaire ivoirien durant les deux décennies après les indépendances.

Aussi, pour surmonter ces entraves au système sanitaire, l'État met en place en 1996, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). En effet, adopté par les institutions internationales de financement, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période de 1996-2005, pose le diagnostic de la situation sanitaire en Côte d'Ivoire et formule des stratégies de financement du secteur de la santé. Ainsi, il s'inscrit dans une perspective de réformes profondes et d'innovations visant à transformer le système de santé pour l'adapter aux défis apparus après la crise économique des années 1980 et début 1990. Son objectif général vise l'amélioration de l'état de santé et le bien-être des populations par une adéquation qualitative et quantitative entre l'offre de soins et les besoins essentiels des populations sans oublier leur participation à la gestion et au financement des soins de santé.

¹¹Entretien avec TCHIMBIÉ David, infirmier diplômé d'État à la retraite, 11 avril 2021, Assikoi, 16h -17h30min, **Thème abordé** : La dotation des hôpitaux en produits médicaux

¹² Dans les hôpitaux publics se trouvent une pharmacie centrale chargée d'acheter et de livrer les produits aux prix de revient aux formations sanitaires qu'elle est censée approvisionner. Elle lance un appel d'offre pour l'achat de produits agréés et répertorie les laboratoires aux bonnes offres. Ainsi, les commandes se font auprès des laboratoires étrangers agréés par le gouvernement. Après les consultations avec les différents laboratoires, les cahiers de charges sont envoyés à la direction centrale des marchés. Celui-ci donne son avis avant que la pharmacie centrale ne fasse les commandes retenues en tenant compte de l'offre et la demande et surtout des tarifs des médicaments pour chaque fournisseur. La pharmacie centrale renvoie les commandes à leurs destinataires spécifiant de choisir dans la fourchette de ses 10 millions de francs CFA de crédit pour un centre donné, les médicaments qui leur sont indispensables. Cette démarche provoque des mécontentements et des plaintes de la part des patients. Pour éviter ces désagréments, il est demandé aux responsables des hôpitaux d'opter dans la production de leurs commandes, pour les produits les plus nécessaires selon le profil de la pathologie générale de la région.

¹³Entretien avec TCHIMBIÉ David, infirmier diplômé d'État à la retraite, 11 avril 2021, Assikoi, 16h -17h30min, **Thème abordé** : La dotation des hôpitaux en produits médicaux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Sources

Sources orales

- [1]. Entretien avec AKPA Etekou, Médecin à la retraite, Ex Directeur Régional du Bas-Sassandra, le 30 mai 2021, Dabou, 16 h 00 min-18h 15 min, **Thèmes abordés** : La gratuité des soins et le coût des interventions chirurgicales.
- [2]. Entretien avec ESSOH Nomel, Chef de service de la pédiatrie du CHU de Treichville, 10 mars 2021, Songon, 17h-18h10 min, **Thème abordé** : Les infrastructures sanitaires.
- [3]. Entretien avec Gabriel Marcel, Médecin à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Korhogo, 30 juin 2021, Abidjan de 16h-17h20, **Thème abordé** : les difficultés de la profession des infirmiers.
- [4]. Entretien avec GRAH Kpata, Adjudant-chef et Économiste du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Bouaké, 02 novembre 2021, Abidjan, 9h à 10h07min, **Thème abordé** : Les approvisionnements des dispensaires et hôpitaux en médicaments.
- [5]. Entretien avec TCHIMBIÉ David, infirmier diplômé d'État à la retraite, 11 avril 2021, Assikoi, 16h -17h30min, **Thème abordé** : La dotation des hôpitaux en produits médicaux.

Sources imprimées

- [6]. BANQUE MONDIALE (1999), *Côte d'Ivoire : Revue de l'aide de la banque mondiale au pays*, Washington, Département de l'évaluation des opérations (OED), 108 p.
- [7]. CÔTE D'IVOIRE – Gouvernement (2009), *Document de Stratégie de Relance du Développement et de Réduction de la Pauvreté (DSRDRP)*, 198 p.
- [8]. CÔTE D'IVOIRE - Institut National de la Statistique (INS) (1994), *Enquête démographique et de santé 1994*, 494 p.
- [9]. CÔTE D'IVOIRE-Ministère de la santé et de l'hygiène publique (2008), *feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle néonatales et infantile*, 93 p.
- [10]. FRATERNITÉ HEBDO (1980), *Côte d'Ivoire : vingt ans*, Abidjan, Éditions Fraternité- Hebdo, 181 p.
- [11]. WORLD BANK (1993) *Better Health in Africa*, Washington DC, Human Resources and Poverty Division - Africa Technical Department, 229 p.
- [12]. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2005), *National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines: Report of a WHO global survey*, Geneva, WHO, 168 p.

Bibliographie

- [13]. BOGA Boliga Zéphirin (2012), « L'impact des politiques de santé publique en Côte d'Ivoire 1980-2010 : État des lieux, conséquences et perspectives », in *Revue d'histoire archéologie africaine, Godo Godo*, n°22, p. 142-156.
- [14]. BONI Cho N'din Catherine (1998), *Rôle des CHU dans le système sanitaire de Côte d'Ivoire : Exemple du CHU de Treichville de 1988 à 1996*, Thèse de Doctorat d'État en médecine, Abidjan, Université de Cocody, 100 p.
- [15]. BOSSERT Thomas, BÄRNIGHAUSEN Till, BOWSER Diana, MITCHELL Andrew, GEDIK Gülin, (2010), *Planification stratégique des ressources humaines pour la santé : Evaluation des facteurs financiers, éducationnels, administratifs et politiques*, Genève, OMS, 90 p.
- [16]. BRUNET-JAILLY Joseph (2002), « La santé », in TAPINOS Photios Georges (ed.), HUGON Philippe (ed), VIMARD Patrice(ed.), *La Côte d'Ivoire à l'aube du 21^{ème} siècle : défis démographiques et développement durable*, Paris, Karthala, p. 325-367
- [17]. COGNEAU Denis, MESPLÉ-SOMPS Sandrine (2003), « Les illusions perdues de l'économie ivoiriennes et la crise politique », in *Afrique contemporaine*, Vol.206, n°2, p. 87-104.
- [18]. MANIZAN Allou (2014), « Peuplement et évolution de la population de Côte d'Ivoire », in *Revue d'histoire, archéologie africaine, Godo Godo*, n°24, p. 94-104.
- [19]. KÉBÉ Yacouba, SIDIBÉ Ladj (1980a), « Les Ivoiriens et leur santé », in *Fraternité-Matin*, n°4712, p. 5-11.
- [20]. KÉBÉ Yacouba, SIDIBÉ Ladj (1980b), « Les Ivoiriens et leurs santé : des infrastructures dépassées », in *Fraternité-Matin*, n°4709, p. 10-15

Loukou Bernard KOFFI. "La santé publique en Côte d'Ivoire : un secteur clé de développement en difficulté (1980-1994)." *International Journal of Humanities and Social Science Invention (IJHSSI)*, vol. 11(11), 2022, pp 38-44. Journal DOI- 10.35629/7722