



Mémoire

Présenté par

**ASSEMIAN, Mossouma
Emma**

**UNIVERSITE NATIONALE DE
COTE D'IVOIRE FACULTE DES
LETTRES, ARTS ET SCIENCES
HUMAINES DEPARTEMENT DE
SOCIOLOGIE**

**La politique de santé publique en Côte
d'Ivoire: structures, infrastructures et
équipement: Quelle efficacité?**

NOVEMBRE 1993

7 9 JUL 1994

15.04.01

ASS

7472

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE NATIONALE DE COTE D'IVOIRE
FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES
DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

MEMOIRE DE D. E. A.

OPTION : ANTHROPOLOGIE ET SOCIOLOGIE MEDICALES

LA POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE
EN COTE D'IVOIRE :

STRUCTURES, INFRASTRUCTURES
ET EQUIPEMENT :

QUELLE EFFICACITE ?

Présenté par :

Mlle ASSEMIAN MOSSOUMA
EMMA

Sous la Direction de :

Pr. KOUAKOU N'GUESSAN
FRANCOIS

NOVEMBRE 1993

S O M M A I R E

	<u>Pages</u>
Avant-propos	3
Introduction	4
<u>Première partie : Considérations méthodologiques</u>	6
<u>Chapitre I : Approche théorique</u>	7
<u>Chapitre II : Cadre pratique</u>	15
<u>Deuxième partie : Présentation des résultats d'enquête</u>	20
<u>Chapitre III : Organisations structurelle et fonctionnelle du système de santé en Côte d'Ivoire</u>	21
<u>Chapitre IV : L'efficacité fonctionnelle recherchée</u>	29
Conclusion générale	36
Bibliographie	39

AVANT-PROPOS

Cette étude est un préalable à nos travaux de thèse de 3ème cycle. Elle a été réalisée avec le concours de certaines personnes que nous tenons à remercier vivement. Il s'agit :

- du Professeur KOUAKOU N'GUESSAN François qui a accepté de diriger notre thèse.
- de Monsieur Tibery, Conseiller Technique au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, pour sa disponibilité sans réserve.
- de Monsieur Louis Nessenou, Directeur Régional de Santé et de la Protection Sociale à Korhogo.

Nos remerciements s'adressent aussi aux personnels de santé des centres de Karakoro, de Komborodougou, de Kagbolodougou et de Tioniaradougou qui se sont généreusement prêtés à nos questions.

Permettez-nous enfin d'adresser une mention particulière au Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique (CODESRIA) qui a bien voulu assurer le financement de ce modeste travail.

I N T R O D U C T I O N

Aujourd'hui, tout le monde s'accorde à reconnaître que le développement économique et social des pays du tiers-monde, ne peut se faire sans la participation et la mobilisation effective des ressources humaines. C'est donc affirmer la place de choix qu'elles occupent dans ce processus ; car ce sont elles qui initient et qui doivent être les bénéficiaires des résultats de ce processus. Aussi leur capacité de production et de création est-elle conditionnée à la base par la question fondamentale de santé publique. S'il n'y a pas de développement sans la participation des ressources humaines, il faut aussi admettre qu'elles ne doivent pas être dans un état de morbidité ; sans quoi, il ne peut avoir de développement.

Vu sous cet angle, la participation de la population est certes un préalable à toute entreprise de développement économique et social mais encore faut-il qu'elle soit en bonne santé. Parce qu'une population en mauvais état physique et mental entraîne non seulement une baisse du coût de productivité qui freine la croissance économique, mais constitue pour la nation de lourdes dépenses à supporter : celles des soins à donner aux individus malades et celles de la perte de production résultant de l'écart entre les productions effective et potentielle. On voit donc qu'une population en bonne santé est un gage de croissance économique rapide.

La bonne santé d'une population doit être un impératif absolu pour les pouvoirs publics. La santé doit être considérée comme un besoin fondamental pour la population mais aussi un facteur essentiel dans l'amorce du processus de

développement économique et social.

Cette relation d'interdépendance entre la santé publique et le développement national est-elle perçue par les pouvoirs publics en Côte d'Ivoire ? Quelles sont les dispositions nationales prises pour traduire concrètement les dimensions de cette relation ?

Ces questions tout en présentant notre domaine d'étude, nous conduisent à préciser les principales articulations de notre travail. Celui-ci comporte deux grandes parties composées chacune de deux chapitres. La première partie traite des considérations méthodologiques c'est-à-dire des éléments théoriques et pratiques qui nous ont permis la maîtrise objective de notre sujet. La seconde partie exposera les résultats d'enquête. Dans la première partie, nous présenterons d'abord l'approche théorique et ensuite le cadre pratique.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE

CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE I : APPROCHE THEORIQUE

Il s'agira ici de donner successivement les raisons du choix du thème, les objectifs de la recherche, la délimitation du champ d'étude, la problématique et enfin la thèse et les hypothèses.

1-1 - Justification du choix du thème

Le thème de recherche sur lequel nous voudrions axer nos réflexions académiques de 3ème cycle et sans doute de Doctorat d'Etat s'intitule : "La politique de santé publique en Côte d'Ivoire". Deux arguments dont l'un de type académique et l'autre répondant à nos préoccupations de carrière professionnelle, justifient le choix de ce sujet complexe et vaste.

L'argument académique renvoie à notre mémoire de Maîtrise où nous avons eu à réfléchir sur un des volets de la santé publique : l'hygiène et l'assainissement du milieu dans la commune d'Adjamé. A la suite de l'enquête effectuée dans les sous-quartiers Village Ebrié et St-Michel, nous avons eu à déplorer l'insalubrité dans laquelle sont plongés ces quartiers. Cette étude a eu à révéler des initiatives de la part de la municipalité et des populations elles-mêmes pour assainir leur cadre de vie. La conclusion de l'étude présentait des facteurs qui devraient être considérés dans une action suivie, d'hygiène et d'assainissement du milieu. Ce thème nous a donc été inspiré par le désir de poursuivre nos investigations déjà menées dans ce domaine fondamental de la vie sociale. Il s'agit pour nous de pousser plus loin notre curiosité intellectuelle et universitaire pour envisager un cadre global où s'inscrirait le volet hygiène et assainissement

du milieu. En fait, il faut dire que ces recherches académiques constituent pour nous un tremplin pour une activité professionnelle en sociologie de la santé.

L'argument professionnel est sans doute le plus important. La santé publique revêt un vaste champ d'exploitation et de réflexions. Elle est une question très importante et ne saurait être laissée aux seuls corps des médecins et paramédicaux. Elle requiert le concours de spécialistes de tous genres dont ceux des sciences sociales. En ce sens, notre discipline, la sociologie ne doit pas être absente dans la collaboration pluridisciplinaire. Comment peut-elle l'être ? car qui parle de santé publique parle de collectivité, de communauté, de groupe social en un mot de société. Et un des spécialistes de la société est bien le sociologue. Notre ambition est d'apporter la contribution de la sociologie, à partir des investigations à mener, à cet important secteur de vie sociale. Ce sont donc ces arguments qui nous conduisent à porter nos préoccupations de chercheur en sociologie sur la politique de santé publique en Côte d'Ivoire.

Ce thème revêt plusieurs aspects. Pour l'appréhender dans toutes ses composantes et dimensions, il importe de procéder par étapes. Ainsi pour cette année de D.E.A., nous avons choisi de nous intéresser au volet des structures, infrastructures et équipements que l'Etat offre pour assurer la santé de la population. Nous avons formulé ce sous-thème de la manière suivante : structures, infrastructures et équipements : quelles efficacité ? Le choix de ce sous-thème s'explique par le fait que pour avoir un aperçu de la portée de cette politique de santé publique en Côte d'Ivoire, nous commençons nos investigations par l'organisation structurelle et fonctionnelle du système de santé.

Mais que recherchons-nous en choisissant ce sous-thème ? Autrement dit quels sont les objectifs de recherche que nous visons ?

1-2 - Objectif de la recherche

En nous décidant à étudier ce sous-thème pour la première année du 3ème cycle, nous nous sommes fixé un objectif majeur : savoir si les services de santé en zone rurale sont efficaces, c'est-à-dire si ils ont un effet sur la population rurale. Autrement dit nous voulons essayer de déterminer les différents niveaux de satisfaction ou de mécontentement de la population dans l'administration des soins de santé. Cette recherche de l'efficacité des services de santé nous amène à voir les critères traditionnels d'appréciation et si possible, d'en définir d'autres à partir de l'enquête de terrain.

Comme toute recherche, le choix d'un terrain d'enquête s'impose.

1-3 - Champ d'investigation

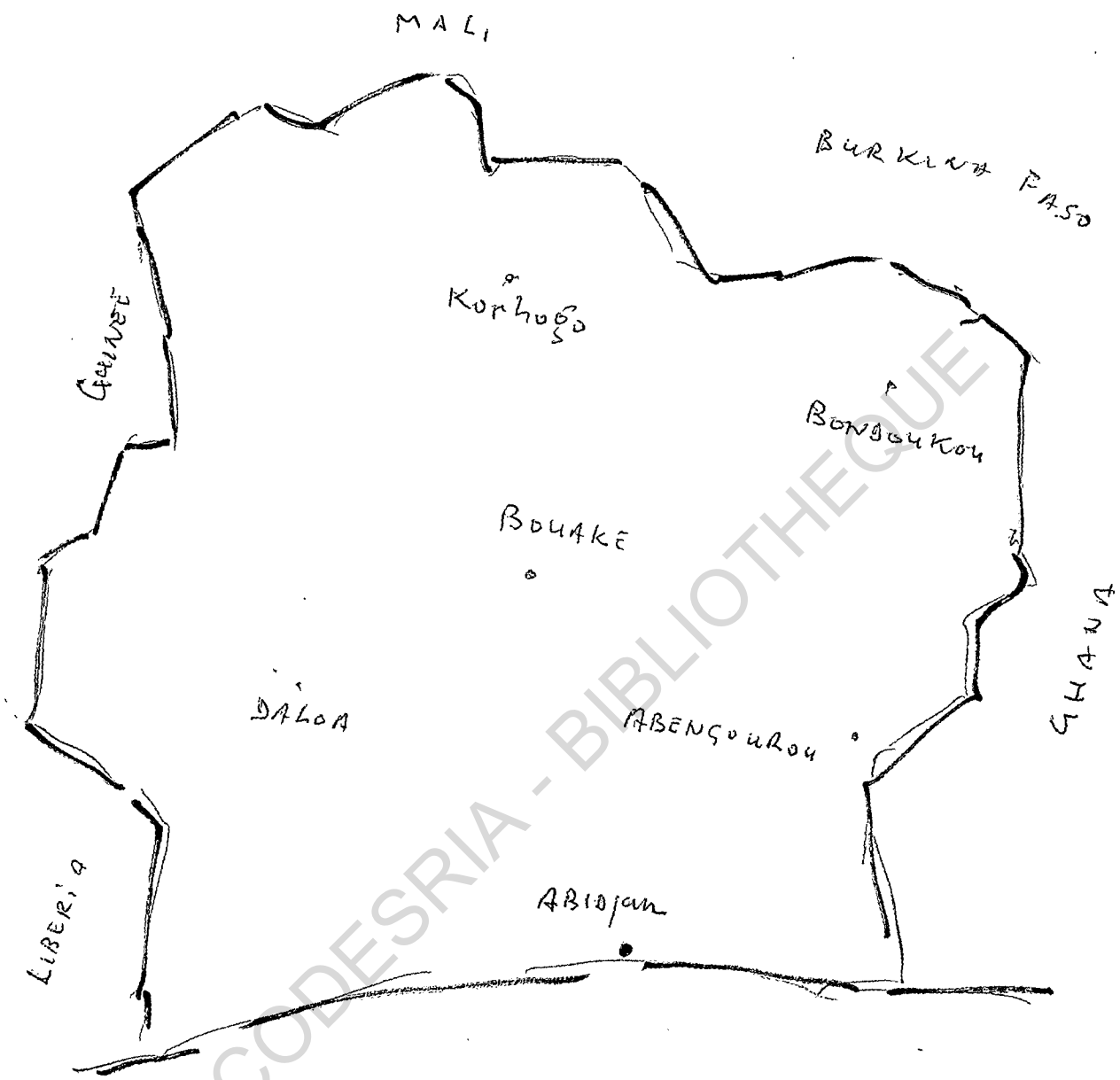
Cette étude a pour champ d'investigation géographique Korhogo. Le choix de Korhogo se justifie par le fait que nous voulons connaître les réalités sanitaires de la "Côte d'Ivoire profonde" et aussi rompre avec les habitudes qui privilégient toujours Abidjan comme champ d'enquête. Cette étude s'oriente donc vers les zones rurales parce qu'elles sont les plus défavorisées, par rapport aux zones urbaines. Pour des raisons matérielles, nous avons centré notre enquête sur 4 zones rurales autour de la sous-préfecture de Korhogo.

Ce sont : TIORONARADOUYOU

KARAKORO

KOMBORODOYOU

KAGBOLODOYOU.



Nous avons choisi les centres de santé de ces zones rurales parce qu'ils répondent à des critères différents. Les centres de santé de TIORONIARA-DOUGOU et KARAKORO sont tenus par l'Etat ; celui de KOMBORODOUGOU est géré par une organisation non gouvernementale, l'Ordre de Malte ; enfin celui de KAGBOLO-DOUGOU est un exemple montrant la transition de gestion d'une organisation non gouvernementale à l'Etat. Voilà les raisons du choix des centres de santé de ces zones rurales.

Les raisons du choix du thème, l'objectif de la recherche et le champ d'enquête déterminés, il importe à présent d'esquisser l'ensemble des problèmes qui a inspiré ce sujet.

1-4 - Problématique

L'état de santé de la population, dans l'ensemble des pays du monde, connaît depuis trente ans, d'énormes progrès. Les indicateurs sanitaires de base tels que le taux brut de mortalité, le taux de fécondité, l'espérance de vie etc... se sont largement améliorés.

Les pays en développement et particulièrement ceux de l'Afrique ont enregistré au cours des trois dernières décennies, des résultats satisfaisants dans le domaine de la santé. En Afrique subsaharienne par exemple, le taux brut de mortalité pour mille habitants est tombé de 22 en 1965 à 16 en 1988 (1). Cette diminution des décès à tous les âges va entraîner une élévation de la durée de vie moyenne. En effet, l'espérance de vie à la naissance qui se situait à 41 ans

(1) source : Rapport sur le développement dans le Monde 1990. Banque Mondiale, Washington 1990.

en 1965 est montée à 51 ans en 1988. Cette augmentation de la durée de vie reflète pour une grande part la réduction du taux de mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants qu'on a constatée au cours de cette même période. Le taux de mortalité infantile pour mille naissances vivantes est passé de 160 en 1965 à 108 en 1988. Cette baisse du taux de mortalité infantile s'explique par le fait que certaines affections telles que la typhoïde, la variole, la rougeole et la diphtérie qui causaient les décès des enfants ont diminué sous l'effet des programmes de vaccinations. Ces différents chiffres montrent en substance l'évolution positive et l'amélioration de la santé en Afrique et singulièrement en Afrique subsaharienne. Mais, malgré cette relative amélioration, il faut reconnaître qu'il se pose à l'Afrique d'énormes et sérieuses questions sanitaires. En effet, au recensement des causes principales de la morbidité et de la mortalité en Afrique, il ressort que les maladies infectieuses et parasitaires (essentiellement le paludisme, la tuberculose et les infections respiratoires aiguës) restent de loin les dominantes. Elles sont responsables de 47 % de l'ensemble des décès. A cela, il faut aussi ajouter que la mortalité associée à la maternité (les complications de grossesse) et les décès dus à des affections périnatales constituent une part majeure de la mortalité prématurée chez les femmes et les enfants. Tandis que les pays industrialisés de l'Europe et de l'Amérique du Nord devront, les décennies à venir lutter contre les maladies cardio-vasculaires liées au tabagisme, à l'abus de l'alcool et d'autres drogues, l'Afrique, elle devra se préoccuper à combattre les modes de vie malsains, la médiocrité de l'alimentation, de l'habitat et de l'assainissement résultant de l'ignorance et de la pauvreté de la population. Au cours des années 60 et 70, au lieu de mettre l'accent sur la prévention pour lutter contre la maladie, elle s'est attelée à construire des infrastructures sanitaires. Actuellement ce que l'on constate dans nos pays africains, c'est l'existence d'une ou de deux villes qui accueillent la majeure partie

des infrastructures et établissements sanitaires publics et privés. En général, c'est dans la capitale que se concentrent la quasi-totalité des services de santé, créant ainsi un déséquilibre dont les conséquences sont multiples. La Côte d'Ivoire qui connaît cette situation sanitaire mérite qu'on y jette un regard particulier au moment où les pouvoirs publics parlent de la nouvelle politique sanitaire. Abidjan reçoit à elle seule, plus de la moitié de l'effectif des médecins des secteurs public et privé. Sur les 993 praticiens (médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes) que compte le secteur public, 538 sont à Abidjan. Aussi, la priorité accordée à la formation médicale a-t-elle entraîné un excédent de médecins dont les charges sont lourdes à supporter. Parallèlement, on connaît une pénurie d'infirmiers, sages-femmes et autres personnels para-médicaux. Enfin il est important de savoir que bon nombre de centres de santé ruraux sont peu fonctionnels pour des causes multiples : manque de personnel, manque d'équipement, toiture emportée par la tornade etc...

En fait, l'on sait que la santé de la population doit passer par la formation du personnel de santé et par la construction d'hôpitaux et d'autres établissements sanitaires. Mais le problème qui se pose ici est de savoir si la quête systématique des données matérielles, infrastructurelles et techniques suffisent à elles seules pour déterminer l'efficacité d'un service de santé ? Cette conception de la santé qui privilégie les soins médicaux curatifs au détriment de la prévention implique t-elle forcément une efficacité des prestations servies aux populations et une amélioration de leur état sanitaire ? En somme, les populations desservies par les services de santé sont-elles satisfaites ? En d'autres termes, dans ces services de santé, trouvent-elles une réponse à leurs besoins et aspirations en matière de santé ? Cette dernière question nous semble d'un grand intérêt. Et notre enquête de terrain se propose d'apporter des réponses à ces différentes

questions. Mais avant cela formulons nos hypothèses de travail.

1-5 - Thèse et hypothèses

Une thèse sous-tend cette recherche. C'est la suivante : un service de santé pour être véritablement efficace et répondre aux besoins et aspirations sanitaires de la population doit non seulement rechercher la performance du matériel de travail et la compétence du personnel mais aussi et surtout considérer la dimension sociale et culturelle des prestations servies qui est un critère d'appréciation de l'efficacité et de satisfaction pour les groupes bénéficiaires. Cette thèse est soutenue à partir de deux hypothèses.

1ère hypothèse : Les critères d'appréciation ou de recherche de l'efficacité des services de santé ne se limitent pas seulement aux conditions matérielles de travail et à la compétence du personnel de santé.

2ème hypothèse : C'est à partir de l'instauration d'un réseau permanent d'information, éducation et communication (IEC) entre les praticiens sanitaires et la population que les barrières psychologiques et culturelles qui handicapent l'administration des soins médicaux seront levées et que cette médecine moderne pratiquée dans les formations sanitaires interressera un plus grand nombre de personnes.

Voilà en somme les idées maîtresses que nous comptons clarifier à partir des résultats de l'enquête de terrain. Mais pour y arriver, une méthodologie s'impose à nous.

CHAPITRE II : CADRE PRATIQUE

Dans le chapitre précédent, nous avons énoncé théoriquement notre sujet d'étude. Il s'agit maintenant de l'appréhender pratiquement à partir de la documentation et de l'enquête de terrain. Deux volets principaux vont composer ce chapitre. Il s'agit des méthodes qui définissent nos axes théoriques d'analyse des informations et des techniques qui précisent nos moyens pratiques pour les collecter.

2-1 - Les méthodes

Comme principe de recherche et d'exploration de la "vérité" scientifique, la méthode n'ouvre qu'une voie de réflexion. En ce qui concerne ce sujet, nous entendons emprunter plusieurs voies convergentes. C'est pour cette raison que nous optons pour les méthodes structuro-fonctionnaliste et comparative.

La méthode structuro-fonctionnaliste sera un recours d'analyse pour avoir une connaissance détaillée de l'organisation théorique et matérielle de l'ensemble des formations sanitaires, leur classification sur le territoire national et les critères de leurs implantations physiques. Elle sera aussi utile pour expliquer les attributions de chaque type de formation sanitaire et situer les niveaux de leur collaboration.

Quant à la méthode comparative, elle s'impose à notre étude. Nous ne pouvons pas prétendre étudier les formations sanitaires sans effectuer des comparaisons entre elles. Ainsi cette méthode consistera pour l'essentiel à dégager

les différences et les ressemblances entre les formations sanitaires suivant qu'elles se situent en milieu urbain ou rural, gérées par l'Etat ou par une organisation non gouvernementale.

En fait si ces deux méthodes sont envisagées comme prioritaires, il n'est pas exclu que d'autres soient indirectement sollicitées à travers la présentation et l'analyse de nos données. Il s'agit principalement des méthodes historique et dialectique.

Ces méthodes d'analyse ne pourront être utilisées qu'une fois les informations collectées. Quel recours avons-nous pour les rechercher ?

2-1 - Les techniques de recherche

Cette étude recherche des informations de qualité sur des bases fiables. Pour cette raison, nous allons privilégier les techniques qualitatives à savoir les entretiens semi-directifs et l'enquête de terrain. Cela n'empêche pas de recourir à la documentation écrite existante.

2-2-1 - Documentation

La première approche de notre sujet a consisté à faire le point sur la documentation écrite existante. Cette littérature est abondante. Mais elle reste trop centrée sur le champ médical. Et cela ne nous permet pas de situer sur le plan théorique notre objet d'étude. Par conséquent, nous avons fait appel à des personnes qualifiées dans le domaine de la santé publique. Avec elles, nous avons reçu des informations précises et détaillées qui ont contribué largement à mieux poser notre problématique.

2-2-2 - L'échantillon

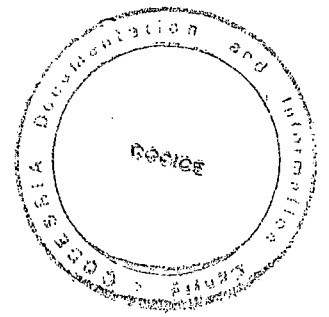
Vu les objectifs de la recherche, l'on peut dire que le groupe cible est déjà défini. Il s'agit du personnel de la santé (médecin, infirmier, sage-femme et aide-soignant) et des malades. Pour les premiers, le problème de leur choix ne se pose pas à cause de leur effectif non élevé. Dans les formations sanitaires où nous avons enquêté, l'effectif du personnel en fonction s'élevait à un maximum de 4 personnes : 1 infirmier pour le dispensaire avec son garçon de salle et 1 sage-femme pour la maternité avec elle aussi sa fille de salle. Nous avons jugé utile de les interroger tous.

Concernant les patients, nous avons procédé à un tirage au sort. 6 patients au maximum par centre de santé enquêté furent interrogés, soit un total de 24 patients pour ces 4 centres de santé. Le nombre importe peu. Ce sont des informations qualitatives et non quantitatives que nous recherchions.

2-2-3 - L'enquête de terrain

Pour obtenir des données qualitativement fiables, nous avons préféré les entretiens semi-directifs aux questionnaires standardisés. Nous avons introduit auprès de notre groupe cible des guides d'entretiens composés de questions ouvertes et portant sur les items relatifs à :

- l'identification de la formation sanitaire
- les principales affections rencontrées
- les conditions matérielles de travail
(l'équipement et l'état de fonctionnement)



- le type de soins (traditionnel ou moderne) préféré
- le montant des dépenses affecté à chaque type de soin
- les rapports sociaux entre le personnel de santé et la communauté etc...

Les entretiens ont été collectifs. Chaque individu donne sa réponse sur une question posée.

La collecte des informations s'est faite à partir d'un appareil magnétophone. Cela nous a évité les prises de notes incomplètes et interprétatives pendant les entretiens. Ces enregistrements constituent aujourd'hui pour nous une banque d'informations riches.

Signalons que notre introduction auprès des groupes cibles s'est faite à l'aide d'un membre de la direction régionale de la santé et de la protection sociale de Korhogo. Cela nous a évité certains protocoles et a surtout créé un climat de confiance et de collaboration entre les enquêtés et nous. Ceux-ci nous ont livré sans réserve des informations approfondies et dignes d'intérêt.

2-2-4 - Dépouillement et traitement des informations

La technique des entretiens semi-directifs nous impose un dépouillement manuel et une analyse de contenu des informations recueillies. D'abord, nous avons cherché à transcrire exactement les informations collectées. Ensuite nous sommes passé à la compréhension logique du texte en relevant les mots qui y apparaissent plus fréquemment. Enfin nous avons procédé à une classification des informations en fonction des problèmes abordés.

De ce dépouillement des informations collectées sur le terrain, il ressort des conclusions. La seconde partie de ce travail se propose de les présenter.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE

PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Après l'exposé des procédures utilisées pour la collecte et l'analyse des données, nous envisageons dans cette seconde partie du travail, la présentation détaillée et l'interprétation des résultats de notre recherche. Notre réflexion sera centrée sur les deux points suivants :

- organisation structurelle et fonctionnelle du système de santé publique en Côte d'Ivoire
- L'efficacité fonctionnelle recherchée

CHAPITRE III : ORGANISATION STRUCTURELLE ET FONCTIONNELLE DU SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE EN COTE D'IVOIRE

La santé publique en Côte d'Ivoire est assurée par un organe gouvernemental : le Ministère de la Santé Publique et de la Protection Sociale. Il est chargé d'organiser et de gérer les activités en matière de santé sur l'ensemble du territoire national. A cette fin, il se compose d'un ensemble de directions centrales et régionales chargées toutes de mettre en œuvre et de suivre l'application de la politique sanitaire définie par le gouvernement.

Nous nous intéressons ici, aux principaux niveaux structurels indispensables à toute activité sanitaire. Il s'agit notamment des niveaux d'activités et des établissements sanitaires.

3-1 - Les niveaux d'activités sanitaires

Analyser la structure de santé en Côte d'Ivoire, revient d'abord à définir les niveaux d'activités sanitaires qu'on y trouve.

D'une manière générale, trois niveaux d'activités sont définis en matière de santé. Ce sont les niveaux primaire, secondaire et tertiaire.

Le niveau primaire est par sa nature l'essence même de l'activité sanitaire. En effet, comme l'indique le qualificatif, ce niveau porte son attention sur les éléments de base, primordiaux pour acquérir un bien-être physique et mental. Autrement dit, il doit permettre de faire face aux besoins et demandes courantes des habitants et des collectivités. Ses activités correspondent aux soins de santé primaires. En ce sens, il assure des activités qui relèvent à la fois de la prévention et du curatif : dépistage des maladies endémiques, vaccination, soins, assainissement et hygiène du milieu, éducation nutritionnelle, formation de matrone, comportement quotidien de la population etc...

Le niveau secondaire constitue l'intermédiaire entre les niveaux primaire et tertiaire. Son champ d'activité se limite à quelques aspects de la pratique médicale. Il se préoccupe des soins de santé secondaires c'est-à-dire ceux relatifs à la médecine générale, l'obstétrique et la pédiatrie.

Enfin le niveau tertiaire qui est le sommet de la pyramide dans l'activité sanitaire. C'est le domaine des activités sanitaires hautement qualifiées et spécialisées. Il traite des soins de santé tertiaires. En ce sens, il concerne aussi bien la spécialisation des services sanitaires que la recherche médicale et la lutte contre certaines pathologies spécifiques.

Comme on le voit, il y a une organisation des tâches sanitaires. Et cette organisation est hiérarchisée selon le domaine d'intervention. Elle confère à chacun des niveaux, des activités sanitaires bien précises et spécifiques. On peut donc parler d'une division du travail sanitaire.

Cette division des tâches sanitaires détermine trois (3) types d'établissements sanitaires. Ce sont :

- Les formations sanitaires primaires ou de base qui sont les

dispensaires, maternités, centres de protection maternelle et infantile (PMI), services de santé scolaire et universitaire, bases de secteur de santé rurale. On inclut dans ce groupe, les instituts spécialisés qui assurent des activités préventives : Institut National de Santé Publique (INSP) et Institut National d'Hygiène (INH).

- Les formations sanitaires de soins de santé secondaires : les hôpitaux de 2ème catégorie (H2) et les hôpitaux du jour.

- Les formations sanitaires de soins de santé tertiaires : les hôpitaux de 1ère catégorie (H1), les centres hospitaliers régionaux (CHR), les centres hospitaliers universitaires (CHU). On y classe aussi les centres hospitaliers spécialisés dans le traitement de pathologies spécifiques (lèpre, tuberculose...) Ce sont par exemple l'Institut Raoul Follereau d'Adzopé, l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville...

Ce qui est important à retenir ici, ce sont les rapports qui existent entre ces différents niveaux de soins de santé. En effet, les soins de santé donnés aux différents niveaux sont complémentaires. Ils forment un tout, un système, celui de la santé publique. Et l'exemple suivant, nous montrera ce rapport de complémentarité, cette idée de système où tous les niveaux sont interdépendants.

Supposons un individu qui, à la suite d'une chute, ressent des douleurs au niveau de l'épaule.

- d'abord, il doit être amené à un dispensaire. On l'examine et on lui prescrit des médicaments. Cela correspond aux soins de santé primaires ;

- ensuite, si malgré ces premiers soins, les douleurs persistent, l'individu doit alors être adressé à un hôpital pour un contrôle radioscopique et

radiographique et pour pratiquer l'immobilisation plâtrée. Ces actes sont des soins de santé secondaires ;

- enfin, si après ces différents soins, l'individu ne sent toujours pas un mieux-être et qu'il y a des complications, on décide alors de son évacuation sur un centre hospitalier pour y subir une intervention chirurgicale afin de maintenir une réduction satisfaisante de la fracture. Il reçoit à ce moment des soins de santé tertiaires.

Mais en principe, une fois l'intervention chirurgicale réalisée, l'individu doit être ramené au niveau primaire c'est-à-dire au dispensaire pour un suivi.

Voilà précisés les rapports qui existent entre les différents niveaux des activités sanitaires. La classification géographique des différents établissements sanitaires est notre seconde préoccupation.

3-2 - Classification géographique des établissements sanitaires

La classification géographique que nous proposons ici, s'inspire du décret n° 91 - 814 du 11 décembre 1991 portant classification des établissements sanitaires et sociaux. Elle considère non seulement le niveau d'intervention et la composition du plateau technique des formations sanitaires mais aussi et surtout le nombre d'habitants à desservir. Elle permet de situer la localisation de chaque formation sanitaire et le personnel de santé au niveau où il est utilisé. Nous allons suivre le découpage administratif suivant : village, sous-préfecture, département, région et enfin nation.

- Au niveau du village, nous avons le centre de santé rural (C.S.S.). C'est une formation sanitaire qui comprend au moins un dispensaire et une maternité. Il a une capacité de 2 lits d'observation pour le dispensaire et de 4 lits d'hospitalisation pour la maternité. Il dispose d'un infirmier et d'une sage-femme qui assurent des soins de santé primaires. Il est destiné à une population comprise entre 5 000 et 10 000 personnes.

- Au niveau de la sous-préfecture ou de la commune, nous rencontrons le centre de santé urbain (C.S.U.). C'est un établissement de même type que le précédent. Il comprend aussi un dispensaire et une maternité avec un maximum de 20 lits. Dans la mesure du possible, il peut disposer d'au moins un médecin. Sinon son personnel se compose d'un infirmier et d'une sage-femme pour dispenser des soins de santé primaires. Il dessert une population qui peut varier de 50 000 à 100 000 habitants.

- L'échelon de département ou de préfecture dispose d'une base de santé rurale, d'une formation sanitaire urbaine et d'un hôpital général. Ils doivent desservir une population comprise entre 100 000 et 300 000 personnes.

Dénommée avant, services des grandes Endémies, puis base de secteur de santé rurale, la base de santé rurale (B.S.R) est un établissement sanitaire polyvalent. Elle comprend les services de lèpre, d'ophtalmologie, de trypanosomiase, de vaccinations, de laboratoire etc... Elle est chargée des soins de santé de masse. Trois médecins partagent leurs responsabilités avec une équipe d'une dizaine d'infirmiers, un pharmacien, deux sages-femmes et des aide-soignants. Elle supervise et coordonne dans son ressort géographique donné, les activités des centres de santé urbains et ruraux et les services de santé scolaire et universitaire.

La formation sanitaire urbaine ou hôpital du jour complète les fonctions du centre de santé urbain. Fournissant des soins de santé secondaires, elle se compose des unités de consultations médicales, pédiatriques et gynéco-obstétriques, d'un laboratoire d'analyses médicales, un poste de radiologie et une pharmacie.

Enfin l'hôpital général ou de 2ème catégorie traite de tous les cas complexes de maladies des niveaux ci-dessus. Son plateau technique révèle : une unité d'accueil et de traitement des urgences, un poste de soins intensifs avec gaz médicaux, un bloc obstétrical, un bloc chirurgical, un cabinet dentaire, une unité de radiodiagnostic etc...

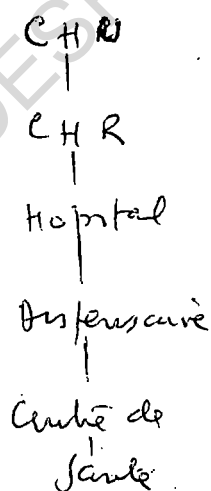
- A l'échelon régional on rencontre les antennes régionales des Instituts nationaux spécialisés mais surtout le centre hospitalier régional (C.H.R.). Recouvrant en général un ensemble de départements de 500 000 à 1 000 000 d'habitants, le centre hospitalier régional est un établissement sanitaire beaucoup plus étoffé que les précédents. Il a pour rôle, d'assurer la couverture sanitaire dans la région. En ce sens, c'est un centre de référence et d'accueil pour les populations qui lui sont rattachées. Il est composé de services sanitaires spécialisés : unité d'accueil et de traitement des urgences, unité de réanimation/soins intensifs, bloc obstétrical, bloc chirurgical, service d'imagerie médicale, laboratoire d'analyses médicales (serologie, parasitologie, biochimie, hématologie...), cabinet dentaire, pharmacie et une banque de sang. Les soins de santé tertiaires qu'il assure sont dispensés par une équipe médicale composée de médecins omnipraticiens et spécialistes, d'assistant-médicaux, d'infirmiers, de sage-femmes, d'aides soignants, de techniciens dentaires et de laboratoire etc... Leur nombre varie selon les ressources disponibles.

ORGANIGRAMME FORMATION SANITAIRE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

- Enfin au niveau supérieur c'est-à-dire national, nous avons les instituts nationaux spécialisés dans la recherche et le traitement d'affections spécifiques mais surtout les centres hospitaliers universitaires (CHU). Ce sont des formations sanitaires de même type que les C.H.R. ; seulement ils participent à la formation pratique et technique des professionnels de la santé (étudiants en médecine et assimilés ainsi que les élèves des écoles de formations paramédicales) et à la recherche médicale. Destinés à l'ensemble de la population d'un pays, les centres hospitaliers universitaires interviennent pour traiter les cas et résoudre les problèmes qui appellent des personnes et des équipements spécialisés.

Cette répartition géographique des établissements sanitaires est fonction des ratios lits/populations, médecins/populations et infirmiers/populations. Ils déterminent le taux de couverture des besoins et demandes sanitaires des populations. On retient aussi que l'unité de base de toute activité sanitaire est un centre de santé c'est-à-dire un dispensaire et une maternité. Mais quelle est sa portée sur la population ? La réponse à cette question nous conduit au chapitre suivant.



CHAPITRE IV : L'EFFICACITE FONCTIONNELLE RECHERCHEE

Dans le chapitre précédent, nous avons décrit les différentes composantes du système de santé en Côte d'Ivoire. Il reste maintenant à déterminer la portée qu'ils peuvent avoir sur le public utilisateur. Ainsi dans ce chapitre, il s'agit essentiellement d'apprécier l'efficacité des établissements sanitaires de base et plus particulièrement les centres de santé ruraux. A cette fin, il importe que nous donnions un contenu au concept d'efficacité en termes de critères. De ce point de vue, deux types de critères sont envisagés : les critères matériels ou objectifs et les critères immatériels et sociaux. Les critères objectifs porteront sur l'inventaire du matériel médical et technique de travail (appareils, médicaments). Cet inventaire de matériel qui déterminera les conditions objectives de travail est à mettre en rapport avec la population réelle et potentielle qui l'utilise régulièrement. Les critères sociaux ont un caractère fondamentalement qualitatif. Ils relèvent de toutes les données non quantifiables, ni mesurables *a priori* et qui sont étroitement liées à la culture de la population donnée. Nous pensons spécialement aux attitudes psycho-sociologiques et aux comportements culturels qui peuvent constituer des obstacles dans la qualité des soins de santé primaires. En notre qualité de sociologue, ce second type de critère retient beaucoup plus notre attention.

4-1 - Les critères matériels ou objectifs

D'une manière générale, lorsque l'on recherche l'efficacité des formations sanitaires, l'on porte systématiquement son attention sur les moyens et précisément sur les conditions matérielles de travail.

L'enquête effectuée dans les centres de santé ruraux de Korhogo, révèle que les conditions matérielles de travail sont plus ou moins satisfaisantes suivant qu'on est dans un centre géré par une O.N.G. ou une confession religieuse ou par l'Etat. Cette relative satisfaction s'explique par le fait que dans le premier cas, l'on a une assistance financière courante pour couvrir tous les besoins qui peuvent survenir. C'est l'exemple du centre de santé de Komborodougou qui est tenu par des religieuses qui reçoivent l'aide de l'Ordre de Malte et de leur congrégation Ste Anne de la Charité. Dans le second cas, soulignons que la crise économique persistant, les subventions de l'Etat aux centres de santé se font de plus en plus rares. Toutefois, le moins qu'on puisse dire, c'est que le personnel de ces centres de santé gérés par l'Etat, dispose du matériel nécessaire pour travailler. Seulement le manque de véhicule ambulatoire et la non électrification des centres peuvent affecter quelques fois le bon déroulement du travail. Toujours dans le souci constant de rechercher l'efficacité des formations sanitaires, l'on met aussi l'accent sur certaines qualités et aptitudes générales indispensables à la pratique de la discipline médicale. Il s'agit entre autres de la compétence du personnel (savoir et savoir-faire), de son amour du métier et de sa conscience professionnelle, enfin de son effectif. Ce sont des infirmiers et des sages-femmes, tous diplômés d'Etat que nous avons trouvés sur le terrain.

Leur effectif par centre de santé rural est de 2 personnes à savoir 1 infirmier et 1 sage-femme respectivement pour le dispensaire et pour la maternité. Ils sont secondés dans leurs tâches par un garçon ou une fille de salle. Notons que du point de vue numérique, l'effectif n'a aucune influence sur la qualité des soins. L'important ici c'est sa composition, c'est-à-dire la catégorie

de personnel de santé nécessaire pour assurer un tel type d'activités, de soins ; en d'autres termes, sa productivité.

De l'avis de plusieurs personnes, il faut pour rechercher l'efficacité, réunir des outils performants et des hommes compétents. Ils sont la condition sine qua non pour atteindre des résultats probants dans l'administration de la pratique médicale.

Notre enquête fait ressortir qu'ils sont peut-être les préalables mais ne suffisent pas pour rechercher ou apprécier l'efficacité fonctionnelle des centres de santé ruraux et urbains. Il faut considérer d'autres éléments ou critères. Où les situer ? Quels sont ces autres critères à privilégier dans le conditionnement de l'efficacité fonctionnelle d'un centre de santé ?

4-2 - Critères immatériels ou sociaux

Ces critères sont dits immatériels parce qu'on ne les aperçoit pas à priori dans la réalité sociale. Autrement dit ce ne sont pas des données visibles. Pour les déterminer et juger de leur importance dans la recherche de l'efficacité, nous nous sommes référés aux comportements culturels et attitudes psychosociologiques de la population qui nous ont été précisés lors de l'enquête. Ils se traduisent en des problèmes de sensibilisation, d'information, de communication, d'éducation sanitaire, de sécurité psychologique etc...

4-2-1 - L'éducation sanitaire

Le caractère éducatif s'avère indispensable dans l'administration des soins, dans la recherche de l'efficacité ; car comment arriver à faire suivre

correctement des soins à une population à majorité analphabète si aucune explication, sensibilisation, éducation sanitaire n'est faite ? Pour comprendre l'importance de ce caractère éducatif, rapportons ces faits qui nous ont été livrés lors de l'enquête.

Dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV), des vaccins ont été inoculés aux enfants d'un petit village de la s/p de Karakoro. Cette action devait être renouvelée par des rappels dans des intervalles de temps précis afin de conférer l'immunité désirée. Mais à la date prévue pour le premier rappel, quelle ne fut pas la surprise du personnel de santé qui s'est déplacé pour effectuer cette séance de vaccination ? Le village était désert ; toutes les mères sont allées au champ avec leurs enfants. A l'interrogatoire, le chef de village révèle que les enfants ont tous été déjà vaccinés. Aussi le vaccin ayant provoqué des fièvres aux enfants, les mères ont jugé inutile ce second passage c'est-à-dire le rappel. Il a fallu l'intervention du sous-préfet et du secrétaire général du PDCI (1) pour motiver les femmes à ramener leurs enfants aux séances de vaccination. Ce cas type d'attitude des femmes a été aussi mentionné à TIORO.

Toujours dans ce contexte, nombreux sont les patients qui, une fois ressentent un léger mieux-être, ne poursuivent plus leur traitement. Ils retournent à leurs occupations quotidiennes.

Un autre exemple relatif au comportement d'un patient lèpreux est très significatif. Celui-ci comme bien d'autres lèpreux, est astreint à des soins et

(1) Parti Démocratique de Côte d'Ivoire.

à des prises assidues de médicaments pour se voir guérir de son mal. Mais pour des raisons de funérailles (1), il n'est plus revenu au centre de santé poursuivre son traitement médical.

Ces exemples peuvent être multipliés. Ils ne relèvent pas d'une incapacité de compréhension comme certains personnels de santé l'affirment avec naïveté ou mauvaise foi ; car dans les pratiques thérapeutiques traditionnelles, l'on saisit l'assiduité dans les soins de santé ; le caractère répétitif à intervalle déterminé existe. Alors pourquoi la population se comporte ou réagit-elle de cette manière ?

En fait nous pensons que l'explication à ces différents types de comportements doit provenir des défaillances d'éducation sanitaire avec pour corollaire la non information, la non sensibilisation. Nous sommes dans une société traditionnelle qui par essence a un sens aigu du conservatisme. Par conséquent, toute pratique nouvelle qui doit modifier son comportement et opérer une mutation culturelle, doit nécessairement passer par l'éducation sanitaire. En ce sens où par ses différents moyens, elle permet à la population non seulement de se former l'esprit mais surtout de la prédisposer à accepter de modifier ses façons d'agir, ses comportements habituels. Cette éducation sanitaire doit se faire dans un climat de sécurité psychologique.

4-2-2 - La sécurité psychologique

Nous sommes parvenus à considérer cet autre élément dans le conditionnement de l'efficacité en faisant une comparaison du taux de fréquentation des

(1) Les funérailles tiennent une grande place dans la vie du peuple Senoufo.

différents centres de santé. Il ressort que ceux qui sont tenus par les religieuses enrégistrent beaucoup plus de malades que ceux gérés par l'Etat. Le centre de santé de KOMBORODOUGOU enrégistre en moyenne 20 à 35 consultations pré-natales par jour et réalise un maximum de 80 accouchements par mois. Tandis que celui de KAGBOLODOUGOU reçoit à peine 10 consultations pré-natales par jour et 20 à 30 accouchements par mois. Et les enquêtés ont révélé que nombreux sont les individus qui préfèrent effectuer des distances pour aller se soigner dans ces centres de santé tenus par des confreries religieuses. Il n'est pas rare de voir des résidents de Korhogo-ville effectuer le déplacement jusqu'à FERKE pour se faire soigner à l'hôpital baptiste. Il en est de même pour les populations qui habitent aux environs des centres de santé de KOMBORODOUGOU et de TORGOKAHA. Ces centres de santé connaissent une affluence quotidienne incomparable à ceux de l'Etat. Le succès de ces centres auprès des utilisateurs s'explique par le fait que les religieux ont créé un climat de confiance qui sécurise le patient et participe à son rétablissement physique. Les malades ont révélé que les sœurs sont capables de comprendre leurs difficultés financières et n'hésitent pas à leur accorder de l'aide. Elles respectent les malades et ne les insultent pas.

Aussi savent-elles leur remonter le moral et se soucient de leur rétablissement. Certains après-midi, elles effectuent des visites au domicile des malades pour se rendre compte de leur état de santé. On peut donc retenir que le comportement des sœurs à l'égard des malades explique le fort taux de fréquentation de leur centre de santé. Ce qui est certain, c'est que l'hôpital baptiste de FERKE et son centre de santé à TORGOKAHA et le centre de santé de KOMBORODOUGOU, constituent une référence pour les populations de la région de Korhogo.

Nous pensons que pour éviter la désaffectation des centres de santé de l'Etat, il faut se préoccuper de la sécurité psychologique du malade. Cela est indispensable à la fréquentation des services sanitaires et au retabliissement physique et moral des patients. Cette sécurité psychologique peut s'obtenir à travers le comportement du personnel de santé à l'égard du malade. Dans tous les cas, elle mérite une réflexion car elle conditionne l'efficacité fonctionnelle des centres de santé.

Une des conditions pour créer cette sécurité psychologique chez le malade est de résoudre le problème de communication qui existe entre le praticien et le patient. L'enquête a révélé que la communication à travers la langue Senoufo (Tiembara ou Nafara) constitue un important point d'achoppement dans l'administration des soins : parce qu'aucun personnel de santé (ni les ivoiriens, ni les sœurs espagnoles) ne parle la langue locale. Dans une telle situation, comment peut-on véhiculer correctement le message sanitaire dans une langue qu'on ne maîtrise pas ? On essaie de résoudre cette difficulté en ayant recourt à un interprète volontaire originaire de ladite localité.

Au terme de ce travail, que pouvons nous conclure ?

CONCLUSION GENERALE

La question de santé publique est doublement délicate tant elle implique des paramètres différents qu'il faut concilier.

En ce qui concerne notre sujet : "structures, infrastructures et équipements quelle efficacité ?", cette délicatesse se situe à la fois au niveau de la dimension scientifique et technique de la pratique médicale et au niveau du traitement des patients.

Pour ce qui est du premier niveau, il faut que certaines conditions soient remplies pour que cette pratique réponde aux objectifs des spécialistes de santé, corps médical et para-médical. Parmi ces conditions figurent l'organisation structurelle des services (CHU, CHR, hôpitaux, dispensaires, centres de santé...) et l'organisation infrastructurale c'est-à-dire les équipements indispensables pour les différentes opérations (locaux, matériels, appareillages).

L'organisation des services médicaux, leur équipement et la compétence des hommes pour y travailler suffisent-ils pour donner l'efficacité requise à la médecine et aux les populations ?

Il semble que la tendance générale de l'opinion publique s'arrête dans son analyse à ces principales considérations. Notre observation et pratique de terrain nous conduisent à dépasser cet horizon trop proche. Il faut plus que du matériel et des compétences. Si les deux sont indispensables à une pratique efficiente de l'art médical, il ne faut pas oublier que cet art médical s'adresse à des hommes.

Précisément c'est à ce niveau que l'on peut véritablement juger de l'efficacité des soins dispensés dans les formations sanitaires.

Ce que nous avons relevé sur les terrains du département de Korhogo à Komborodougou, Tioronianradougou, Kagbolodougou et à Karakoro nous conforte dans nos "hypothèses". La dimension humaine des rapports sociaux est un coefficient très important à considérer par les spécialistes de santé et leurs collaborateurs. La portée socio-culturelle des malades est à prendre en compte. Elle est un facteur d'acceptation ou de refus de la médecine moderne selon l'intérêt qu'on leur porte ou qu'on leur dénie.

En effet dans les formations sanitaires religieuses où ce paramètre est considéré, les rapports patients-soignants sont nettement positifs et l'on peut juger de l'efficacité de la santé dans les centres de Komborodougou et de Kagbolodougou (avant la cession de celui-ci à l'Etat).

Les valeurs socio-culturelles et les besoins de sécurité psychologique donnent à la médecine sociale tout son sens en même temps qu'elles la différencient de la médecine vétérinaire.

L'action bienfaisante des hommes pour les hommes (à travers l'acte médical) ne devrait se faire que dans le respect, la dignité et la courtoisie de l'autre malgré ses différences et son niveau de compréhension.

En ce qui concerne nos populations, nous sommes conscients de leurs handicaps (pauvreté, analphabétisme, contraintes culturelles). Aussi l'éducation sanitaire, l'information et la sensibilisation devraient être appuyées auprès

d'elles pour les aider à mieux recevoir les soins médicaux. Le centre de santé quelque soit son niveau devrait être un lieu de sécurité pour la guerrison et non un lieu redouté par le malade.

N'est-ce pas à ce prix que la santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité ?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

B I B L I O G R A P H I E1 - OUVRAGES DE METHODOLOGIE

- Brimo (A) : Les méthodes des sciences sociales
Edition Montchrétien, Paris, 1972.
- Caplow (T) : L'enquête sociologique
Edition Armand Colin, Paris, 1970
- Duverger (M) : Méthode des sciences sociales
P.U.F., Paris, 1961
- Festinger (L) : Les méthodes de recherche dans les sciences
sociales
P.U.F., Paris, 1959
- Grawitz (M) : Les méthodes des sciences sociales
Dalloz, Paris, 1976, 3ème édition.

2 - OUVRAGES GENERAUX

- Abel-Smith (B) : "Pauvreté, développement et politique de santé".
in cahiers de santé publique n° 69, OMS, Genève,
1979
- Aujoulat (LP) : Santé et développement en Afrique
Armand Colin, Paris, 1969
- "
Action sociale et développement
Armand Colin, Paris, 1969
- Aujoulat (LP) : "L'éducation pour la santé dans les pays du
Tiers-Monde"
in Tiers-Monde, tome XIV, n° 53, 1973

- Bachelet (H) : Santé publique, instrument de développement économique et social
Institut International d'Etudes Sociales
Genève, 1975
- Banque Mondiale : Santé : politique sectorielle
Washington, 1975
- Bassot (J) : Tous responsables de notre santé
Education et politique de santé
R.E.S.M.A, Paris, 1974
- Ben Youssef (A)
Bouffard (M) : "Fonctionnement des services de santé,
d'hygiène et d'assistance en Côte d'Ivoire".
in bulletin de la commission Afrique Française
Dakar, 1977
- Brunet-Jailly (J) : Essais sur l'économie générale de la santé
CÚJAS, Paris, 1970
- Brunet-Jailly (J) : "Santé et croissance"
in Tiers-Monde, tome XV, n° 59.60, 1974
- Bryant (J)
Côte d'Ivoire, Plan
(Ministère) : Plan quinquenal de développement économique,
social et culturel
1971-1975
Plan quinquenal de développement économique,
social et culturel 1976-1980
- Côte d'Ivoire, Santé
Publique et Population
(Ministère) : Guide pratique de santé rurale
Abidjan, 1980

Programme général des réalisations du plan national de santé publique mise à jour 1965
Abidjan, 1965

Côte d'Ivoire, Plan
et Santé Publique
(Ministère) :

Evaluation des ressources humaines et matérielles
du système
sanitaire ivoirien : rapport d'analyse
CINAN, Paris, 1980

D'Almeida (M.A) :

"Politique sociale et développement sanitaire
en Afrique"
in cahiers techniques Afro n° 16, Brazzaville
1979

Delande (CH.E) :

Problèmes internationaux de santé publique
Dunod, Paris, 1989

Desanti (E) :

Médecine sociale, médecine préventive et
logistique médicale
Berger-Lavrault, Paris, 1967

Djoman Diplo (I) :

"Structure de la médecine hospitalière en
République de Côte d'Ivoire".
in Médecine d'Afrique Noire, Dakar, 1970

Duteil (A) :

Santé et bonheur pour tous. Pour un vrai
développement : médecine traditionnelle et
médecine moderne
Nouvelles expériences
CIM, Paris, 1979

Gernez-Rieux (C.H)

Gervois (M) :

Eléments de médecine préventive, santé publique
et hygiène
Flammarion, Paris, 1976

- Huard (P) : Médecine et santé publique dans le 1/3 Monde
Centurion, Paris, 1981
- Kleczowski (B.M.) : "projets d'équipement de santé dans les régions
en développement - planification réalisation
et fonctionnement".
in cahiers de santé publique n° 79, OMS
Genève, 1986
- Labuquiere (R) : Santé rurale et médecine préventive
Imprimerie St Paul, Bar Le Duc, Paris, 1974
- Lapeyssonnie (L) : Eléments d'hygiène et de santé publique sous
les tropiques
Gauthier-Villard, Paris, 1970, 2ème édition
- Lasker (J.N.) : Le comportement sanitaire - Une étude comparative
de deux localités en Côte d'Ivoire
Institut de Santé Publique, Abidjan, 1974
- Libotte (R) : "La planification sanitaire en Côte d'Ivoire".
In médecine d'Afrique Noire, Dakar, 1970
- Libotte (C) : Réflexion sur les moyens de la santé publique
en Côte d'Ivoire
Mémoire de maîtrise en sciences sociales,
IES, Abidjan, 1971
- Morichau-Beauchant (J) : La santé dans le monde
Que sais-je n° 782, PUF
Paris, 1958
- N'Dia Koffi (B) : "Politique sanitaire et formation du personnel
technique de la santé".
in Médecine d'Afrique Noire, Dakar, 1970

- O.M.S. : Promotion de la santé et environnement humain
O.M.S., Genève, 1975
- O.M.S. : Profil du pays (Côte d'Ivoire)
Bureau de coordination OMS, Abidjan, 1979
- " L'évaluation des programmes de santé. Principes
directeurs pour son application dans le processus
gestionnaire pour le développement sanitaire
national OMS, Genève, 1981
- " Participation et santé
OMS, Genève, 1975
- O.M.S. : Comment répondre aux besoins sanitaires fondamen-
taux des populations dans les pays en voie de
développement : étude comparative
FISE/OMS, Genève, 1975
- " Santé : le temps de la justice.
Les soins de santé primaires
OMS/UNICEF, Genève, 1978
- Pene et les autres : Santé et médecine en Afrique tropicale
Nouvelles perspectives en pratique quotidienne
Soin, Paris, 1980 2 volumes
- Pierre-Noël (L) : Manuel de santé publique
Maloine, Paris, 1970
- Prost (A) : Services de santé en pays africain.
Leur place dans les structures socio-économiques
en voie de développement.
Masson et CIE, Paris, 1970
- Quenum (C.A.A.) : "Développement sanitaire des collectivités
africaines"
in cahiers techniques Afro n° 15, Brazzaville, 1979

- Rives (M) : Le service des grandes endémies en Côte d'Ivoire
Ministère de la Santé Publique et de la Population,
Abidjan, 1967
- Robert Ellis (J) : "Éducation et information pour la santé en
Afrique".
in cahiers techniques Afro n° 16, Brazzaville,
1979
- Reomer (M.I.) : "Évaluation des centres de santé".
in cahiers de santé publique n° 48,
O.M.S., Genève, 1973.
- Rougemont (A) : Planifier, gérer, évaluer la santé en pays
tropicaux.
Soin, Paris, 1989
- Shaw (E) : Contribution d'une équipe pluridisciplinaire
à une action de promotion : santé en milieu
urbain (étude de milieu; entretien avec la
population d'Adjamé)
Institut National de Santé Publique, Abidjan
1980
- Sicault (G) : "Les différentes orientations de la politique
de santé".
in Tiers-Monde; tome XIV, n° 53, 1973
- Steudler (F) : Sociologie médicale
Armand Colin, Collection U2, Paris, 1972
- Vaissie (M.O.) : Votre santé et vos droits
Bordas, Paris, 1979

- Varlet (H) : "La santé publique en Côte d'Ivoire".
in Médecine d'Afrique Noire, Dakar 1970
- Zourbas (J) : La médecine préventive
Que sais-je n° 1789, PUF, Paris, 1979.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERESPages

Avant-propos.....

Introduction.....

Première partie : Considérations méthodologiques.....Chapitre I : Approche théorique.....

1-1 - Justification du choix du thème.....

1-2 - Objectif de la recherche.....

1-3 - Délimitation du champ d'enquête.....

1-4 - Problématique.....

1-5 - Hypothèses de travail.....

Chapitre II : Cadre pratique.....

2-1 - Méthodes d'analyse.....

2-2 - Technique de recherche.....

2-2-1 - Documentation.....

2-2-2 - Echantillon.....

2-2-3 - Enquête de terrain.....

2-2-4 - Dépouillement et traitement des informations.....

Deuxième partie : Présentation des résultats d'enquête.....Chapitre III : Organisations structurelles et fonctionnelle du
système de santé en Côte d'Ivoire.....

- 3-1 - Les niveaux d'activités sanitaires.....
- 3-2 - Classification géographique des établissements
sanitaires.....

Chapitre IV : L'efficacité fonctionnelle recherchée.....

- 4-1 - Les critères matériels ou objectifs.....
- 4-2 - Les critères immatériels ou sociaux.....
 - 4-2-1 - L'éducation sanitaire.....
 - 4-2-2 - La sécurité psychologique.....

Conclusion générale.....

Bibliographie.....

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE