

L'accès aux soins en temps de crise militaire et politique à Abidjan (Côte d'Ivoire)

Anne Juillet, Conseiller Technique en économie de la Santé, Coopération Française, Côte d'Ivoire
Alphonse Yapi-Diahou, Professeur agrégé en Géographie, Ecole Normale Supérieure d'Abidjan

Abstract

Context

Since 1999 december first coup, Ivory Coast political and economic environment has become unsteady. Due to September 2002 military events disease socio-economic situation has changed for the worse. In health sector, this crisis could have consequences on medical care supply and particularly on health system financing, and on health services demand and especially concerning vulnerable people. Has this context worsen health services access ? How the most vulnerable sick persons are treated ? What is public services and role's state take in charge these persons ?

Method

We use routine data from Abidjan health services, further information collected from august to October 2003 in forty health services in Abidjan. Analysis is based upon sub-urban health services and general hospitals in Abidjan which form primary health services.

Results

The effect of the crisis on health access is described by the chronological trend of medical and financial activities. Between the first month of 2001 and the sixth month of 2003 medical and financial activities trends are positive : curatives consults and fees make positive progress, 3.8% and 16.0% respectively. Trend of medical activities is more important in community services than publics services, 5.8% and 2.0% respectively. Contrary to initial hypothesis, the worst results data from the nearly period before 2002 september military events : curatives consults decrease (-2.0%). The public sector is more concerned than community sector : -10.1% and +7.9% respectively. One part of public's practice is going to community services due to the community health services opening, closely and more accessible to public. In 2002-2003, after the 2002 september military and political events, while the country is divided into 2 parts, army fronts are open to the west and the centre of the country, in Abidjan, economic capital, globally curative consults increase (5.9%). It is the public sector which profit by this rise (13.5%). The community sector record the drop (-1.9%). Migration of the population leaving danger zone to free zone, in particular Abidjan, and the system to take charge of the displaced sick persons may explain increase in public sector. Growth more pronounced by transfert from community's practice to public's practice due to higher fees and poverty. Also, closure of some community services during the curfew period make have influence the curatives consults made.

1. Hypothèses liées au contexte de crise

Le contexte de crise militaire et politique en Côte d'Ivoire, débuté avec les évènements du 19 septembre 2002, a pu se répercuter au niveau de l'offre de soins, du financement des formations sanitaires, de la demande de services de santé et donc sur le bien-être des individus.

En effet, la crise et son installation dans la durée a contraint un certain nombre d'entreprises, de plus en plus nombreuses au fil du temps, à fermer. Du point de vue de la demande de soins de santé par exemple, la perte de pouvoir d'achat due à la perte d'un emploi, mais aussi à l'augmentation de la taille des ménages ont pu se répercuter sur les ressources financières des ménages et du coup sur l'utilisation des services de santé modernes. L'afflux de personnes déplacées des zones assiégées vers les zones sécurisées et la dégradation des conditions d'hygiène due à une densification de la population dans ces zones, et notamment à Abidjan, ont pu avoir des conséquences sur l'état de santé des individus mais aussi sur les taux de fréquentation des établissements sanitaires. Habitudes de fréquentation qui ont également pu se modifier sous l'influence des horaires de couvre feu institués pendant plus de 7 mois consécutifs (de septembre 2002 à mai 2003), mais aussi du fait de mouvements de populations étrangères qui ont quitté la Côte d'Ivoire, ou encore suite aux

modifications apparues dans l'offre de soins avec l'ouverture de nouveaux centres de santé et la mise en place d'un dispositif national pour la prise en charge médicale des déplacés de guerre.

Les changements dans la demande de services de santé ont également pu avoir eu des répercussions sur l'offre de services disponibles et sur l'organisation de celle-ci. En effet, les contraintes conjoncturelles auxquelles faisaient face certains établissements publics nationaux tels que le principal grossiste-distributeur public des produits pharmaceutiques avaient pu se répercuter sur les formations sanitaires clientes de ces établissements. Notamment, la contrainte imposée par les laboratoires pharmaceutiques en exigeant le paiement au comptant des commandes de médicaments peuvent avoir eu un impact sur l'approvisionnement, les stocks et la distribution de médicaments dans les établissements de santé.

Dans ce contexte très spécifique de crise militaire et politique, l'accès aux soins s'est-il détérioré ? Quel sort a été réservé aux malades les plus vulnérables ? Quel rôle l'Etat, au travers des services publics a-t-il joué dans la prise en charge de ces malades ?

2. Données et méthode

Une analyse descriptive de l'évolution d'indicateurs d'activités médicales et financières, à partir des données de routine transmises par les structures sanitaires au service chargé de leur supervision, permet de répondre en partie à ces questions. Les données concernent l'ensemble des structures sanitaires publiques, et communautaires de premier recours (premier et second échelons de la pyramide sanitaire). Les structures de type Centre Hospitalo-universitaires ne sont donc pas concernées. Les données sont mensuelles et concernent la période allant du 1^{er} janvier 2001 au 30 juin 2003¹. Les informations exploitées sont composées d'indicateurs d'activités médicales et financières (consultations totales, consultations des enfants de moins de 5 ans, CPN1, nombre total d'accouchements, dépenses de fonctionnement, recettes de fonctionnement/redevances, ventes et achats de la pharmacie de la structure sanitaire).

Des informations recueillies lors d'une enquête rétrospective menée des structures de santé entre le mois d'août et octobre 2003 ont également été exploitées. Sans avoir concernée l'ensemble des établissements sanitaires d'Abidjan, cette enquête permet de compléter les informations sur un certain nombre d'aspects touchant aux établissements sanitaires (évolution des niveaux de fréquentation, introduction de nouvelles activités, suppression d'autres, etc.). Elle permet également de décrire plus spécifiquement la prise en charge des déplacés de guerre et des personnes vulnérables au cours de la période 2001-2003. Les informations recueillies au cours de cette enquête concernent 15 structures sanitaires publiques parmi les 20 existantes en premier recours, 15 structures communautaires sur les 35 recensées et 8 centres de santé associatifs et confessionnels².

¹ Pour l'ensemble de cette période, toutes les données ne sont disponibles pour toutes les structures.

² Quinze d'établissements sanitaires confessionnels et associatifs devaient être l'objet de cette étude, seuls 8 ont pu être enquêtés. Des centres de santé islamiques étaient retenus comme objet d'étude mais aucun responsables n'a pu être contactés. Leur existence même a été remise en cause. L'existence de centres médicaux confessionnels islamiques ne nous a pas été confirmés lors de discussions avec des imams.

3. Résultats

En 2003, la population d'Abidjan a accès à une offre de soins multiple et variée. En terme de structures de premier recours (dispensaires, centres de santé de base, hôpitaux généraux), le secteur public qui compte 20 structures sanitaires cohabite avec le secteur privé lui même composé de plusieurs types de structures. Outre, le secteur privé à but lucratif qui n'est pas étudié ici, 35 structures sanitaires communautaires (ESCom) sont opérationnelles. Elles sont principalement installées dans les communes qui étaient, avant 1994, les moins bien desservies du point de vue des structures sanitaires publiques. Ces communes sont encore aujourd'hui les plus peuplées. Les structures sanitaires communautaires ont une mission de service public. Il s'agit d'établissements dont la gestion dépend généralement d'une association composée de membres de la communauté dans laquelle la structure est installée. Contrairement à d'autres pays dans lesquels des expériences similaires ont été menées, les ESCOM en Côte d'Ivoire pouvaient difficilement être confondus, au moins jusqu'à présent, aux structures publiques de santé équivalentes. Une étude en cours sur ces ESCOM devrait permettre de vérifier si cette affirmation reste valable.

3.1 *La crise politico-militaire et la fréquentation des établissements sanitaires urbains d'Abidjan : quel impact ?*

Sur l'ensemble de la période, entre le 1^{er} janvier 2001 et le 30 juin 2003, les structures sanitaires publiques et du communautaires reconnues comme étant des services de premiers recours, enregistrent des résultats globalement positifs : les consultations curatives augmentent de 3,8%, les recettes de fonctionnement sont en augmentation de 16% et les dépenses de fonctionnement, même si elles ont continué à augmenter, enregistrent une augmentation inférieure à celle des recettes (5,0%). En revanche, les activités liées à la maternité (CPN1 et accouchements) ont diminué (respectivement de 6,0 et 7,5%).

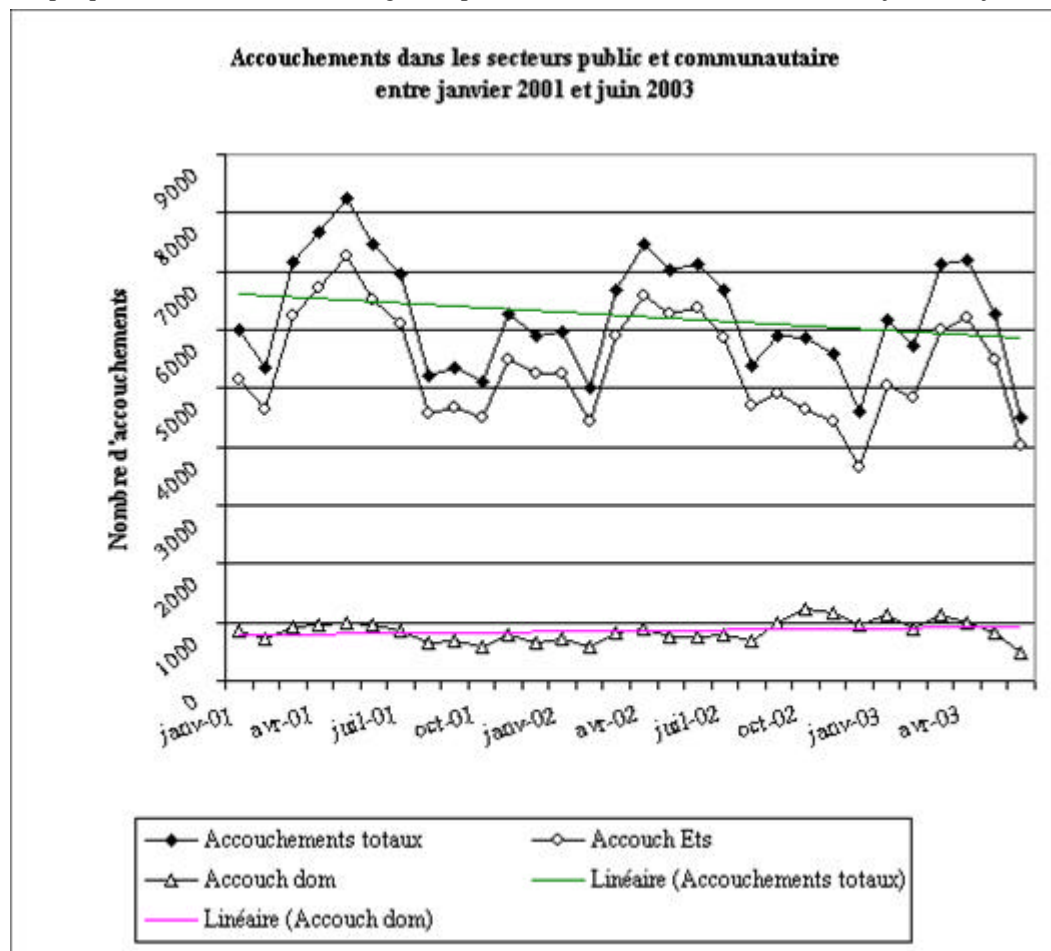
L'analyse par sous période, c'est à dire entre 2001 et 2002 et entre 2002 et 2003³, signale d'une part des tendances identiques d'une sous période à l'autre pour les recettes et pour les activités liées aux maternités. Dans le premier cas, les recettes liées aux prestations augmentent au cours des deux sous périodes (de 13,9% entre 2001 et 2002 et de 1,8% entre 2002 et 2003), et ce, même quand les consultations baissent de 2,0% entre 2001 et 2002, alors qu'elles augmentent de 5,9% entre 2002 et 2003).

D'autre part, les activités liées à la maternité sont en baisse et ceci malgré l'augmentation de la taille de la population installée à Abidjan depuis les événements du 19 septembre 2002. En effet, ces événements ont induit des mouvements massifs de populations quittant les zones en guerre vers les zones sécurisées au sud du pays, et notamment vers Abidjan qui a constitué une destination finale pour un grand nombre de ces déplacés : les partenaires au développement admettent le chiffre de 500.000 habitants supplémentaires dans la ville d'Abidjan depuis le début de la crise. En terme d'accouchements, l'hypothèse d'une baisse du taux de natalité sur une période aussi courte est peu vraisemblable. Cette baisse peut toutefois être antérieure à ces événements précis, car la Côte d'Ivoire est dans une phase politiquement fragile au moins depuis décembre 1999, date du premier coup d'Etat militaire. La pauvreté semble de plus en plus s'y généraliser et constitue sans doute également depuis cette date, une pression de plus en plus forte. A une éventuelle baisse de la

³ En utilisant les projections annuelles pour l'année 2003

natalité, plusieurs phénomènes peuvent être associés. Au cours de cette période de couvre-feu, alors que les accouchements réalisés et enregistrés dans les établissements ont eu tendance à diminuer, ceux réalisés au domicile des parturientes et déclarés ensuite dans les établissements ont légèrement augmenté (graphique 1). Il est également possible qu'une partie des femmes ait accouché dans des structures privées non prises en compte dans nos données.

Graphique 1 : Accouchements enregistrés par les établissements sanitaires d'Abidjan entre janvier 2001 et juin 2003



Source : Juillet, PASSI, DRAL, 2003

L'évolution des dépenses, après avoir augmenté entre 2001 et 2002 (16,4%), est globalement à la baisse entre 2002 et 2003 (-9,8%) aussi bien dans le public que dans le communautaire (respectivement de 12,2 et de 7,1%). L'explication est sans doute liée au fait que le pays s'étant installé dans la crise plusieurs mois après le 19 septembre 2002, les responsables ont du adapter leurs dépenses. Dans le secteur public en particulier, les subventions accordées aux structures publiques ont diminué en 2003. En outre, ces structures n'ont pu compter que sur leurs recettes propres pendant les six premiers mois de l'année le temps que leurs crédits soient délégués (juin 2003). Dans le secteur communautaire, les baisses des résultats d'activités⁴, en se traduisant par une baisse de leurs recettes, ont contraint les structures à diminuer leurs dépenses afin de pouvoir fonctionner. Par ailleurs, les contraintes liées au financement de leurs produits pharmaceutiques ont

⁴ Sans doute dues à une captation de leur clientèle de proximité par le secteur public à cause de tarifs plus abordables surtout lorsque la pauvreté augmente mais aussi avec la mise en place du système de prise en charge médicale gratuite dans les établissements publics pour les déplacés de guerre et encore à cause des horaires de couvre-feu

été renforcées du fait d'une plus grande rigueur dans l'application des procédures d'approvisionnement par le grossiste-distributeur public.

Si l'accès aux soins ne s'est donc pas globalement détérioré entre le 1^{er} janvier 2001 et le 30 juin 2003, toutefois, les établissements sanitaires publics et communautaires ont enregistré des évolutions très différenciées.

Tableau n°1 : Activités médicales réalisées dans les établissements de premier et second niveau à Abidjan en 2001, 2002 et 2003

Activités médicales	2001	2002	2003	Taux de croissance annuel		
				Projection sur 2001/ l'année ⁵	2002/ 2003	2001/ 2003
Consultations curatives totales	784.242	768.657	813.757	-2,0%	5,9%	3,8%
Communautaire	355.520	383.488	376.151	7,9%	-1,9%	5,8%
Public	428.722	385.169	437.180	-10,1%	13,5%	2,0%
Consultations pour les enfants de moins de 5 ans	261.796	268.249	275.082	2,5%	2,5%	5,1%
Communautaire	121.672	127.553	120.800	4,8%	-5,3%	-0,7%
Public	140.124	140.696	154.375	0,4%	9,7%	10,2%
Consultations prénatales de 1^{er} rang	76.177	72.371	71.617	-5,0%	-1,0%	-6,0%
Communautaire	33.717	39.915	38.111	18,4%	-4,5%	13,0%
Public	42.460	32.456	33.593	-23,6%	3,5%	-20,9%
Accouchements	76.664	73.303	70.901	-4,4	-3,3%	-7,5%
Communautaire	31.619	35.806	32.138	13,0	-10,2	1,6%
Public	45.045	37.497	38.804	-16,7	3,5%	-13,8%

Source : Juillet, PASSI, DRAL, 2003

En volume d'activités, entre 2001 et 2003, alors qu'ils sont moins nombreux que les établissements communautaires⁶, les établissements sanitaires publics⁷ réalisent au total plus de consultations curatives (52,9% des consultations curatives totales, 54,0% des consultations d'enfants de moins de 5 ans). En revanche, les établissements communautaires ont davantage amélioré leurs résultats que les établissements publics ; respectivement les consultations curatives totales ont progressé de 5,8% pour les premiers et de 2,0% pour les seconds.

Au cours de la sous période 2001 et 2002, alors que le secteur public enregistre une importante diminution de ses consultations totales (-10,1%), le communautaire a vu ses activités de consultation évoluer positivement (7,9%). L'ouverture des nouveaux centres de santé communautaire en 2001 et 2002 a sans doute eu pour

⁵ Le résultat est obtenu non pas en multipliant par deux les résultats du premier semestre mais après calcul des écarts moyens entre réalité et chiffre estimé à partir des résultats de 2001 et 2002.

⁶ On en comptait 35 en 2003.

⁷ On en dénombre 20 en 2003.

conséquence d'attirer une partie de la clientèle du secteur public dans ces nouveaux établissements plus proches et donc plus accessibles géographiquement.

En revanche, sur la période 2002-2003, alors que globalement le nombre de consultations totales augmente (5,9%), contrairement à la période précédente (-2,0%), c'est le public qui bénéficie de cette hausse (13,5%) alors que le communautaire enregistre une baisse (-1,9%).

Deux phénomènes ont pu se renforcer pour créer cette situation. A partir de la fin de l'année 2002 (octobre-novembre), le Ministère chargé de la Santé, met en place, dans un certain nombre d'établissements publics, un système de prise en charge médico-psychologique gratuite pour les personnes déplacées des zones occupées par la rébellion (nous y reviendrons plus loin). A Abidjan, parmi les établissements de recours aux soins sélectionnés pour faire partie du dispositif, 13 structures sanitaires publiques, objets de cette étude, ont été désignés pour cette prise en charge. Ce système, parce qu'il a permis un accès gratuit aux soins pour une partie de la population, peut expliquer l'accroissement du nombre de consultations totales effectuées par les établissements publics.

Par ailleurs, la baisse du nombre total de consultations curatives notée dans le secteur communautaire peut être due aux tarifs qui y sont appliquées, plus élevés⁸ que ceux du publics. En situation de crise et de pauvreté aggravée, ces tarifs ont pu avoir comme conséquence un transfert de clientèle vers le public.

En effet, il est probable qu'au cours de cette période d'après 19 septembre 2002, les mouvements de populations vers Abidjan aient eu pour conséquence une augmentation de la taille des ménages sans augmentation du pourcentage de personnes pourvoyeuses de revenus. Les personnes déplacées ont du, pour une grande partie, quitter non seulement leur domicile mais aussi leur emploi et en se déplaçant chez des parents ou amis domiciliés dans les zones non occupées, elles n'ont pas pu participer aux dépenses des ménages qui les recevaient. Les charges induites par ces nouveaux occupants se sont alors ajoutées à celles déjà existantes. De plus, la fermeture de nuit de certains établissements communautaires durant la période de couvre-feu (d'octobre 2002 à mai 2003) a pu jouer sur leur taux de fréquentation et donc sur le nombre de consultations réalisées. En effet, comme nous l'avons déjà rappelé, un des intérêts des établissements communautaires réside dans leur proximité géographique, et de façon plus cruciale la nuit pour les urgences et les accouchements, puis qu'une grande partie d'entre-eux assurent des gardes.

A la question, la crise a-t-elle eu un impact sur les établissements sanitaires urbains d'Abidjan la réponse est oui. L'arrivée massive des déplacés ajoutée à d'autres facteurs tels que le manque de moyens financiers et matériel (budget public en baisse), l'aggravation de la pauvreté et donc l'augmentation du nombre de personnes démunies ayant besoin de soins, mais aussi les horaires de couvre-feu, et de façon plus spécifique, selon leur localisation proche de lieux militaires stratégiques, les établissements ayant été contraints à fermer, sont autant d'éléments qui conduisent à conclure que la crise a eu une influence sur les établissements sanitaires.

⁸ Sauf en cas de non application des règles de tarification, la consultation d'un généraliste pour un enfant ou un adulte est fixée à 500 Fcfa et la mise en observation à 1000 Fcfa dans les services publics. Parmi les établissements ayant fait l'objet d'enquête, les tarifs de consultation pour un enfant et pour un adulte sont en moyenne respectivement 60% et 130% plus élevés que dans le public (821 Fcfa et 1157 Fcfa). Le tarif d'une mise en observation dans les établissements communautaires est estimée en moyenne à 1056 Fcfa.

Quelles adaptations ont alors été opérées dans les établissements sanitaires ? Quel sort notamment a été réservé aux plus vulnérables ?

3.2 Le système de prise en charge des personnes vulnérables tel que mis en place fonctionne-t-il en temps de crise ?

Les conséquences de la crise ont conduit les responsables des établissements sanitaires public, communautaire et associatif à déclarer avoir eu des difficultés à prendre en charge les patients au cours de la période octobre 2002- août 2003. Pour faire face à ces difficultés certains ont créé de nouveaux services (ouverture de services d'écoute, de services d'urgence, création de services sociaux devant assurer la prise en charge des déplacés de guerre, de comités de suivi des déplacés constitué par les chefs de services, création d'unités mobiles, initiation d'activités médicales à domicile et sur les lieux de marché...), d'autres réorganiser ceux existants (adaptation aux horaires de couvre-feu, introduction de gardes de nuit lorsque ça n'existait pas).

A un niveau plus global, des décisions ont été prises dans les secteurs public et communautaire pour améliorer la prise en charge des déplacés.

Les systèmes de prises en charge des déplacés de guerre

Dans le secteur communautaire, l'initiative prise par la Fédération des Associations Communautaires (FASCOM-CI) a consisté à émettre des bons de prise en charge de valeurs différentes pour les consultations, les produits pharmaceutiques et les soins, et pour les accouchements. Ils ont été mis à la disposition des centres sociaux communaux chargés par le Ministère de la Solidarité et des Actions Sociales de l'identification des déplacés. Chaque établissement affilié à la FASCOM disposait par ce biais d'un montant destiné à la prise en charge des déplacés. Dans la pratique, ce système n'a que très peu fonctionné car tous les établissements sanitaires communautaires ne sont pas affiliés à la FASCOM-CI, et par crainte d'aggraver leurs difficultés financières⁹. En effet, ce système reposait sur le principe de préfinancement fait par les établissements recevant et dispensant les soins aux déplacés avant qu'ils ne puissent être remboursés sur justification des bons reçus des déplacés qui se seraient présentés à eux. Il est également fort probable que la FASCOM-CI, malgré son souci de bien faire, ait omis de communiquer officiellement ses objectifs et les mécanismes de son initiative aux établissements qu'elle avait sélectionnés. Toutefois, parce qu'ils ont davantage été sollicités, une grande partie de ces établissements, ont mobilisé leur ligne budgétaire destinée aux indigents (montant variant entre 17.000 et 575.000 Fcfa par an et par établissement selon les cas).

Dans le secteur public, un dispositif gouvernemental de prise en charge des déplacés a été pensé dès le début de la crise et effectivement mis en place dès le début du mois de novembre 2002, soit environ un mois après le déclenchement de la guerre. D'un point de vue organisationnel, le Ministère de la Santé de l'époque a chargé le principal grossiste-distributeur public de produits pharmaceutiques de distribuer gratuitement des

⁹ Il n'a pas été possible de documenter les caractéristiques des déplacés pris en charge dans ce système ni même de savoir le nombre pris en charge.

médicaments auprès des districts sanitaires ou auprès des établissements sanitaires retenus dans le dispositif. Les établissements ont été approvisionnés deux ou trois fois, selon les cas entre octobre 2002 et juillet 2003.

Aux dires des responsables des structures appartenant au dispositif, il semble que les médicaments distribués n'aient pas toujours été en relation avec les besoins exprimés. Ceci s'est répercuté sur la qualité de la prise en charge des déplacés et a conduit certains établissements à assurer la charge des déplacés sur leur ligne de budget des ressources propres destinées initialement à la prise en charge des indigents (montant variant de 80.000 à 400.000 Fcfa par an selon l'établissement). En 2002-2003, cette ligne aurait servi essentiellement à la prise en charge des déplacés.

Outre les médicaments mis gratuitement à la disposition des déplacés se rendant dans les établissements du dispositif, les services de santé ont généralement consulté gratuitement les déplacés ou ont proposé des réductions de tarifs (généralement pour les consultations de spécialistes). Certains établissements ont offerts des examens à leurs patients, ou ont pratiqué des accouchements gratuitement.

Selon les chiffres transmis par les districts sanitaires à la Directions Régionales des Lagunes, les établissements sanitaires chargés, par le Ministère chargé de la santé publique, de la prise en charge médicale des déplacés de guerre ont enregistré, en 2003, 12.483 consultations (dont 35,9% concernent des enfants). 83,5% de ces consultations ont été faites dans les établissements de premiers recours, les 16,5% restants se sont adressés aux hôpitaux Généraux, aux CHU ou aux autres établissements de soins hospitaliers. Les deux principales causes de recours sont le paludisme dans 31,5% des cas ; les infections respiratoires dans 18,4% des cas.

Les établissements associatifs et confessionnels ont eux aussi déclaré avoir davantage été fréquentés mais aussi davantage été sollicités pour des demandes de prise en charge gratuites. Hormis le centre de la CARITAS qui s'est organisé spécifiquement pour la prise en charge médicale des déplacés, les autres centres n'ont pas fait de distinction entre les déplacés de guerre et les personnes démunies.

Quel que soit le secteur considéré, la prise en charge médicale des déplacés dans les établissements sanitaires s'est généralement faite après la remise d'un quitus d'identification spécifiquement délivrés aux déplacés de guerre par les centres sociaux. Toutefois, dans la plupart des établissements sanitaires des entretiens ont été menés avec les personnes qui se présentaient à elles, avec ou sans quitus, pour évaluer le besoin réel d'une prise en charge gratuite. Ces entretiens portaient sur l'évaluation de critères tels que le lieu de résidence, la situation familiale, la profession, les ressources propres, l'aspect physique, le nombre de repas pris par jour, l'état d'urgence de l'intervention, le lieu de provenance. Parfois, selon les cas, les établissements ont fait faire des enquêtes comme ils en avaient l'habitude pour l'identification des cas sociaux.

Face à la crise qui démarre avec les événements du 19 septembre 2002, des tentatives d'organisation de la prise en charge des personnes vulnérables, en particulier celle des démunis et des déplacés qui ont fui les zones de guerre, ont été menées. Dans le communautaire, le système mis en place n'a que très peu fonctionné. Dans l'associatif-confessionnel, les expériences déjà probantes avant la crise ont été renforcées mais peu de choses ont été mises au point à cette occasion. En revanche, dans le public, alors que l'on

concluait avant ces évènements à l'absence de politique nationale de prise en charge médicale des indigents, un dispositif public pour la prise en charge gratuite de ces déplacés de guerre a été mis en place. Malgré des imperfections (produits pharmaceutiques disponibles dans les établissements du dispositif pas forcément adaptés aux besoins, absences fréquentes de procédures de suivi des dotations en médicaments et de suivi des stocks dans les établissements, etc.)

4. Conclusion

Les chiffres recueillis en routine tous les mois par les structures sanitaires elles-mêmes montrent que sur l'ensemble de la période 2001-2003 les établissements sanitaires public et communautaire enregistrent des résultats globalement positifs : les consultations curatives augmentent de 3,8%, les recettes de fonctionnement sont en augmentation de 16% et les dépenses de fonctionnement même si elles ont continué à augmenter, enregistrent une augmentation inférieure à celle des recettes. En revanche, les activités liées à la maternité (CPN1 et accouchements) ont diminué (6,0 et 7,5%).

Pour autant, les évènements politiques et militaires qui durent depuis le 19 septembre 2002 en Côte d'Ivoire, ont bien eu un impact sur le fonctionnement et sur les résultats d'activités médicales et financières des établissements sanitaires de la ville d'Abidjan, et notamment ceux des secteurs public et communautaire.

L'analyse par sous période et par secteur précise l'influence probable de la crise et en particulier de l'afflux massif de populations quittant les zones en guerre vers les zones sous contrôle de l'armée loyaliste, et notamment vers Abidjan où on admet une augmentation de 500.000 habitants. Elle montre également l'influence de l'aggravation de la pauvreté sur les activités liées aux maternités, mais aussi sur les activités de consultations curatives.

En l'absence de crise, lorsque la pauvreté ne constitue pas une contrainte trop forte mais aussi lorsque les établissements communautaires peuvent assurer les gardes nocturnes, ils constituent des recours de proximité très appréciables qui se traduisent par une augmentation des consultations (2001-2002). La crise en induisant des restrictions à l'accès à cause des horaires de couvre-feu, mais aussi en ayant participé à aggraver la pauvreté à conduit à un renchérissement des tarifs du communautaire par rapport à ceux du public qui indirectement ont eu pour conséquence une baisse des consultations entre 2002 et 2003.

Dans le public a contrario, c'est au cours de la période de crise (2002-2003) qu'il a été donné de constater une amélioration des résultats d'activités médicales. Amélioration sans doute en relation non seulement avec ce qui se passe dans le secteur communautaire mais aussi liée à la mise en place d'un dispositif de prise en charge gratuite des déplacés de guerre.

Cette décision politique de faciliter financièrement l'accès aux soins pour un groupe de personnes vulnérables très souvent démunies financièrement, démontre que l'absence de politique nationale de prise en charge des indigents telle que cela avait été constaté avant la crise n'est pas une fatalité et n'est pas techniquement infaisable. Au contraire, une telle décision ne dépend que la seule volonté politique.

Malgré des imperfections, cette expérience et quelques autres menées sur la prise en charge des indigents à plus petite échelle, à partir de 2000, dans les CHU publics à l'initiative du Ministère chargé de la santé, démontrent l'importance à bâtir une véritable politique nationale de prise en charge médicale des indigents. Ces expériences ont montré en effet l'importance de l'intervention du public sur le sujet et démontré leurs limites. Elles suggèrent le renforcement de la coordination des actions du secteur public avec les autres secteurs associatifs, confessionnels, communautaire et pourquoi pas privé. Elles démontrent qu'il est possible d'asseoir une politique de prise en charge des indigents, la crise l'a démontré. La première condition à cela réside dans la volonté politique et non pas uniquement dans les moyens financiers. Au delà de cette volonté, d'autres conditions, tel que l'environnement politique marqué par la décentralisation doit participer à la mise en place de ce système. La capacité de mobilisation des acteurs des collectivités territoriales et des collectivités locales telles que prévues dans les transferts de compétences pour la mise en place des politiques sociales et notamment de la santé, constitueront autant de défis pour la mise en œuvre efficace de ces politiques. Les municipalités pour lesquelles la santé de leurs administrés est au cœur de leurs préoccupations, sauront-elles, au delà des apports matériels, relever ces défis ?

Bibliographie

Juillet A., Modalités de prise en charge médicale des indigents dans les établissements sanitaires d'Abidjan, GIDIS-CI/Coopération Française, document ronéotypé, novembre 2002, 154 p.

Juillet A., L'impact de la crise politico-militaire sur les établissements sanitaires d'Abidjan, Coopération Française, document ronéotypé, janvier 2004, p.

Yapi-Diahou A., en collaboration avec Juillet A., Impact de la crise sur les établissements sanitaires d'Abidjan : étude complémentaire, RIEU-CI, document ronéotypé, mai 2004, 59 p.