

SANTÉ PUBLIQUE ET PRIVÉE : L'ÉTAT ET LE CITOYEN EN CÔTE D'IVOIRE

Thierry BARBÉ et Dominique KEROUEDAN

Médecins de Santé Publique

Depuis quand la santé est-elle publique ? A quel moment de l'évolution de nos civilisations confie-t-on à l'État des attributions concernant la santé des citoyens ? Au nom de quoi ? Qu'en est-il en Afrique et en particulier en Côte d'Ivoire, pays d'Afrique de l'Ouest francophone ?

En France, c'est au XIX^e siècle que sont créées les institutions de médecine publique dans chaque canton par les décrets d'août et décembre 1848 (Sournia, 1991). Les hygiénistes français d'alors s'organisaient autour des pouvoirs officiels de l'État, qu'ils soient centraux ou décentralisés (Faure, 1992). D'abord responsable de l'hygiène publique puis du contrôle des épidémies, l'État progressivement s'implique en tant qu'autorité garant de la légalité, de l'égalité d'accès des citoyens à la santé et aux services de soins, mais se porte garant aussi de la compétence des professionnels de santé, et de la qualité des soins. Le fondement majeur de l'intervention attendue de l'État reste de garantir l'équité.

En Afrique francophone, l'État-Nation se construit au lendemain des indépendances. Le système de santé, hérité du système colonial, repose sur la lutte contre les grandes endémies à travers des bases de santé rurales et urbaines publiques, puis sur le système curatif hospitalo-universitaire des CHU des années soixante-dix. L'État-providence, en particulier dans la Côte d'Ivoire du président Houphouët-Boigny, assure jusqu'au début des années quatre-vingt des soins de qualité gratuits. La crise économique africaine des années quatre-vingt et les conséquences des politiques d'ajustement structurel mises en place en réponse à cette crise, réduisent considérablement le budget de l'État consacré à la santé, dépensé à 70 ou 80% pour les hôpitaux (salaires des personnels de santé fonctionnaires et dépenses en soins inclus). L'État, qui n'assure plus l'accès aux soins, est tenu responsable des maux dont souffre la population. Dans ce secteur comme dans d'autres l'image de l'État, son autorité, sa légitimité et sa crédibilité sont

remises en cause : crise qui pourrait préfigurer le démantèlement de l'État-Nation. Les citoyens devront trouver des alternatives compétentes, économiquement accessibles et légales pour satisfaire leurs besoins de santé. Comment s'organisent-ils ? Comment se répartissent les attributions entre les nouveaux acteurs de santé ? Quelle peut être la contribution du citoyen responsabilisé vis-à-vis de l'amélioration ou du maintien de sa santé ?

A l'origine de la santé publique, l'État en était l'acteur principal. Cela allait de soi. Mais il se dessine une «santé publique sans l'État», dans un débat d'actualité parmi les institutions internationales (Fassin et Fassin, 1989). L'État africain est attaqué de l'extérieur, accusé aussi par les institutions internationales d'être responsable de tous les maux dont souffre l'Afrique, de ne pas être le garant de l'équité et du développement, de s'attribuer l'exclusivité de l'initiative, entre autre dans le domaine de la santé. Mais il est attaqué aussi de l'intérieur. L'État africain est ainsi confronté à l'effritement de son administration et de son image - dans le secteur de la santé comme dans d'autres. Cette dégradation laisse sans doute une grande place inoccupée. Les termes du débat, appliqués à la Côte d'Ivoire, méritent d'être posés : il nous faut y réinterroger l'État et ses intentions. Dans le champ de la santé, ce questionnement est d'autant plus pertinent que la folle course des maladies et de la souffrance sur le continent africain ne semble pas vouloir s'arrêter. La progression du sida, les impressionnants chiffres de mortalité maternelle ou infantile en témoignent. Cette pénétration si brutale et si dévastatrice des maladies ne suscite pourtant pas de ligne de front dans la société. Les populations, les épidémiologistes et les acteurs de la santé ne répondent pas à la hauteur des conséquences des fléaux.

Nous partirons de la maladie, de ses expressions et de ses représentations que nous chercherons à dépister dans les «sphères» privées et parmi les discours publics. Les sphères privées sont celles des discours qui s'épanouissent dans les familles et les différents réseaux relationnels. De nombreux discours sanitaires y existent : ils seront alors confidentiels et privés. Les discours publics sont ceux de la presse et ceux du gouvernement. Nous tenterons d'y suivre les thèmes relatifs à la santé. Mais, partant des discours publics de santé, il nous est permis de les comparer aux autres discours de l'espace public. Notre propos est de suivre les discours dominants, tout au moins ceux de la surface. Il nous faut tracer la marque particulière de la santé dans la société. Par souci de méthode, les discours de santé seront partagés entre discours sur la «maladie» ou la «souffrance», et les discours que nous qualifierons «d'institutionnels» ou de «sanitaires» concernant le système de soins et de prévention, ses structures, ses acteurs organisés, ses actions. Nous verrons, enfin, comment la citoyenneté est redéfinie à l'occasion de

l'actuelle relève du pouvoir politique, et en quoi elle pourrait participer ou non à une promotion de la santé aux côtés de l'État et de sa santé publique.

La sphère privée de la santé : les maladies s'expriment-elles ?

Dans les relations entre médecins (tous les soignants en «blouse» le sont !) et malades, les maladies sont rarement nommées. L'extrême brièveté de la consultation en Côte d'Ivoire, ne le permettrait pas. La seule désignation symptomatique, pour approximative qu'elle soit, satisfait tout le monde. Au-delà des relations inégales de pouvoirs, une évidente complicité unit le malade et son soignant dans une sorte d'*omerta* thérapeutique. Sans doute le médecin y fait-il l'économie d'une explication trop longue. Sans doute aussi, comme cela est affirmé pour le sida, évite-t-il de «faire souffrir» le malade en lui annonçant un diagnostic trop difficile à recevoir. Cette explication ne tient qu'à peine, quand on constate que le silence thérapeutique s'applique également aux cas bénins. La maladie grave n'est pas seule à réduire le dialogue. En évitant la dénomination des maladies, les discours des soignants, comme ceux des soignés, occultent la nosologie moderne, sans pour autant lui substituer des cadres nosologiques traditionnels, il est vrai, dans le contexte de l'extrême diversité culturelle ivoirienne.

Les décès, bien qu'ils soient à travers les funérailles des événements sociaux et producteurs de rencontres, ne sont l'occasion d'aucune lecture nosologique. La maladie qui a pu causer le décès n'est ni nommée, ni racontée. Il ne faut pas «gâter le nom» de celui qui est décédé. Les décès, comme les maladies, sont plutôt l'occasion d'un débat étiologique autour des événements de sorcellerie et d'empoisonnement (l'euphémisme «courte maladie» dans les avis de décès renvoie interminablement à cet espace de sens). Si les «faits» de sorcellerie sont quelquefois publiquement contestés, les discours étiologiques de substitution viennent rarement occuper le débat. Là encore, la maladie est occultée. Un proche meurt du sida. Le diagnostic n'est pas prononcé. Les accusations de sorcellerie courent. Dans une société aussi diverse que celle de la Côte d'Ivoire, les débats se concentrent plutôt sur les valeurs respectives des différents systèmes interprétatifs, plus ou moins traditionnels. Un décès, à travers les rites, enrichit la fonction sociale des funérailles, mais pas la fonction préventive des discours de la causalité des maladies. Le potentiel évocateur et pédagogique des souffrances et des décès est annihilé.

En principe messagers, les discours publics de la santé ne le sont qu'à peine en Côte d'Ivoire. Ils devraient procéder par des révélations sur les maladies et le malheur qui existe ou qui va s'abattre, révélation à destination des acteurs sociaux, politiques ou non. Mais ces discours sont menacés car ses acteurs ne se

sentent protégés par aucune impunité. Après tout, la sorcellerie fait partie d'un système connu de règles de transactions plus ou moins codifiées. Elle fait partie d'un complexe rituel accusatoire. Mais les causes de la maladie ne sont pas entièrement contenues dans les accusations de sorcelleries. Des vastes zones d'ombres subsistent et inquiètent. L'extrême silence qui entoure quotidiennement le sida renvoie à une sphère «plus que privée», à la gamme intime des sentiments et de l'effroi. Car la peur des maladies et l'anxiété sont bien présentes. Est-ce que l'anxiété inhiberait toute évocation de la maladie ? Serait-elle la source du déni ? Evoquer serait alors invoquer, au risque de réveiller ce qui ne serait pas maîtrisable, ceci du côté du soignant comme du patient ou de l'entourage.

Les décès et les soins, à travers les silences qu'ils suscitent et les renvois de la maladie vers des sphères infra-privées, sont probablement révélateurs d'une profonde anxiété, d'autant que pèse parfois la crainte de la marginalisation et de l'exclusion des réseaux sociaux. Cette anxiété révélerait à son tour le désarroi d'une société et d'acteurs systématiquement confrontés à l'absence de maîtrise des phénomènes de l'environnement et des évolutions.

Prix, marché et indifférence / prix et silence : la détérioration des termes de l'échange

À défaut d'avoir vu apparaître les maladies, les symptômes sont devenus l'objet de transactions marchandes. L'utilisateur-client et le soignant, principales figures sanitaires, ne se rencontrent pas autour d'une relation thérapeutique mais autour d'un marché (Chauvière et Godbout, 1992). Le paradigme du marché utilisé ici est celui où offre et demande, au delà des différenciations qualitatives, des pouvoirs et des informations respectives, s'accordent et se régulent autour d'un prix.

Les services des soignants, qu'ils soient privés ou fonctionnaires, sont monnayés. Les services publics des dispensaires, hôpitaux et blocs opératoires sont depuis longtemps payés au prix fort, alors qu'aucune couverture sociale ou assurance n'en fait partager les coûts par un groupe élargi. Dans les services sanitaires publics, aux prix officiels pratiqués dans presque tous les domaines d'intervention, s'additionnent des prix officieux plus ou moins licites et plus ou moins tolérés. Cette tolérance ne laisse pas de surprendre. Elle est souvent analysée comme une manifestation supplémentaire du «laxisme» administratif. Elle témoigne surtout de ce qu'un marchandage sur les prix aboutit à des prix réels supérieurs à ceux qui sont officiellement affichés dans les services publics.

Les prix sur les marchés des soins sont effectivement sous l'influence des pouvoirs respectifs des acteurs et de l'extrême différenciation qualitative de

l'offre. Certains domaines de l'offre de soins sont fortement concurrentiels : avant tout, les soins de premier niveau. D'autres domaines de l'offre de soins ont un caractère monopolistique marqué : le marché des médicaments en est l'exemple. Les monopoles lucratifs dont il jouit sont habilement protégés par les réglementations.

Les transactions monétaires multiples que les maladies imposent aux familles renvoient à une conception anonyme, non compassionnelle, du malade. C'est la nécessité de payer les soins et médicaments qui, plus que tout, réveille parfois encore les solidarités ; peu celle de l'accompagnement. Certes les malades se plaignent - discrètement - des coûts des soins et des difficultés d'accès économique, mais il est possible que l'anonymat et l'indifférence, conférés par les échanges marchands, soient particulièrement appréciés et respectés, dans la perspective du silence de la relation thérapeutique.

En fin de compte, il n'y a guère de «maladie privée», si ce n'est comme objet de marchandage ou comme désignation symptomatique, mais comment les maladies s'expriment-elles dans le domaine public?

A qui appartiennent les maladies publiques ?

Dans les colonnes du quotidien ivoirien *Fraternité Matin*, les maladies sont facilement occultées au profit de thèmes relatifs à l'organisation du secteur des soins (concernant par exemple, tarifications, hygiène, médicaments, soins hospitaliers, nomination de personnels, constructions), principalement sous l'angle des dons (les bienfaiteurs sont politiques ou étrangers) et sous l'angle de l'État (les acteurs sont politiques ou administratifs). Les articles sur les maladies sont minoritaires au profit des articles sur les aspects institutionnels de la santé et de ceux relatifs à la médecine traditionnelle.

Les séminaires, colloques et conférences sont les événements principaux dont le secteur des soins, et parfois les maladies, sont les prétextes. Le «séminariste» est une figure emblématique qui englobe le médecin, l'agent étranger et le fonctionnaire. Les maladies appartiennent au séminariste. N'y apparaissent guère les malades, les analphabètes, les étrangers, les femmes ni les enfants. Ils sont pourtant les plus «malades» et ceux qui en supportent le plus lourd fardeau. Ainsi, les maladies «publiques» n'ont-elles guère de chance de devenir alarmantes.

De la même façon, il ressort de ces articles que les maladies appartiennent comme partout, aussi aux médecins, ceux de la Faculté principalement, qui les mettent en scène à l'occasion des soutenances de thèses et des séminaires. Ainsi voit-on apparaître des références. Enfin parfois, les maladies sont décrites par des fonctionnaires et agents de l'État, ce que la grande majorité des médecins sont également.

Dans la même période, un grand nombre d'articles «sanitaires» fait référence à une intervention étrangère, généralement celle d'une organisation internationale, ou d'une coopération bilatérale en tant que bailleur de fonds (les ONG internationales ne jouent qu'un rôle mineur dans ce dialogue entre puissances publiques). Les acteurs étrangers sont directement et intimement liés à la production des représentations modernes pasteurienne des maladies. La production innovante et concurrentielle des concepts sanitaires par des agents étrangers organise de l'extérieur la définition des politiques et des stratégies standardisées de santé, sans que les priorités de santé pour chacun de ces pays soient définies pour autant.

Le fondement commun des modèles, des stratégies et des systèmes de santé proposés par les organismes internationaux de référence, est à partir de la fin des années soixante-dix, de nature économique et gestionnaire : la Conférence d'Alma-Ata prône les «soins de santé primaires» et «la santé pour tous en l'an 2000» à moindre frais. L'initiative de Bamako prévoit un mécanisme de recouvrement des coûts des soins en sollicitant des contributions financières des patients et la participation communautaire. La Banque Mondiale définit un «paquet minimum de soins» et son discours est parcouru de la notion de «coût-efficacité» des interventions. La Coopération Française développe des centres de santé communautaires, gérés par des associations d'usagers.

Tout s'intègre plus ou moins avec des tentatives nationales de mise en œuvre de politiques de recouvrement des coûts, à un moment où la crise économique, en l'absence de protection sociale, frappe sévèrement les revenus des ménages. Nous constatons aussi que ces politiques de santé ne reposent pas sur des priorités de santé, la priorité est de réduire les dépenses de santé de l'État ; et prônent des mesures qui concernent quasi-exclusivement les services de soins. Si comme le souligne Bertrand Badie (Badie et Médard, 1994) : «il n'y a pas d'exemple au monde d'un État construit qui échappe à cette attraction de la mondialité», l'analyse devrait alors porter sur la capacité de sélection et de réappropriation nationale, au delà du seul cercle des élites.

Les citoyens dans l'État ivoirien

Lors de l'accession à l'indépendance, les legs coloniaux et villageois n'avaient guère laissé de champ à la citoyenneté. Ces contingences historiques de l'État et de la citoyenneté en déterminent aujourd'hui encore le cours. Les différentes formes de soumission aux ordres établis, familiaux, lignagers, villageois, étatiques, etc. ont longtemps prévalu comme modèle dominant des relations sociales et prévalent encore en zone rurale. La tentation autoritaire de l'État, avec

ses désirs d'unification, de standardisation, d'homogénéisation répondait alors légitimement à la création de l'État-Nation car «dans l'État nouveau, c'est l'État qui doit faire la nation» (Burdeau, 1970).

L'État ne doit pas être vu ici comme une «idée» qui serait «toute la réalité qu'il exprime», inventée par les hommes «pour ne pas obéir aux hommes» (*id.*). La réalité de l'État est avant tout ce «qu'un individu en perçoit» ; c'est «une relation dans une situation avec des individus donnés, avec un fonctionnaire, un commerçant.» (Sindzingre, 1994). L'État est une administration, exprimant ouvertement son pouvoir. C'est aussi un des lieux principaux de production de discours alimentant les sphères publiques ou politiques.

L'État ivoirien s'est jusque là passé du citoyen. Nationaux et étrangers ont eu tardivement le droit de vote, mais dans le fond l'État décidait. L'enseignant et le planteur étaient les figures de proue des discours de la période de la présidence de Félix Houphouët-Boigny (la presque «précédente république»). Producteurs de la nation, ils étaient les substituts symboliques à la citoyenneté. Félix Houphouët-Boigny incarnait si fortement la voix nationale que le citoyen n'avait pas d'utilité. Soumis à un pouvoir personnalisé, l'État ivoirien était alors faiblement institutionnalisé (Bakary, 1992).

À l'occasion de la première transition du pouvoir depuis l'indépendance (après le décès du président Houphouët-Boigny), l'État a entrepris, à l'occasion de la réforme récente du code électoral, une remise en cause restrictive de la citoyenneté. Est désormais citoyen ivoirien celui qui est né ivoirien, de père et mère ivoiriens. La citoyenneté qui est débattue est celle du droit de voter et d'être élu. La mort de Félix Houphouët-Boigny, la forte valeur symbolique de la dévaluation du FCFA, le retour des revenus du café et du cacao semblent avoir reposé les questions fondamentales à la Côte d'Ivoire. Il est certain que tous ces éléments ont touché les consciences. L'État et le citoyen en ont subi la redéfinition la plus radicale. «L'ivoirité» aujourd'hui, (l'ivoirisation hier) est au cœur de la citoyenneté.

Cette redéfinition de la citoyenneté s'inscrit dans un débat électoral. Ce débat porte essentiellement sur les voies d'accès au pouvoir. Il ne porte guère sur la nature des politiques à suivre, de telle sorte qu'aucune vision de la société désirée ne vient étayer celle de la citoyenneté. L'espace public est ainsi accaparé par les questions d'accès au pouvoir. La citoyenneté est lue en fonction de cette question d'accès au pouvoir auquel elle fournirait une certaine légitimité.

Les notions d'État et du citoyen renvoient plus généralement à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1948 (DUDH). La qualité de la citoyenneté est alors liée au respect du droit des personnes.

Citons l'article 3 : « toute personne a droit à la vie... ». L'article 22 de la DUDH stipule que « toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation des ressources de chaque pays. » L'article 16 « La famille est l'élément naturel et fondamental de la société et a droit à la protection de la société et de l'État ». Mais aussi l'article 21 rappelle que « la volonté du peuple est le fondement de l'autorité des pouvoirs publics ». L'État ne l'oublions pas, c'est nous.

N'est-ce pas le droit à la vie et à la santé, et à travers ce droit pour tout un chacun, le souci d'équité pour tous, qui fondamentalement lie les notions de santé publique, État et citoyen ? La réalité est que la pauvreté se dresse en obstacle au droit à la santé du citoyen dans un système où l'État n'assume plus sa fonction régulatrice.

La santé dans l'État

Qu'est-ce donc la santé publique dans un tel contexte ? Certes l'État a d'autres priorités : il ne choisit pas, pas plus aujourd'hui qu'hier, la santé comme priorité nationale, ni économiquement ni politiquement. Les aspects organisationnels, notamment autoritaires, de l'État déterminent la forme dominante de la santé publique. Malgré des manifestations fréquentes de l'État dans l'organisation des soins (inaugurations, opérations, conférences, séminaires, recueil de dons, nominations etc.) l'usager a perdu l'illusion que les bénéficiaires des services publics étaient l'ensemble des citoyens. La Santé publique n'est alors plus que l'expression d'une administration déconnectée des relais sociaux. Certes l'organisation étatique des soins échappe à sa propre connaissance, notamment dans ses manifestations d'illégalité et d'inégalité.

L'État cultive sa propre ambiguïté : il promet officiellement un secteur privé, qu'en pratique, il ne soutient guère, sauf lorsqu'il s'agit de protéger, en réglementant l'accès, les quelques marchés lucratifs existants : médecins des structures privées, médicaments. Il n'a en fait pas la capacité de suivre l'application de ses réglementations. Les biens publics, au sens économique du terme, sont parmi les domaines d'intervention prioritaires de la santé publique. Ils n'ont pourtant pas la place qu'ils méritent. Le marché ne les traite pas : étant à tout le monde, ils ne sont à personne donc pas objet d'appropriation (Sindzingre, 1992). La tâche de rationner les ressources n'a curieusement pas été prise par l'État.

L'inégalité d'accès aux soins et aux informations est la manifestation la plus frappante des difficultés de l'État à appliquer les règles de droit qu'il s'est imposé mais qu'il affirme si peu. Les cruelles difficultés de gestion des

établissements ont poussé les pouvoirs publics à appliquer une tarification officielle. Celle-ci se révèle désastreuse pour les soins hospitaliers : le patient démuné n'est pas soigné.

Les citoyens et la santé

Les comportements des populations vis-à-vis de leur santé sont quotidiens, multiples et variés. Certains des comportements de santé s'expriment publiquement : la santé publique n'a pas alors besoin de se définir et d'isoler son discours, pour qu'une chose publique concerne la santé. Ses attributs doivent alors pouvoir se retrouver dans les discours publics sur la santé, si discrets soient-ils. L'on recherchera utilement rationnement et rationalisation, anticipation, régulation, révélation, biens publics, externalités et organisation autoritaire ou participative.

Les patients contournent les coûteux règlements sur les médicaments : ils se choisissent eux-mêmes dans l'ordonnance les médicaments qu'ils vont acheter ; ils s'approvisionnent directement dans les «pharmacies trottoirs». Ils entreprennent un recours alternatif, notamment auprès d'une forme ou d'une autre de tradithérapie ou auprès d'une infirmerie plus ou moins clandestine. Les médecins non fonctionnaires, sans réel accès à un exercice dans le secteur privé, remplacent les infirmeries. Les voies choisies par les acteurs, de l'offre comme de la demande, sont éminemment instables et incertaines. Elles ont un caractère provisoire.

Nous pensons que les références fondamentales de la «santé publique de l'offre» sont et resteront en crise, jusqu'à ce qu'une «santé publique de la demande» vienne côtoyer une citoyenneté qui serait «l'idée selon laquelle la participation volontaire à la chose publique, le civisme si l'on préfère, est constitutive de la citoyenneté ; l'on est citoyen si l'on participe à la chose publique» (Madec et Murard, 1995), en tant qu'acteur de proposition et de définition d'un contenu vis-à-vis des politiques de santé.

Les instances traditionnelles et villageoises sont progressivement remplacées en ville par un réseau complexe d'affiliations. Ces réseaux répondent à des besoins privés de solidarité. Ils ne participent pas encore à la définition du citoyen, parce qu'ils ne situent pas leur préoccupation dans les espaces sociaux élargis. La citoyenneté ne passe assurément guère par des organisations intermédiaires, sociales ou associatives. Toutefois, des lieux d'espoir commencent à se manifester dans ce domaine, notamment à travers l'émergence, très récente et trop rare en Côte d'Ivoire, des associations de développement, des associations d'usagers gestionnaires de centres de santé, des associations des personnes vivant avec le VIH/Sida et des associations des jeunes médecins. Sans pour autant don-

ner toute la mesure de leur nature revendicative, ces associations multiplient les lieux de débats. Aux classiques débats internes à l'administration de l'État se rajoutent désormais des débats transversaux entre les multiples acteurs et les associations. Bien qu'elles soient souvent tournées vers elles-mêmes — privilégiant leur structuration interne sur leurs actions externes — ces associations sont dans la sphère publique, sans pour autant avoir de discours politique. Ceci pour deux raisons très différentes :

- Comme pour bon nombre d'acteurs privés, elles sont fortement dépendantes de leurs rapports avec les étages administratifs du ministère de la Santé. Elles sont les acteurs nouveaux d'une santé publique de la demande et d'une probable dispersion des discours de santé publique. Dans une société parcourue d'incertitude (Hugon *et al.*, 1995), les acteurs d'une entreprise surévaluent le risque d'échec. Les possibilités d'action comme la vision en sont fortement affectées.

- Mais aussi, la société dont les droits ne sont pas respectés peut-elle contribuer à élaborer un projet de société y compris de santé alors que la pensée est asphyxiée par la nécessité première de faire survivre la citoyenneté justement ? Pour exister dans une société, exprimer son potentiel créateur et innovateur, ainsi participer de son développement, le préalable indispensable est d'exister en tant qu'individu, appartenant pleinement à cette société, avoir évacué en quelque sorte un contentieux avec le pouvoir et ainsi libéré sa pensée. Quelle contribution peut-on attendre des citoyens vis-à-vis de leur santé lorsqu'ils sont sans cesse déresponsabilisés et niés ?

Conclusion

Nous voyons comment, en Côte d'Ivoire, le citoyen revendiqué par l'État est différent de celui que les acteurs de la promotion de la santé cherchent ; comment l'État et l'opinion publique s'accordent sur un tabou de l'expression et de la représentation des maladies ; comment la régulation incertaine d'un marché florissant des soins occupe l'espace sanitaire. À l'image emblématique du sida, toutes les maladies, productrices de souffrance et de malheur, se vivent en oscillant entre une extrême privatisation, sans dialogues, et une publicité, dont le contenu est souvent déplacé, là encore sans dialogue. La monétarisation des transactions thérapeutiques remplace un dialogue inexistant. Une Santé publique qui ne s'appuierait que sur l'offre (étatique ou marchande) aurait peu de chance d'orienter les priorités sanitaires. En revanche la santé publique peut aussi se constituer autour de la demande ; celle-ci exprime alors ses revendications et ses contestations au travers des individus ou des organisations intermédiaires,

d'usagers ou de malades. Ces organisations et ces individus ne trouveront de place dans les discours publics que si une définition plus ouverte et plus appropriée de la citoyenneté s'imposait et si les nouvelles formes de citoyenneté parvenaient à définir le contenu de leurs représentations.

Après avoir rappelé les développements historiques de la Santé publique dans la construction de l'État et l'émergence de la citoyenneté, nous avons vu en quoi la crise économique africaine et les réponses principalement gestionnaires et étatiques des institutions internationales ont contribué à déposséder l'État de ses attributions et de ses responsabilités vis-à-vis de la santé des populations. Les alternatives «standardisées» des systèmes de santé alors proposés ne répondent pas aux priorités de santé spécifiques à chaque pays. Mais la remise en question des liens État-citoyen-santé publique n'est pas seulement de nature économique, elle est préalablement de nature politique en ce que la démocratie et les libertés publiques qui l'accompagnent prédisposent le citoyen à un développement favorable à son implication et à sa participation dans un projet de société, y compris dans le domaine de la santé. Or le citoyen, de plus en plus sollicité à contribuer à l'amélioration de sa santé, ne peut participer d'un projet de développement et élaborer un contenu que s'il est responsabilisé et respecté comme acteur au service de sa société. Nous traversons en Côte d'Ivoire une phase pendant laquelle l'État a perdu ses attributions sans que des alternatives fondées sur une citoyenneté nouvelle se soient émancipées et responsabilisées du côté de la société. Mais le mouvement est en marche.

Références bibliographiques

BADIE B., MÉDARD J.-F. «Forum sur la démocratisation en Afrique sub-saharienne», *Revue Internationale de Politique Comparée*, Vol 1, N°3, 1994, p. 489-504.

BAKARY T.D. «Côte d'Ivoire : l'étatisation de l'État», in *Etats d'Afrique noire : formations, mécanismes et crise*, Paris : Karthala, 1992.

BURDEAU G. *L'État*. Paris : Seuil, 1970, coll. Points

CHAUVIÈRE M. & GOUBOUT J.-T. *Les usagers entre marché et citoyenneté*. Paris : L'Harmattan, 1992.

FAURE O. *Les Français et leur médecine au XIX^{ème} siècle*, Paris : Belin, 1992.

FASSIN D. & FASSIN E. «La santé publique sans l'État : participation communautaire et comités de santé au Sénégal», *Revue Tiers-Monde*, t. XXX, n°120, 1989.

HUGON P., POURCET G. ET QUIERS-VALETTE S. *L'Afrique des incertitudes.* Paris : PUF/CERED-FORUM, 1995.

MADEC A., MURARD N. *Citoyenneté et politiques sociales.* Paris : Flammarion, Collection Dominos, 1995.

SINDZINGRE A. N. «État, développement et rationalité en Afrique: contribution à une analyse de la corruption», *Travaux et documents du CEAN*, Talence N°43, 1994.

SINDZINGRE A. N. «Heurs et malheurs de la notion de culture dans les études sur le développement en Afrique», présenté au séminaire : *Économie des institutions et agriculture*, Montpellier : CIRAD, 1992.

SOURNIA J.-C. *Histoire de la Médecine et des médecins.* Paris : Larousse, 1991.

Résumé

Santé publique et privée : l'Etat et le citoyen en Côte d'Ivoire

Nation relativement aisée, au pouvoir fortement centralisé, la Côte d'Ivoire s'était dotée, au lendemain de l'indépendance, d'un système de santé très bureaucratiquement administré. La crise économique et les institutions internationales ont dépossédé l'Etat ivoirien de ses responsabilités dans la santé publique. Les discours sur la maladie et les termes de l'échange sur un marché concurrentiel des soins aux multiples acteurs, y compris associatifs, occupent le système de la santé publique tant que la place des citoyens par rapport à l'Etat est insuffisamment définie.

Mots clés

Discours dominants - Maladies publiques - Citoyen - Associations.

Summary

Public and private health : state and the citizen in the Ivory Coast

The Ivory Coast — a rather wealthy nation with a strongly centralized power — has adopted a very bureaucratic health system after gaining independence. The economic crisis and international institutions have withdrawn from the Ivory Coast state its responsibilities concerning public health. Statements about disease and the terms of exchange on a rival medical market including numerous actors and associations will hold this public health system as long as the place of citizens is not sufficiently defined with regard to the state.

Keywords

Prevailing statements - Public diseases - Citizen - Associations

Thierry BARBE

Médecin, conseiller technique à la Direction Régionale Sud du Ministère de la Santé.

Dominique KEROUEDAN

Médecin, conseillère technique OPNLS Côte d'Ivoire. Mission de coopération 01 BP 1839, Abidjan 01, Côte d'Ivoire.

**CENTRE AQUITAIN DE RECHERCHE
SUR LES PROBLEMES DE SANTE**

C.A.R.P.S.

Cette association regroupe des chercheurs, des professionnels, des administrateurs désirant apporter leur contribution à une meilleure connaissance des problèmes liés à la santé physique et mentale des populations.

Le C.A.R.P.S. est ouvert à des personnes qui, professionnellement, par goût de l'étude, ou du fait de leur engagement social, désirent participer activement à des travaux scientifiques susceptibles d'enrichir notre compréhension des questions sanitaires.

Le C.A.R.P.S. a pour mission concrète d'aider, de promouvoir des projets de recherche auprès d'établissements de soins, d'organismes d'enseignement et de collectivités locales.

Il se donne également pour objectif de favoriser les contacts entre chercheurs en vue de promouvoir des analyses comparatives des systèmes de santé.

Ses moyens d'action sont notamment :

- l'organisation de séminaires, conférences, cycles de formation, etc...,
- l'étude et la proposition de solutions aux problèmes de santé qui peuvent se poser dans les collectivités locales ou dans les établissements de soins,
- la publication de documents.

C.A.R.P.S.

M.S.H.A., Esplanade des Antilles, 33405 Talence Cedex

Téléphone : 56 84 68 00