



HAL
open science

Santé maternelle et complémentarités institutionnelles dans les pays d'Afrique subsaharienne : une analyse des déterminants sociaux de la santé maternelle en Côte d'Ivoire

Mariame Wattara

► To cite this version:

Mariame Wattara. Santé maternelle et complémentarités institutionnelles dans les pays d'Afrique subsaharienne : une analyse des déterminants sociaux de la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Economies et finances. Université de Lille, 2023. Français. NNT : 2023ULILA031 . tel-04592706

HAL Id: tel-04592706

<https://theses.hal.science/tel-04592706>

Submitted on 29 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Thèse de doctorat en sciences économiques

Présentée et soutenue publiquement le **6 décembre 2023** par

Mariame WATTARA

UNIVERSITÉ DE LILLE CLERSE (UMR 8019) – Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques.

ED SESAM (73) – Sciences économiques, sociales de l'aménagement et du management.

**SANTE MATERNELLE ET COMPLEMENTARITES
INSTITUTIONNELLES DANS LES PAYS D'AFRIQUE
SUBSAHARIENNE:**

*Une analyse des déterminants sociaux de la santé maternelle en
Côte d'Ivoire*

Composition du Jury :

<i>Directeur de thèse</i>	Bruno BOIDIN	Professeur en économie au CLERSE, Université de Lille
<i>Rapporteurs</i>	Samira Guennif	Professeure en économie, Présidente du jury Université Sorbonne Paris Nord
	Philippe BATIFOULIER	Professeur en économie, Université Sorbonne Paris Nord
<i>Examineurs</i>	Juliette Alenda- Demoutiez	Assistant Professor, Radboud Universiteit (Nederland)
	Léo Delpy	Maître de conférences, Université de Lille

Remerciements

Tout d'abord, la louange est à mon Dieu qui par-dessus tout a permis la réalisation de cette œuvre.

Ensuite, je tiens du fonds du cœur à remercier Bruno Boidin, mon directeur de thèse, pour son soutien inlassable tant sur le plan intellectuel, humain et administratif durant cette incroyable aventure. Son niveau d'ambition et sa confiance constante en moi ont facilité l'exploration de nouveaux horizons dans un contexte et un domaine encore inexploité. L'application d'une économie politique de la santé maternelle en Afrique subsaharienne à l'aide de cadres innovants et hybrides, notamment celui des complémentarités institutionnelles a été un exercice passionnant durant ces six années de thèse. Je tiens également à remercier les membres de mon comité de suivi individualisé de thèse pour leur suivi minutieux et leurs orientations stimulantes durant quatre ans. Mes remerciements sont aussi adressés à Samira Guennif, Philippe Batifoulier, Juliette Alenda-Demoutiez et Léo Delpy d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Un grand merci et une reconnaissance totale à l'ensemble des doctorants aujourd'hui docteurs, pour la plupart, de l'école doctorale SESAM, que j'ai trouvés en 2017, pour avoir facilité mon intégration et mon installation : Placide Abasabanye, Ornella Cornelia Amon, Haingotiana Rajaonah, Sarah Mosca, Julie Montoya, Anne Dubos, François Bradefer, Vianey Schlegel, Benjamin Cordrie, Frédérique Dambre, Jessie Lerousseau, Gabriel Auguste-Lambin, Timothée Verley, Ilona Delouette, Coralie Aranda, Thomas Houssoye, Déborah Ridet. Ces remerciements s'étendent à l'ensemble des doctorants de l'ED SESAM pour l'ambiance bonne enfant et motivante qui a toujours régné pendant ces six années: Klara Babinska, Clément Beunas, Angèle Ducatillion, Lucas Fabre, Adèle Gaillard, Olivier Gayot, Clotilde Grassart, Alexandre Guérillot, Gwladys

Hadjimanolis, Rémi Marcos, Elsa Massei, Marion Mauchaussée, Roger MonneyBosso, Fernande Nguemo, Antoine Olczak, Léo Perrette, Amélie Pouillaude, Mamadou Sanogo, Adèle Sébert, Daria Sobocinska, Marion Studer, Zia Ullah, Seydou Traoré, Cécile Vasseur. Remerciements sincères aux collègues et amis du Centre d'études et de recherches sur le développement international (CERDI) à Clermont-Ferrand, en France, pour leur soutien inestimable à des moments déterminants pour la réalisation de ce projet. Je m'en voudrais également de ne pas faire mention ici de tous mes collègues de la Banque mondiale, depuis ma première expérience sur le portefeuille santé en Côte d'Ivoire à celle sur l'autonomisation de la jeune fille et de la femme en Afrique subsaharienne (Burkina Faso, Togo, etc.) pour leurs encouragements et leurs contributions respectives.

Comment pourrais-je terminer ces remerciements sans mettre un point d'honneur à ma famille et mes amis/frères que je ne remercierai jamais assez pour l'appui inconditionnel, les prières et les encouragements. Papa, maman, mon défunt époux et mes soeurs m'ont même accordé le titre de *Docteure* avant l'heure ! Infiniment merci à maman Kadidia Traoré, papa Adama Wattara, mon défunt époux Nana Coulibaly « Daddy », ma défunte belle-mère Sita Coulibaly, mon beau père Kalimou Coulibaly, ma sœur Zahara Fatoumata Wattara, maman Fanta Traoré, papa Valentin kouamé, maman Korotoum Sangaré et Papouchka, maman Mamina Vieville, maman Chata Traoré, papa Christian Vieville, mon oncle Bakary Traoré (Sony), tante Djouma Ouattara, ma grand-mère « Adjacoroba », Kouliga Zongo, Aboubacar Zongo, ainsi que tous ceux qui, dans ma grande famille (Wattara, Traoré et alliés) et proches, m'ont sans cesse encouragée, ont prié pour moi et sans la présence de qui cette thèse n'aurait pas pu aboutir à bon terme. Une pensée pieuse et de reconnaissance pour mes proches : Mandia Touré, Mariama Ayouba, Youssouf Ouattara, Youssouf Bamba, mon fils Arouna, Zahara Cissé et Mory Bamba, Cheickna Dicko, Aïcha et Bouba Diallo, Aïssata Coulibaly et Alassane Drabo, Alassane Karna Silué, Kalifa Touré, Ramony Odesanya, Lorna Légré et famille, Sarah Ba

Zrampieu, Aminata Siahoué, Flavy Goba, Adjoua Ouattara, Yasmine Koné et Raidou Nanto, Nancy Gbeuly, Habiba Koïta, Ornella Amon, Djakaridja Koné, Valy Coulibaly, Ines Ongenda, Massamba Touré, Klara Babinska ainsi que Mme Boidin (Magui). Un merci spécial à ma sœur N'Mon Hawa Wassia WATTARA (tata Coucou) pour avoir été, d'un appui considérable, à nos côtés, les enfants et moi durant la rédaction de cette thèse.

Enfin, merci à mes poussins Ilham, Keyrat, Imrane, notamment Aïcha (8 ans) et Hosny (5 ans 9 mois) d'avoir toléré mes absences dans tant d'amour et de confiance à maman Mimi. Nous y voilà ! Maman est enfin Docteure !

Cette thèse est dédiée à mon défunt époux Nana Coulibaly (Daddy), à ma défunte belle-mère Sita Coulibaly, à ma défunte amie et sœur Yasmine Touré ainsi qu'à mon défunt petit frère Mouhammed El Amine Wattara. Le sprint final de cette thèse a été certes perturbé par vos départs brusques et consécutifs, mais motivé par vos présences vibrantes dans mon cœur.

Je prie Allah d'être satisfait de vous, de nous et de cette œuvre en laquelle vous m'avez aidée à croire et à réaliser.

Alhamdoulillah Ala kouli Hal !!!

ACRONYMES

ASC : Agents/acteurs de santé communautaire

CI : Complémentarités institutionnelles

CID : Complémentarités institutionnelles en faveur des dominants

CIP : Complémentarités institutionnelles performantes pour le système de santé dans son ensemble

CIPINT : Complémentarités institutionnelles performantes internes au système de santé au sens strict

CIPEX : Complémentarités institutionnelles performantes entre les institutions du système de santé au sens strict et les institutions d'autres secteurs sociaux influençant la santé

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : Centre hospitalier urbain

CSC : Centre de santé communautaire

CSU : Couverture sanitaire universelle

CSR : Centre de santé rural

DTS : Dépenses totales de santé

DSS : Déterminants sociaux de la santé

DSSM : Déterminants sociaux de la santé maternelle

E1 : enquête 1 ou première enquête

E2 : enquête 2 ou deuxième enquête

EDS : Enquête démographique et de santé

EIPSS : Enquête des indicateurs de prestation de services de santé

ENV : Enquête sur le niveau de vie des ménages

ENSESI : enquête nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel

EPS : Etablissement Public sanitaire de Soins/ Etablissement sanitaire public

ESPC : Etablissement sanitaire de premier contact

HG : Hôpital général

INSTINT : Institutions internes au système de santé au sens strict qui lui sont directement liées

INSTEX : Institutions externes au système de santé au sens strict et exerçant une influence indirecte sur le système de santé

IRA : Infection respiratoire aigue

ISS : Inégalités sociales de santé

LHR : Le modèle de Levesque, Harris et Russell

MCG : Mécanisme de coordination institutionnelle et de gouvernance

MICS : Enquête par grappes à indicateurs multiples

MSHPCMU : Ministère de la Santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle

ONG : Organisation non gouvernementale

ODD : Objectif du développement durable

OMD : Objectif du millénaire pour le développement

OSC : Organisation de la société civile

PED : Pays en développement

PMA : Paquet minimum d'activités

PNDS : Plan national de développement sanitaire

PTF : Partenaires techniques et financiers

SNIS : Système national d'information sanitaire

TR : Théorie de la régulation

USAID : Agence des Nations unies pour le développement international

Table des matières

Introduction générale.....	12
1. Contexte et sujet.....	12
2. Démarche et cadre d'analyse.....	16
3. Questions de recherche et hypothèses.....	21
4. Application d'un cadre d'analyse de la théorie de la régulation : Les complémentarités institutionnelles à une échelle méso et en milieu africain.....	24
5. Stratégie de recherche et méthodologie : Description des différentes méthodes d'application de notre cadre d'analyse.....	26
6. Plan de la thèse.....	34
PARTIE 1 : REVUE CRITIQUE DES TRAVAUX EMPIRIQUES SUR LA SANTE MATERNELLE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT.....	38
CHAPITRE 1: LES INSUFFISANCES DES APPROCHES NEOCLASSIQUES POUR APPREHENDER LES DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT.....	39
Introduction du chapitre 1.....	39
Section 1 : Revue critique des études sur l'utilisation des services de santé.....	40
Section 2 : Caractéristiques principales des études de l'utilisation des services de santé maternelle dans les pays d'Afrique.....	54
Conclusion du chapitre 1.....	74
CHAPITRE 2 : FONDEMENTS D'UNE APPROCHE ALTERNATIVE POUR APPREHENDER L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE EN COTE D'IVOIRE.....	76
Introduction du chapitre 2.....	76
Section 1 : Revue critique des déterminants de l'utilisation des services de santé et de la santé maternelle en Côte d'Ivoire.....	77
Section 2 : Intérêt de l'approche institutionnaliste et son application à la santé maternelle.....	92
Conclusion du chapitre 2.....	104
PARTIE 2 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE AU PRISME D'UNE ANALYSE DES LIENS ENTRE ECONOMIE ET AUTRES SCIENCES SOCIALES.....	106
CHAPITRE 3 : UNE APPROCHE MULTIDIMENSIONNELLE DE L'ACCES AUX SOINS DE SANTE MATERNELLE EN CÔTE D'IVOIRE.....	107
Introduction du chapitre 3.....	107

Section 1 : Notre intérêt pour l’approche multidimensionnelle de l’accès aux soins de santé de Levesque Harris et Russell (2013).....	108
Section 2 : Notre proposition d’une approche multidimensionnelle de l’accès aux soins de santé maternelle dans les pays d’Afrique subsaharienne : cas de la Côte d’Ivoire	117
Conclusion du chapitre 3	153
CHAPITRE 4 : ELARGISSEMENT DE L’APPROCHE DES DETERMINANTS DE LA SANTE A DES FACTEURS EXTERIEURS AU SYSTEME DE SANTE : L’INTERET D’UNE APPROCHE EN TERMES DE DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE....	155
Introduction du chapitre 4.....	155
Section 1 : Pertinence de l’étude des inégalités sociales de santé dans le champ de la santé maternelle	157
Section 2 : Une tentative de réponse des déterminants sociaux de la santé aux inégalités sociales de santé et à la pauvreté multidimensionnelle	165
Section 3 : Déterminants sociaux de la santé maternelle et de l’accès aux soins de santé maternelle en Côte d’Ivoire	175
Conclusion du chapitre 4	200
PARTIE 3 : LES COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES COMME OUTIL D’ANALYSE DES DETERMINANTS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA SANTE MATERNELLE EN CÔTE D’IVOIRE	203
CHAPITRE 5 : INTERÊT D’UNE ANALYSE EN TERMES DE COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES ET JALONS THEORIQUES	204
Introduction du chapitre 5.....	204
Section 1 : Tableaux synoptiques des trois approches des institutions et des complémentarités institutionnelles étudiées pour notre analyse	205
Section 2 : L’apport d’Aoki, un ancrage peu adapté à notre approche des complémentarités institutionnelles en dépit de préoccupations partagées.....	214
Section 3 : La complémentarité institutionnelle selon Boyer (2006 ; 2007).....	221
Section 4 : La complémentarité institutionnelle selon Amable et Palombarini (2009).....	229
Conclusion du chapitre 5	233
CHAPITRE 6 : NOS CHOIX EN TERMES DE COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES POUR UNE APPLICATION A LA SANTE MATERNELLE EN COTE D’IVOIRE.....	234
Introduction du chapitre 6.....	234
Section 1 : Spécificités de la santé comme domaine d’analyse des complémentarités institutionnelles.....	235

Section 2 : Notre conception des institutions appliquée à notre terrain	240
Section 3 : Une approche spécifique des complémentarités institutionnelles	245
Conclusion du chapitre 6	258
PARTIE 4 : APPLICATION DU CADRE DES COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES A LA SANTE MATERNELLE EN COTE D'IVOIRE	259
CHAPITRE 7 : PANORAMA DES INTERACTIONS DYNAMIQUES DU SYSTEME DE SANTE MATERNELLE EN CÔTE D'IVOIRE.....	260
Introduction du chapitre 7.....	260
Section 1 : Présentation du cadre d'Olmen et <i>al.</i> (2012) et une application factuelle à la Côte d'Ivoire	262
Section 2 : Failles du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire à la lumière du cadre d'Olmen et <i>al.</i> (2012)	299
Conclusion du Chapitre 7	333
CHAPITRE 8 : LES MECANISMES DE COORDINATION/GOUVERNANCE DE LA SANTE MATERNELLE EN CÔTE D'IVOIRE POUR UNE APPLICATION DE NOTRE CADRE D'ANALYSE DES COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES	334
Introduction du chapitre 8.....	334
Section 1 : Notre outil de travail : Les mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance.....	336
Section 2 : Mise en évidence de notre typologie de complémentarités institutionnelles entre MCG à partir d'une articulation entre Boyer (2007) et Olmen et <i>al.</i> (2012)	350
Conclusion du chapitre 8	355
CHAPITRE 9 : PRESENTATION DE QUELQUES PRINCIPAUX RESULTATS DE COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES DANS LE SYSTEME DE SANTE MATERNELLE EN CÔTE D'IVOIRE.....	356
Introduction du chapitre 9.....	356
Section 1 : Faibles complémentarités institutionnelles performantes entre Etat – Communautés/associations/réseaux	359
Section 2 : Faibles complémentarités institutionnelles entre Etat décideur – Etat acteur ...	380
Section 3 : Faibles complémentarités institutionnelles entre Etat - hiérarchies privées (PTF)	394
Section 4 : Complémentarités institutionnelles dominantes entre Etat – Marché	401
Section 5 : Complémentarités institutionnelles dominantes entre Marché – Communautés	408

Conclusion du chapitre 9	410
CONCLUSION GENERALE	418
1. Principaux enseignements de chaque chapitre	418
2. Les limites de notre thèse	424
3. Quelles perspectives de recherches ?	427
Références bibliographiques	433
Annexes : Complément de la méthodologie et la description de l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2).....	448
Annexe A : Catégories d'acteurs enquêtés, grilles d'entretiens et déroulement de l'enquête 1	449
Annexe B : Catégories d'acteurs enquêtés, grilles d'entretiens et déroulement de l'enquête 2	452
Annexe C : Gestion et Analyse des données qualitatives.....	453
Annexe D : Intérêts et valeurs ajoutées de l'enquête (E1) et de l'enquête (E2) par rapport aux données existantes	454
Annexe E : Difficultés et limites	455
Résumé	457
Abstract	458

Introduction générale

Dans cette introduction, nous présentons le contexte et le sujet (1), la démarche et le cadre d'analyse de notre recherche (2), les questions de recherche et les hypothèses (3), le choix des complémentarités institutionnelles (CI) comme cadre d'analyse issu de la théorie de la régulation (TR) et son applicabilité à une échelle méso et en milieu africain (4) ainsi que la stratégie de recherche et la méthodologie (5) pour une analyse de la santé maternelle en Côte d'Ivoire.

1. Contexte et sujet

La santé est un droit humain. Des populations en bonne santé peuvent contribuer efficacement à la croissance économique (Leppo et *al.*, 2013). L'espérance de vie tout comme la mortalité (notamment celles maternelle et infantile) sont de bons indicateurs de santé car ils traduisent à travers des chiffres l'état de santé d'une population. La femme étant le principal vecteur de la reproduction, de mauvais indicateurs de santé maternelle traduisent de mauvaises conditions de vie des populations et une précarité du système de santé.

L'autonomisation des femmes et la santé de la reproduction rythment davantage la formulation des politiques de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne, caractérisés par leur pauvreté, sous l'impulsion des partenaires au développement ou partenaires techniques et financiers (PTF). Ces pays pauvres ont pendant longtemps été caractérisés par de mauvais indicateurs de santé, notamment maternelle. À la suite des efforts de développement de la communauté internationale, à partir d'initiatives telles que les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), les objectifs de développement durable (ODD), les indicateurs sanitaires dans le monde ont généralement connu une amélioration ces dernières années, particulièrement en matière de santé maternelle et infantile. Toutefois, cette amélioration des indicateurs sanitaires demeure mitigée tant au niveau régional, notamment en Afrique subsaharienne, qu'au niveau mondial.

En matière de santé, les pays riches ont tendance à réaliser, de loin, de meilleurs résultats que les pays pauvres. La mortalité maternelle est significativement plus élevée dans la plupart des pays en développement (PED) comparativement aux pays développés (Yaogo et *al.*, 2010). Les inégalités de santé entre pays pauvres, notamment ceux d'Afrique, et pays riches sont toujours flagrantes, et à l'intérieur d'un même pays, les pauvres se portent moins bien que les riches

(Wagstaff, 2002). Par exemple, une Japonaise née en 2006 devrait atteindre en moyenne l'âge de 85 ans, plus du double de l'espérance de vie à la naissance d'une zimbabwéenne (36 ans), d'après Rivière (2006). Le risque de décès pendant ou après la grossesse n'est que de 1 sur 17.400 en Suède, mais de 1 sur 8 en Afghanistan (Sghari et Hammami, 2016). Les pays d'Afrique subsaharienne semblent ne pas avoir connu les conditions socio-économiques et environnementales qui ont favorisé l'amélioration des indicateurs de santé de façon générale. Par exemple, à la pauvreté de la majorité des populations et à la malnutrition persistante, s'ajoutent les effets de la guerre et des épidémies (observatoire des inégalités, 2018), voire du terrorisme grandissant dans la plupart de ces pays.

Dans cette étude, nous nous focalisons sur la santé maternelle en Côte d'Ivoire jugée très problématique car elle y connaît une faible amélioration et des tendances médiocres en dépit de tous les efforts menés au niveau national et international. La Côte d'Ivoire, pays appartenant à l'Afrique subsaharienne, n'a pas atteint les OMD liés à la santé¹, ni aucun des résultats visés dans le domaine de la santé établis dans les précédents Plans nationaux de développement sanitaire ou PNDS (PNDS², 2012-2015³ ; 2016-2020). Le pays aura besoin de fournir énormément d'efforts et de mettre en œuvre des actions stratégiques pour atteindre les objectifs du PNDS en cours (2021-2025). La Côte d'Ivoire est un exemple pertinent des disparités importantes entre riches et pauvres concernant les indicateurs de santé maternelle et de l'accès aux soins de santé à l'intérieur d'un même pays. Malgré des efforts économiques, la Côte d'Ivoire affichait un indice de pauvreté de 37,2 en 2018 et un faible indice de capital humain (0,35) selon le classement de la Banque mondiale (Banque mondiale, 2019).

Bien qu'il appartienne à la catégorie des pays à revenu intermédiaire, la Côte d'Ivoire présente toujours un profil épidémiologique semblable à celui des pays à faible revenu. Ses résultats sanitaires (l'espérance de vie à la naissance, la prévalence du VIH, la mortalité maternelle et la mortalité des enfants de moins de 5 ans, etc.) le placent toujours parmi les pays les plus pauvres de la région et du monde (Banque mondiale, 2019). Pourtant, ce pays se classe réellement parmi les pays à revenu intermédiaire qui enregistrent les dépenses totales de santé (DTS) les plus

¹ Source: Rapport sur les OMD 2015: « Assessing Progress in Africa toward the Millennium Development Goals ».

² Plan national de développement sanitaire.

³ Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016). Plan national de développement sanitaire, évolution des indicateurs du PNDS 2012-2015.

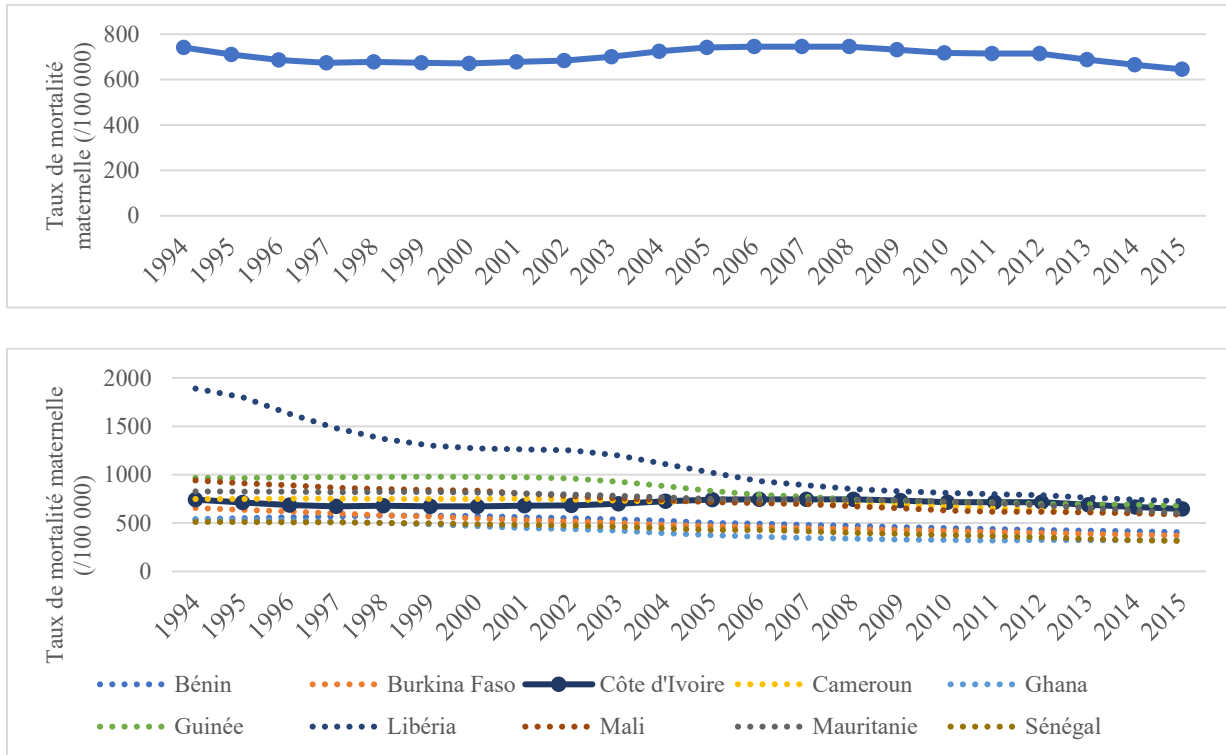
élevées, bien que stagnantes depuis quelques années (Organisation mondiale de la santé ou OMS, 2018). La Côte d'Ivoire se classe en dessous de la moyenne des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure pour tous les indicateurs, sauf la couverture antirétrovirale (Banque mondiale, 2019). Le taux de prévalence de la contraception y est de 18 % et le pourcentage des naissances en présence de personnel qualifié n'atteint que 59 %, classant ainsi la Côte d'Ivoire parmi les pays les moins avancés d'Afrique de l'Ouest (Banque mondiale, 2019). **De meilleurs résultats en matière de santé sont donc nécessaires en Côte d'Ivoire pour accélérer les progrès dans la lutte contre la pauvreté.**

La Côte d'Ivoire demeure l'un des pays du monde où les inégalités entre les sexes sont les plus marquées. **Le taux de mortalité maternelle de la Côte d'Ivoire demeure très haut depuis plusieurs années.** Il est de 617 pour 100 000 naissances vivantes en 2016 (World Development Indicators ou WDI/ Indicateurs de développement dans le monde/IDM⁴, 2017) – considéré comme le 11ème taux le plus élevé au monde (Banque mondiale, 2019) (cf Figure n°1 ci-après). Le pays se classait 173^e sur 179 au *Mother's Index*⁵, derrière des pays comme le Tchad, le Bénin et la République du Congo. En ce qui concerne les causes médicales, les décès maternels en Côte d'Ivoire sont liés à des complications évitables et curables comme l'hémorragie du post partum (36 %), la dystocie (20 %), l'éclampsie (18 %), les complications liées à l'avortement (15 %) et les infections postnatales (4,8 %)⁶.

⁴ World Development Indicators (2017) ou Indicateurs de développement dans le monde (2017) (Banque mondiale).

⁵ « State of the World's Mothers » 2015. Save the Children. Les indicateurs du Mother's Index 2013 sont : a) risque de décès maternel sur la vie entière ; b) taux de mortalité des moins de 5 ans ; c) années de scolarisation escomptées ; d) revenu national brut par habitant ; e) participation des femmes au gouvernement national.

⁶ FNUAP, 2017.

Figure n°1 – Mortalité maternelle en Côte d'Ivoire et en Afrique de l'Ouest francophone

Source : World Development Indicators ou Indicateurs de Développement dans le Monde (2017)

La tendance enregistrée reste donc critique et insuffisante pour accélérer la réduction de la pauvreté. Par ailleurs, **nous estimons qu'une trame de déterminants – davantage indirects, qualitatifs et lointains⁷ - de l'accès aux soins de santé maternelle et de la santé maternelle semblent faiblement pris en compte dans la plupart des études en sciences économiques portant sur la question en Côte d'Ivoire et bien d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Les études en sciences économiques sont limitées à une catégorie de facteurs quantitatifs et/ou directs.**

Ces études constituent ainsi une source peu nourrissante pour les politiques publiques dont les orientations ont finalement un faible impact sur les résultats de santé. **C'est ce qui nous motive à interroger des déterminants non seulement proches et peu investigués, mais aussi plus larges et lointains de l'accès à la santé maternelle en Côte d'Ivoire.** Le manque de pragmatisme

⁷ Ces déterminants peuvent être d'ordre socio-économique, socio-politique, socio-culturel, institutionnel.

dans la considération des **déterminants sociaux de la santé (DSS)** est sans doute lié à **la faible prise en compte des institutions et de leurs interactions dans les études en santé dans les PED.**

Notre thèse, qui est un essai d'analyse de ces questions, s'intitule : « *Santé maternelle et complémentarités institutionnelles dans les pays d'Afrique subsaharienne : Une analyse des déterminants sociaux de la santé maternelle en Côte d'Ivoire* ». Nous proposons de développer davantage la question de recherche y afférente ainsi que les hypothèses associées, plus loin, à la sous-section (3) de l'introduction.

2. Démarche et cadre d'analyse

Cette section aborde brièvement le bien fondé de deux des propriétés essentielles en économie politique qui retiennent notre attention (2.1), à savoir la déconstruction de la rationalité substantive (2.2) et l'existence de complémentarités institutionnelles comme critère d'efficacité des institutions dans un système (2.3).

2.1 Le bien-fondé d'une étude en économie politique : Deux propriétés essentielles retenues

Notre thèse s'inscrit dans une perspective d'économie politique⁸ de la santé, dans le but de combler les lacunes de l'économie néoclassique ou standard à expliquer les dysfonctionnements des systèmes de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Deux propriétés très intéressantes (Boidin, 2022) découlent effectivement des travaux de recherche de l'économie politique : la faible pertinence de l'approche rationaliste substantive et le critère des complémentarités institutionnelles (CI).

Premièrement, au regard du domaine concerné, la santé, la nécessité de montrer la faible pertinence de l'approche rationaliste⁹ (Boidin, 2022) s'impose, afin de mieux prendre en compte un plus grand nombre d'enjeux liés au secteur de la santé. Nous faisons appel, à cet effet, à quelques apports de l'économie institutionnaliste étant elle-même, un élément de l'économie politique - recouvrant plusieurs approches - dont le but reste la déconstruction de l'approche rationaliste. **L'une des idées centrales de cette économie politique selon laquelle il n'existe pas**

⁸ En économie politique, les actions et les relations économiques sont considérées comme étant ancrées dans des environnements et phénomènes sociaux et, par conséquent, il faut supposer (ce que ne fait pas l'économie mainstream) qu'elles sont influencées par le contexte sociopolitique et les relations de pouvoir (Boidin, 2020).

⁹ Ce que nous faisons dans les sous-sections 2.2 (Introduction générale), 1.2.1 (Chapitre 1), 2.1.2 (Chapitre 2).

de rationalité substantive ou réelle¹⁰ nous paraît intéressante à valoriser dans le système de santé. Nous sommes conscients des développements réalisés par l'économie politique de la santé dans la proposition de cadres théoriques plus adéquats pour dépasser l'hypothèse de rationalité substantive et fournir une alternative à la théorie standard, dans l'analyse des questions de santé en sciences économiques. Toutefois, nous faisons le choix d'en montrer les limites dans cette étude, afin d'insister sur la nécessité d'un ancrage de la santé dans la société. En lieu et place de cette rationalité substantive, nous soutenons non seulement **qu'elle est procédurale, mais aussi qu'elle prévaut dans le contexte d'une co-construction sociale.** C'est dire par exemple que l'état de santé dépend des interactions entre médecin et patient, plutôt que de considérer séparément la demande et l'offre de santé dont il est difficile d'évaluer les contributions individuelles séparément (Boidin, 2022). **L'efficacité de cette co-construction dépend du rôle joué par les institutions prenant part au système de santé et les règles collectives.** Par conséquent, nous mobiliserons des cadres de l'économie institutionnaliste, notamment la théorie de la régulation (TR), pour construire notre cadre d'analyse de la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Bien que l'économie des conventions ne soit ni notre sujet ni notre cadre d'analyse à proprement parler, nous trouvons intéressant de montrer l'éclairage que cette approche (mobilisée juste à la section 2 du chapitre 2 à cet effet) apporte à l'économie politique.

La seconde propriété intéressante de l'économie politique, développée dans la TR et mobilisée dans ce travail de recherche est **le critère des complémentarités institutionnelles (CI).** Les complémentarités institutionnelles (CI) sont des approches plus dynamiques, systémiques et moins rationalistes. En effet, tout système est complexe car fait d'institutions qui sont mouvantes et qui limitent les rationalités. Ainsi, il peut exister de multiples arrangements entre les institutions en présence pouvant déboucher sur des situations de CI. Les liens de CI se créant ainsi, du fait de connexions institutionnelles favorisées par le système, peuvent être performants, mais aussi ne pas l'être (Aoki, 2001).

Dans le souci d'être moins redondant par la suite, nous proposons de décrire brièvement le critère des CI, dans cette section, en amont d'un développement dans la section 2.3 de cette introduction. Dans la section 4 de l'introduction également, nous développons davantage le choix de cette propriété des CI comme critère d'analyse. De plus, ce critère fera l'objet d'un chapitre,

¹⁰ H. Simon (1978) qui marque une distinction entre la rationalité réelle (substantive) et la rationalité de procédure.

afin d'en présenter l'intérêt et les enjeux tout en facilitant une meilleure compréhension pour la construction de notre cadre théorique le situant au cœur de notre analyse. Nous poursuivons la présentation des deux propriétés intéressantes dans les sous-sections suivantes.

2.2 Une 1^{re} propriété : Déconstruction de la rationalité substantive

L'économie politique présente plusieurs propriétés et deux d'entre elles nous intéressent. L'une des deux propriétés questionne **la rationalité substantive ou encore la réelle capacité des agents à savoir ce qui vaut ou ce qui ne vaut pas dans un environnement incertain (cf encadré n°1)**.

Encadré n°1 : Un excès de rationalité en économie standard

Selon Favereau (1989), la théorie économique standard accorde trop de poids à la rationalité et pas aux institutions. L'intensité de la « suspicion » des économistes à l'égard de la rationalité a connu une véritable impulsion, au fur et à mesure que ces derniers s'éloignaient du monde walrassien, tout en cherchant à comprendre les interactions individuelles, via la théorie des jeux, aux défauts de coordination, aux asymétries d'information, aux phénomènes de verrouillages ou au rôle de la confiance, pour ne retenir que ces quelques notions (Orléan A., 2004).

La présence de l'incertitude dans bien de domaines se conjugue très souvent avec un besoin de conventions (Batifoulier, 1992) et de règles pour y faire face : le marché de l'emploi, le système de santé, etc. Aussi, questionne-t-on la véritable capacité des agents à résoudre raisonnablement les problèmes de politique économique de santé en se restreignant à une analyse purement technique. Autrement dit, cette propriété met en exergue, dans l'analyse économique, la nécessité de déconstruire l'approche de rationalité substantielle ou réelle de l'agent économique, dans la mesure où ce dernier n'est pas totalement rationnel, par manque d'autonomie réelle dans les décisions ou choix qu'il opère.

D'une part, il vit dans un cadre qui est fait de conventions¹¹ (Batifoulier, 1992 ; Batifoulier Philippe et *al.*, 2001) tant formelles qu'informelles et qui orientent ses actions. Des conventions

¹¹ La logique de l'intérêt et la rationalité maximisatrice fondent l'approche dite « stratégique » dans le jeu, qui conduit à faire de la convention le résultat d'une interaction stratégique et à la définir comme « une règle de comportement qui permet aux individus de se coordonner ou de coopérer » (Batifoulier Philippe et *al.*, 2001).

qui sont souvent loin d'être les solutions optimales pour l'agent économique, mais auxquelles il se conforme. Ces conventions naissent souvent, afin de résoudre des problèmes de coordination (Favereau, 1989 ; Batifoulier, 1992 ; Orléan, 1994 ; Eymard-Duvernay et *al.*, 2006 ; Batifoulier et *al.*, 2001), dans un environnement d'incertitude.

D'autre part, les actions de l'individu sont implicitement motivées par un besoin de conformité à des règles issues d'institutions, lui permettant de se sentir membre de son cadre de vie ou de sa communauté à part entière. L'individu s'y conforme non seulement parce que ces « règles » correspondraient tout de même à des représentations collectives et des références partagées de la population à laquelle il s'identifie, et qui sont considérées comme des solutions, parmi d'autres envisageables, dans un environnement d'incertitude, mais aussi parce que l'agent économique croit, sans doute, que tout le monde s'y conforme (Orléan, 2004).

La santé est un domaine exemplaire qui fait montre de la faible pertinence de l'approche rationaliste substantive, comme le défendent Batifoulier et bien d'autres auteurs. Au-delà de l'incertitude qui règne dans le domaine de la santé, la demande de soins présente un caractère involontaire et fait suite dans la plupart des cas, à un besoin très souvent imprévisible et indépendant de la responsabilité individuelle (Batifoulier et *al.*, 2015). En effet, le besoin en santé répond à des caractéristiques biologiques du fait d'une vulnérabilité humaine commune face à la maladie et à la souffrance, dont une insuffisante ou mauvaise prise en charge dans certains contextes peut conduire à la mort. Cette idée est encore plus pertinente quand il s'agit de la santé d'individus vulnérables tels que la mère et l'enfant dans les pays du Sud, voire en milieu rural souvent peu doté de ressources sanitaires modernes.

C'est dire que le besoin en santé doit être encadré par les institutions¹² les plus efficaces possibles (découlant d'un contexte sociopolitique et de rapports de pouvoirs favorables) afin de le satisfaire au mieux et d'assurer une prise en charge adéquate des individus. Le besoin en santé se manifestera différemment d'un espace à un autre, d'un individu à un autre, voire entre les individus d'un même pays, selon les caractéristiques individuelles, contextuelles et selon les dotations initiales en santé. Les individus, en fonction de leurs organisations et réalités sociales respectives, aspireront à divers objectifs – un accès aux soins plus juste et plus efficient – une prise en charge

¹² L'efficacité des institutions ne réside pas simplement dans leur nature mais dans le fait qu'elles sont correctement connectées entre elles et avec leur environnement social (Boidin, 2020).

publique des soins plus conséquente – un développement des assurances privées, etc. - tous, ayant pour principal but, une amélioration de la qualité de vie, et pourtant mobilisant des arguments différents, pour chaque objectif (Batifoulier et Domin 2015). C'est donc d'un processus sociopolitique que résultent les forces économiques. C'est pourquoi en santé, l'économie est nécessairement politique (Boidin, 2022 ; Batifoulier et *al.*, 2015). En effet, l'économie politique se préoccupe de la manière par laquelle les relations sociales de production sous-tendent le processus économique de fabrication des biens et services, dans la lignée du cadre analytique développé par Karl Polanyi (1957) (Boidin 2022).

Le besoin en santé est aussi lié à des traits culturels et sociaux, du fait du rôle du caractère sociétal dans la définition de la norme de santé, raison pour laquelle il ne peut être réduit à un simple désir ou une simple préférence individuelle (Batifoulier et *al.*, 2015). Et pour résoudre les problèmes de coordination en santé, il est indispensable de ne pas se cantonner qu'à une analyse économique technique faite de calculs déshumanisés et de modèles théoriques, centrés sur la rationalité dite substantive ou totale des agents économiques ou « patients ». Ce type de rationalité ignore quasiment la considération des institutions et de déterminants plus distants (qui seraient liés aux institutions) et pourtant très significatifs à prendre en compte dans l'analyse des comportements des agents.

2.3 La 2^{ème} propriété : Existence de complémentarités institutionnelles comme critère d'évaluation des institutions

Pour comprendre et satisfaire au mieux le besoin de santé et/ou de bien être pour une population, il convient non seulement d'interroger tous les secteurs¹³ agissant directement ou indirectement sur la santé des individus, mais aussi de tenir compte de l'histoire, du langage et des interactions sociales entre les différentes institutions composant le domaine de la santé et constituant au moins un système (**cf encadré n°2**). Leur prise en compte conduit à l'introduction de la seconde propriété de l'économie politique appliquée au développement qui nous intéresse dans cette étude : **l'efficacité des institutions par le critère de complémentarité institutionnelle¹⁴ (CI)**. Pour Boyer (2006), **lorsque deux institutions A et B sont**

¹³ Déterminants sociaux de la santé.

¹⁴ Nous faisons une forme d'analogie en appliquant le cadre des complémentarités institutionnelles (CI) dans le cas de la santé maternelle qui n'est pas le domaine dans lequel il a été utilisé au départ. Cette démarche sera étayée et argumentée dans la thèse.

complémentaires, alors le résultat produit par la conjugaison de A et B est supérieur au résultat de A et au résultat de B, considérés séparément.

Encadré n°2 : Rôle des institutions dans les sciences économiques

Les formes institutionnelles sont la codification de rapports sociaux contradictoires (Aoki, 2001). Les institutions ont joué un rôle indéniable dans les développements sociaux et économiques, différents d'une région ou d'un pays à l'autre. Plus ou moins différentes d'un espace à un autre, elles servent de guide d'action et structurent l'ordre social dans un contexte de pouvoir asymétrique. Les succès économiques enregistrés dans différents espaces aux formes institutionnelles plus ou moins différentes interrogent bien de chercheurs. Les institutions et les connexions entre elles ainsi que les interactions sociales entre les différents acteurs, dans l'étude des problèmes économiques jusque-là, constituent une réalité longtemps négligée par l'économie standard. Toutefois, certaines approches s'inscrivant dans une démarche de l'économie politique cherchent à comprendre comment des cadres institutionnels très différents peuvent aboutir à des résultats favorables (Boidin, 2022). En effet, les précurseurs de cette nouvelle manière de penser et d'analyser les problèmes économiques prennent pour point de départ, l'analyse de crises, de périodes de stabilité ou d'instabilité, notamment d'un même régime économique, le capitalisme (Boyer, 2015).

3. Questions de recherche et hypothèses

Notre principale question de recherche est de savoir **quels sont les déterminants sociaux¹⁵ de la santé maternelle (DSSM) en Côte d'Ivoire**. Aussi nous posons-nous **les quatre sous-questions suivantes**, pour répondre à notre objectif principal d'étudier les déterminants sociaux de l'accès à la santé maternelle en Côte d'Ivoire : (i) Les déterminants de l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire sont-ils largement étudiés dans les études en sciences économiques ? (ii) Quels sont les déterminants sociaux de l'accès aux soins de santé maternelle et de la santé maternelle en Côte d'Ivoire d'après le modèle de Dahlgren de Whitehead (1991) ? (iii) Quelles sont les institutions qui interviennent dans la santé maternelle en Côte d'Ivoire ? (iv) Quels

¹⁵ Par « déterminants sociaux », nous abordons les déterminants d'ordre socio-économique, socio-politique (y compris d'ordre institutionnel), socio-culturel, etc.

arrangements institutionnels existent entre ces différentes institutions jouant directement ou indirectement un rôle dans le système de santé ivoirien et quelle est leur part dans ce tableau moins reluisant de la mortalité maternelle ? Quels liens existe-t-il entre les arrangements institutionnels en Côte d'Ivoire et les DSSM ?

Pour mieux aborder notre analyse de la santé maternelle en Côte d'Ivoire, nous empruntons plusieurs cadres. Le cœur de notre travail repose sur le cadre des CI¹⁶ de Boyer (2007) que nous complétons, d'une part par l'approche néoréaliste des CI d'Amable et Palombarini (2009) et que nous tentons d'autre part, de connecter avec le cadre d'Olmen, Marchall, Van Damme, Kegels et Hill (2012) ou Olmen *et al.* (2012) portant sur les cadres dynamiques des systèmes de santé. Et ce, afin de répondre progressivement à notre question. D'autres travaux sont également mobilisés afin d'examiner les différentes hypothèses qui orienteront ce travail de recherche. Il s'agit du modèle de Levesque, Harris et Russell (2013) que nous nommons dans cette thèse LHR (2013) et qui aborde une approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé et de l'approche des DSS (Dahlgren et Whitehead, 1991).

La **première hypothèse** considère qu'en plus des facteurs directs de l'accès aux soins de santé connus dans les études en sciences économiques, il existe d'autres déterminants plus larges, souvent distants (indirects) et/ou non quantifiables de l'accès aux soins de santé maternelle et de la santé maternelle (Partie 1).

La **seconde hypothèse** discute le fait que les DSS qui sont une façon d'appréhender les déterminants indirects, en dépit de leur intérêt mis en exergue par l'OMS (CSDH¹⁷ ; 2008), sont faiblement investigués et considérés dans le système et les politiques de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire (Partie 2).

La **troisième hypothèse** discute le bien-fondé d'une analyse institutionnaliste, par le critère des CI et défend l'applicabilité du cadre des CI (entre des mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance) selon Boyer (2007) dans le système de santé en Côte d'Ivoire. Nous y examinons le cadre des CI comme un moyen approprié pour l'examen de faibles et

¹⁶ Des précisions sur nos choix et la construction du cadre des CI seront faites dans la partie 3.

¹⁷ Commission sur les déterminants sociaux de la santé maternelle.

mauvaises connexions entre les institutions présentes dans le système de santé en Côte d'Ivoire (Partie 3).

Selon la quatrième hypothèse, les mauvais indicateurs de santé maternelle en Côte d'Ivoire sont liés à un manque de complémentarités institutionnelles performantes pour tout le système (CIP) qui tiennent à deux résultats : (i) une forte présence de complémentarités institutionnelles en faveur des mêmes groupes dominants (CID)¹⁸; (ii) le manque de CIP en Côte d'Ivoire est parallèlement en lien avec la faible prise en compte des DSS (Partie 4). Cette dernière hypothèse est liée au constat selon lequel les institutions présentes ou intervenant dans le système de santé ivoirien ne relèvent pas uniquement du secteur de la santé et sont pour certaines constituées au-delà du cadre national (Parties 2, 3 et 4).

L'un des points importants de notre thèse en termes de cadre d'analyse, c'est justement de tenter de rapprocher la notion des CI et la question des DSS (**1^{er} pari de notre thèse**), bien que ces deux questions n'aient pas le même statut. La notion des CI représente une grille d'analyse tandis que celle des DSS représente plutôt un objet de recherche.

Un second pari dans notre thèse est de considérer le cadre des CI à un niveau d'analyse différent de celui des auteurs qui l'ont développé dans leurs travaux (analyses). En effet, les précurseurs Aoki (2001), Boyer (2007) et Amable et Palombarini (2009) l'abordent selon de grandes échelles, à savoir de grands systèmes et équilibres macroéconomiques (des marchés financiers par exemple etc.). Tandis que nous l'aborderons à une échelle plus petite, celle du domaine de la santé dans un pays (système de santé, politiques de santé, etc.) qui peut être considérée comme une échelle méso économique. Les niveaux d'analyse sont donc différents. Nous empruntons le cadre des CI et ses mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) pour mettre en évidence les défaillances du système et des politiques de santé, notamment maternelle, en Côte d'Ivoire. Nous n'en faisons donc pas un sujet de grands équilibres macroéconomiques. Nous proposons un développement de cette application dans les parties 3 et 4 de notre thèse.

¹⁸ Les concepts de CIP et de CID seront davantage développés dans la section 3 du chapitre 6.

4. Application d'un cadre d'analyse de la théorie de la régulation : Les complémentarités institutionnelles à une échelle méso et en milieu africain

4.1 Les complémentarités institutionnelles : Un cadre d'analyse innovant pour une évaluation systémique

Comme indiqué plus haut, la seconde grande propriété issue du croisement de certains travaux en économie politique, que nous souhaitons développer dans notre étude est l'efficacité des institutions par le cadre des complémentarités institutionnelles ou CI (Boidin, 2022). La CI, initialement conçue par Aoki (2001) pour faire montre des différences entre les capitalismes japonais et américain a été par la suite mobilisée par plusieurs auteurs tels que Amable (2005), Boyer (2006, 2007), Amable et Palombarini (2009).

Boyer (2006) mobilise ce cadre pour cerner la résilience du capitalisme rhénan face au processus de la mondialisation ou encore le succès du Danemark relatif à la réduction de moitié de son taux de chômage tandis que bon nombre de pays européens souffrent encore d'un chômage élevé et de longue durée (Boyer, 2006). Le cadre des CI a donc été expérimenté par plusieurs auteurs, afin de **montrer l'amélioration des performances/échecs des systèmes ou régimes étudiés, lorsque les formes institutionnelles propres à chaque pays étudié se complètent et interagissent de façon satisfaisante les unes avec les autres (que ce soit au niveau national ou avec des institutions plus internationales).**

Notre souhait de recourir au cadre des CI est né, à l'issue de la première enquête de terrain (E1) en Côte d'Ivoire, au cours de laquelle les entretiens avec les populations ciblées (cf sous-section 5.3.2 de l'introduction et annexe A) nous ont conduite à considérer l'existence de probables défaillances entre les institutions influençant directement ou indirectement la santé. Les analyses en termes de CI auxquelles nous nous référons ont généralement étudié ce sujet à une échelle macro - tandis que nous serons à l'échelle d'un domaine d'intervention publique - la santé maternelle qui se situe à une échelle méso. D'une part, nous sommes confortés dans cette démarche par Boyer (2007), Amable et Palomabarini (2009), voire par Aoki (2001) que nous ne mobiliserons pas essentiellement dans la construction de notre cadre d'analyse des CI pour des raisons que nous développons dans la partie 3 de cette thèse. D'autre part, certains auteurs tels que Lamarche et *al.* (2021) et Girard et *al.* (2022) ont appliqué la TR respectivement à un niveau méso et dans un contexte africain.

L'application de la TR à un niveau méso économique a été expérimentée par Lamarche et *al.* (2021) soutenant un ajustement dans l'analyse du changement structurel. Girard et *al.* (2022) ont mobilisé la TR dans un contexte africain, bien que différemment de notre approche. Ils mobilisent la TR pour montrer la différence entre la relation salariale prévalant dans les économies développées et le rapport social d'activité qui prévaut en milieu rural africain.

De notre revue de littérature, découlent plusieurs approches de la CI : Une approche normative (Boyer, 2007 ; Aoki, 2001) et une approche non normative¹⁹ (Amable et Palombarini, 2009). Dans notre étude, nous nous insérons dans l'approche normative de Boyer (2007). Nous proposons un développement de ce choix dans la thèse (cf chapitre 6 partie 3). Dans cette perspective normative, **deux institutions sont dites complémentaires si la conjugaison des deux institutions améliore le résultat (bien-être) produit, relativement au résultat observé que si l'on se focalisait sur seulement une des deux institutions** (Boyer, 2007). Cette démarche normative dans notre analyse devrait aboutir à un meilleur accès des femmes à une bonne protection sanitaire.

4.2 Nécessité d'évaluer le niveau de complémentarités institutionnelles performantes entre les institutions intervenant dans la santé maternelle en Côte d'Ivoire

Le but de ce travail de recherche est d'examiner le manque de complémentarités institutionnelles performantes (CIP) dans le secteur de la santé, au détriment des femmes pauvres en Côte d'Ivoire. Ce sont des arrangements institutionnels différents d'un pays à un autre, qui expliqueraient les différences de performance entre les différentes économies (Aoki, 2001). **Lorsque ces arrangements institutionnels, dans un espace ou un système donné, aboutissent à des résultats satisfaisants, c'est sans doute une conséquence de l'existence de fortes CIP entre les formes institutionnelles en place.**

Ce travail servirait de boussole pour proposer des formulations de recommandations mieux appropriées aux politiques publiques pour une amélioration de long terme de la santé maternelle, à travers une meilleure prise en compte des DSSM. **Au-delà d'être une question fondamentale de droit humain, la question des décès maternels élevés dans les pays d'Afrique**

¹⁹ L'approche non normative soutient l'idée selon laquelle deux institutions peuvent être complémentaires, mais pour produire de résultats non satisfaisants en termes d'objectifs sociaux, de lutte contre les inégalités pour le système pris dans son ensemble.

subaharienne constitue un véritable problème économique et social pour les pays qui en souffrent, dont la Côte d'Ivoire (cf chapitre 2 partie 1). Nous cherchons à étudier les facteurs ainsi que des configurations institutionnelles dont la prise en compte permettra réellement une réduction considérable des fortes mortalité et morbidité maternelles dans les pays d'Afrique subsaharienne, tout en réduisant les inégalités sociales de santé (ISS), notamment en Côte d'Ivoire. **Nous soutenons que leur prise en compte conduirait à améliorer globalement les indicateurs de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne et à véritablement dynamiser leur développement.**

Cette tendance de la mortalité maternelle difficilement en baisse, en Côte d'Ivoire, est sans aucun doute liée à des raisons peu approfondies, parmi lesquelles la possibilité d'une incohérence ou d'une faible connexion entre différentes formes institutionnelles en présence dans le champ de la santé, en interaction avec d'autres secteurs sociaux internes ou externes l'influençant. Pour véritablement aborder ce problème, il convient de tenter un dépassement des propositions de modèles techniques désincarnés et déshumanisés d'analyse du comportement de la demande de soins dans les PED. Les propositions d'interprétation des problèmes utilisées en économie standard sont généralement fondées sur la rationalité substantive des individus, sur le fait qu'ils maximisent leur utilité/profit. Toutefois, la référence même en termes de « modèle » suppose un ensemble cohérent de dispositifs institutionnels organisant la réactivité de l'économie tant aux aléas de court terme qu'aux transformations plus structurelles concernant l'économie internationale, le système technique ou encore le changement des attentes sociales (Boyer, 2006).

D'une part, accorder de l'intérêt aux institutions permet donc de comprendre plus ou moins les facteurs de mise en péril d'un régime et de déstabilisation lors d'une crise. D'autre part, une telle orientation des réflexions conduit à rechercher quelle configuration institutionnelle a permis de contrôler ces crises (Chavance, 2012) ou pourrait le permettre dans les espaces considérés. **C'est tout l'intérêt de l'économie institutionnelle que de situer la part des connexions institutionnelles dans l'explication des problèmes.**

5. Stratégie de recherche et méthodologie : Description des différentes méthodes d'application de notre cadre d'analyse

Notre démarche méthodologique se veut mixte, essentiellement qualitative accompagnée d'une analyse quantitative toujours utile (cf sous-section 5.2 de l'introduction). En effet, nous

mobilisons divers outils et cadres permettant d'exploiter nos données. Nous présentons dans cette section les grilles d'analyse que nous mobilisons dans ce travail de recherche (5.1), l'exploration quantitative effectuée (5.2) et les deux séries d'enquêtes qualitatives (5.3). **Pour notre enquête qualitative, nos choix pour l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2) sont en phase avec notre choix d'une approche en économie politique.** Nous présentons cette méthodologie d'une façon générale, dans cette introduction générale. Une présentation plus détaillée de la méthodologie, de la collecte et du traitement des données, notamment qualitatives se trouve *dans les annexes A, B, C, D et E.*

5.1 Grilles d'analyses

En ce qui concerne l'analyse qualitative, nous mobilisons et réadaptions au cas de la Côte d'Ivoire, dans un premier temps, le cadre de l'approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé de LHR (2013) que nous considérons comme un canal parmi tant d'autres d'accès à la santé (cf chapitre 3). Ceci est également valable pour la santé maternelle. Ensuite, afin de **faciliter une application de notre cadre des complémentarités institutionnelles ou CI** (Boyer, 2007), à l'intérieur du système de santé ivoirien, nous faisons appel à une autre grille, celle du **cadre des systèmes de santé dynamiques d'Olmen et al. (2012)**. Cet outil permet d'étudier les interactions sociales et les équilibres existant à l'intérieur d'un système de santé (Olmen et al., 2012) voire à l'extérieur, et découlant des valeurs et principes des différents acteurs et institutions en présence. Ces interactions sociales et différents équilibres influent sur les comportements d'autres acteurs à l'intérieur du système de santé, notamment les comportements d'utilisation des services de santé.

Le cadre d'Olmen et al. (2012) nous permettra d'identifier et hiérarchiser les dimensions essentielles interagissant de façon dynamique dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire (cf chapitre 7). Enfin, **nous tenterons une analyse des liens de CI dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire via notre cadre d'analyse des CI emprunté à Boyer (2007)** (cf chapitres 8 et 9). Notre objectif est de montrer les défaillances du système de santé ivoirien à l'aide du cadre réadapté de Boyer (2007), de tenter une explication des origines, des rapports de force contribuant à une stagnation de CID²⁰ en recourant à l'approche néoréaliste d'Amable et Palombarini (2009). Ce qui permettrait d'orienter les politiques vers des pistes longtemps négligées (DSS, institutions, analyse systémique, etc.) dont la prise en compte conduira

²⁰ Complémentarités institutionnelles en faveur des dominants.

à améliorer les indicateurs sanitaires en Côte d'Ivoire et en particulier, d'y réduire considérablement les taux élevés de mortalité maternelle. En somme, en plus d'une analyse quantitative succincte, une analyse qualitative plus intense sera proposée par application de cadres mobilisés progressivement.

5.2 Exploration quantitative

L'originalité de notre étude quantitative, au-delà de nous référer à des études (cf chapitre 2) et des bases récentes, se trouve dans l'exploitation des résultats issus de la première enquête sur les indicateurs de prestation de services de santé (EIPSS²¹) en Côte d'Ivoire (2021), afin d'y interroger davantage le volet offre de soins. Non seulement cette démarche nous conduit à dépasser des modèles de demande souvent attribués au PED. Nous considérons effectivement que l'utilisation des services de santé dans les PED dépend aussi de la prestation des services, dont la qualité est davantage un sujet d'intérêt pour les populations. Mais aussi cette démarche permettra de compléter les résultats d'études sur la santé (maternelle) en Côte d'Ivoire. D'une part, notre démarche complète les études s'inscrivant dans l'approche offre, en interrogeant les attributs et les caractéristiques des services utilisés, à travers des indicateurs de prestation de services pertinents dont la qualité est à améliorer. D'autre part, elle enrichit également les résultats des études ayant adopté l'approche globale que nous avons trouvé intéressante, tout en mettant en lumière les limites d'une telle démarche pour une analyse systémique de la santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Notre analyse quantitative questionne l'hypothèse d'une faible prise en compte des déterminants (sociaux) de la santé maternelle dans les travaux de recherche et bases de données existantes en Côte d'Ivoire. Nous exploitons les bases de données non seulement pour les informations qu'elles contiennent mais aussi pour celles qu'elles ne contiennent pas. A cet effet, en plus d'une analyse critique des études dans le champ de la santé en économie standard et d'autres disciplines (partie 1), nous mobilisons et interrogeons des bases de données brutes utilisées dans la plupart des études (EDS-MICS²², 2011-2012 ; ENV²³, 2015 ; MICS²⁴, 2016 du Ministère du plan et du développement). Ces bases de données ne rendent pas suffisamment

²¹ C'est une enquête qui a été conduite au niveau national, pour la première fois, à laquelle nous avons eu la chance de prendre part de la collecte des données à l'élaboration du rapport d'analyse.

²² Enquêtes Démographiques et de santé et à indicateurs multiples publié par le ministère du plan et du développement en 2013. En anglais, c'est Demographic Health Survey ou DHS.

²³ Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire.

²⁴ Multiple Indicator Cluster Survey (enquête par grappes à indicateurs multiples).

compte des différences sociales entre régions, espaces et groupes d'individus ainsi que des défaillances institutionnelles dans l'analyse des déterminants de l'accès aux soins de santé maternelle et de l'accès à la santé maternelle. L'EIPSS (Ministère de la Santé de l'Hygiène Publique et de la couverture maladie universelle et Ministère du Plan et du Développement, 2021) renseigne sur des éléments essentiels au niveau de l'offre de soins en Côte d'Ivoire qui y contribuent à la précarité de santé maternelle. Toutefois, elle ne facilite pas d'engager une véritable analyse des DSSM en Côte d'Ivoire.

Les bases existantes rendent donc peu compte d'aspects très importants à considérer tels que la perception qu'ont les femmes enceintes ou les professionnels de santé du système de santé ivoirien par exemple. L'EIPSS (2021), qui est une première en Côte d'Ivoire, l'a partiellement fait, en incluant un module relatif à la satisfaction des clients. Toutefois, pour cette EIPSS (2021), les enquêteurs n'ont pas pu interroger des femmes enceintes en ce qui concerne la satisfaction des clients. De plus, toutes ces bases ne fournissent pas suffisamment de données sur les institutions intervenant dans le champ de la santé maternelle. Leur seule mobilisation limite donc la construction d'une analyse institutionnaliste, voire une analyse en termes de CI. L'application d'un tel cadre d'analyse nécessite de mener des entretiens qualitatifs orientés et ciblés, susceptibles de mieux s'y prêter.

5.3 Deux séries d'enquêtes qualitatives aux objectifs différents

Nous avons mobilisé et exploité des données de terrain issues de deux enquêtes réalisées en Côte d'Ivoire : l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2). Cette section présente les dates et lieux des deux séries d'enquêtes (E1) et (E2) menées en Côte d'Ivoire (5.3.1), les catégories d'enquêtes qualitatives et les catégories d'enquêtés (5.3.2), la valeur ajoutée et les objectifs de l'enquête 1 (E1) et de l'enquête 2 (E2) (5.3.3). A titre indicatif, de plus amples détails sur la collecte, la gestion et le traitement des données de terrain se trouvent dans les *annexes A, B, C, D et E*, à la fin de cette thèse. L'annexe C présente les grandes étapes de la gestion et de l'analyse des données qualitatives.

5.3.1 Dates et lieux des enquêtes (E1) et (E2)

L'enquête 1 (E1), d'abord exploratoire et menée pendant une quinzaine de jours, a été réalisée entre le 19 avril et le 05 septembre 2019. Elle a été conduite dans les communes de Bingerville principalement (en ce qui concerne les interviews avec les patientes et les prestataires de services modernes et traditionnels de santé) et du Plateau (en ce qui concerne les entretiens avec

les premiers acteurs institutionnels), dans le district d'Abidjan, ainsi que dans la ville de Soubré en Côte d'Ivoire (cf figure n°2 et figure n°3 ci-dessous). Des observations ont également été faites dans d'autres établissements sanitaires publics (EPS) et privés d'autres communes d'Abidjan (CHU²⁵ de Cocody, polyclinique des deux plateaux, centres de santé urbain d'Abobo, l'hôpital général d'Adjamé, un centre de santé urbain à Anyama, un centre de santé communal à Soubré, etc.). Les quelques entretiens et observations dans la sous-préfecture de Soubré se sont déroulées en juillet 2022 et ont partagé les mêmes objectifs que l'enquête 1 (E1). Nous les avons donc considérées comme une prolongation de l'enquête 1 (E1).

Nos choix sur la ville d'Abidjan et la sous-préfecture de Soubré sont fondés. Abidjan est la capitale économique de la Côte d'Ivoire. Bien que les inégalités sociales de santé (ISS) et les inégalités sociales y sont fortement présentes, les conditions de vie ainsi que l'accès à des infrastructures indispensables y semblent généralement meilleurs. Ainsi pouvons-nous considérer que dans les autres villes en Côte d'Ivoire, les conditions de vie et d'accès à des infrastructures indispensables sont plus ou moins difficiles que ce que nous relateront nos données d'enquête. Soubré est la seconde ville choisie, du fait que c'est l'un des nids par excellence des décès maternels en Côte d'Ivoire²⁶.

L'enquête 2 (E2) s'est déroulée entre le 20 juillet et le 24 septembre 2020 à Abidjan. L'enquête 2 (E2) a été davantage consacrée aux acteurs institutionnels. Les ONG, les acteurs publics et PTF enquêtés sont localisés dans plusieurs communes dont Cocody, Plateau, Treichville, Bingerville, etc., tandis que les agents de santé communautaires (ASC) interrogés se situent principalement à Bingerville et Cocody. Toutefois, il convient de noter que les organisations non gouvernementales (ONG) interviewées dans les différentes localités situées à Abidjan ont une couverture nationale. Ainsi, les informations recueillies lors de nos entretiens restent valables pour bien d'autres régions, sur le territoire national, dans lesquelles ces acteurs ont des activités.

²⁵ Centre hospitalier urbain

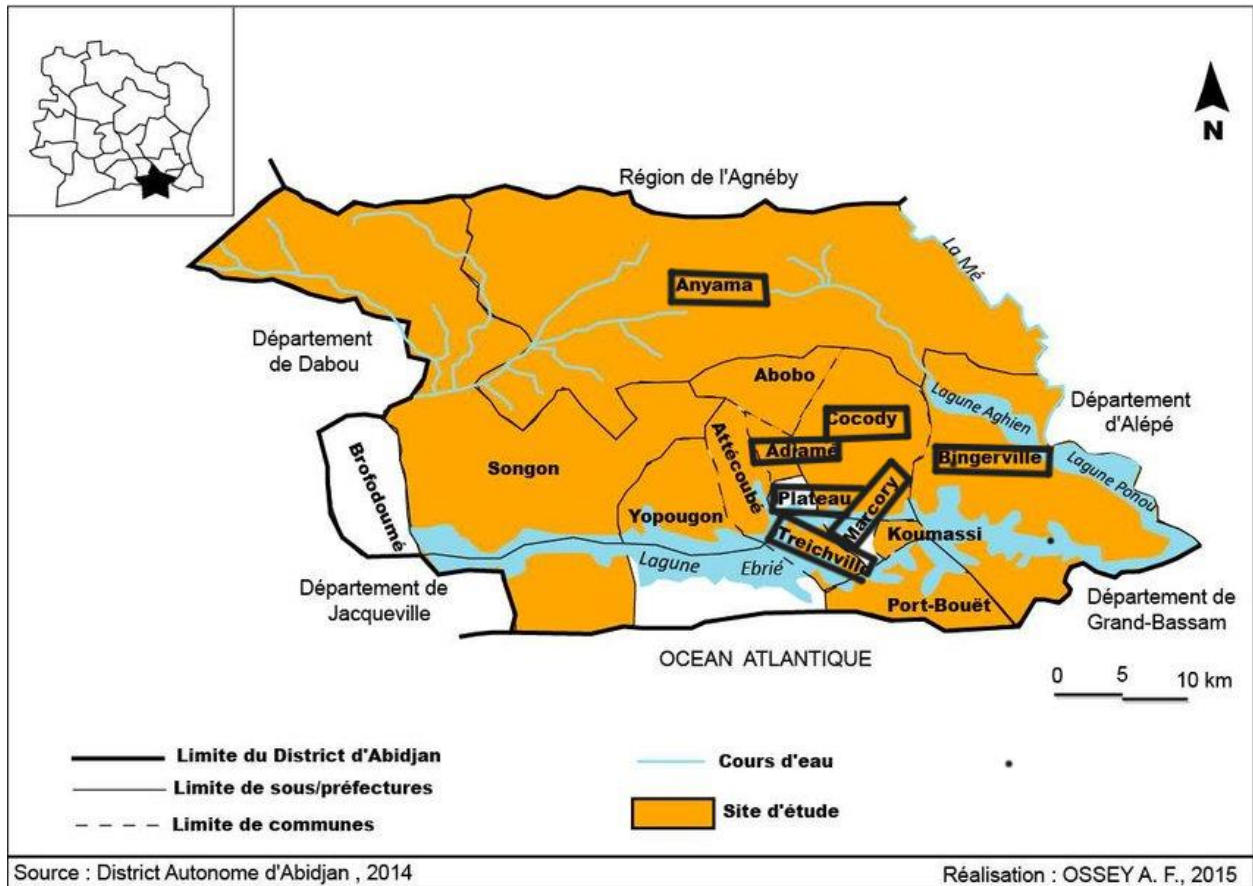
²⁶<https://www.aip.ci/cote-divoire-aip-les-acteurs-invites-a-redoubler-de-vigilance-afin-de-reduire-les-deces-maternels-dans-le-district-sanitaire-de-soubre/>.

Figure n°2 : Carte de la Côte d'Ivoire situant les villes concernées par les enquêtes en Côte d'Ivoire



Source : Auteure à partir de cartes du monde²⁷

²⁷ www.carte-du-monde.net.

Figure n°3 : Carte d'Abidjan montrant les communes concernées par les enquêtes à Abidjan

Source : Auteure à partir de cartes du monde

5.3.2 Catégories d'enquêtes qualitatives

Notre terrain peut être scindé en deux séries de résultats différents, étant donné leurs apports très différents. Ces enquêtes qualitatives (E1) et (E2) ont majoritairement porté sur des entretiens qualitatifs semi-directifs (cf annexe A pour l'enquête E1 et annexe B pour l'enquête E2 pour plus de détails sur les catégories d'acteurs enquêtés et les conditions). Elles ont également consisté en une observation d'activités communautaires, des conditions de soins et de séjour pendant et après l'accouchement des femmes enceintes et accouchées et des conditions de travail du personnel de santé soignant dans les différents établissements sanitaires visités (cf section 2 du chapitre 1 et annexe B) ainsi que des focus groupes. Deux focus groupes ont été organisés avec des agents de santé : des focus groupes avec des agents/acteurs de santé communautaire (ASC) d'une part et des organisations non gouvernementales (ONG) d'autre part.

Les deux séries d'entretiens des enquêtes qualitatives (E1) et (E2) ont été organisées pour répondre à divers objectifs (cf section 5.3.3).

5.3.3 Valeur ajoutée et objectifs de l'enquête 1 (E1) et de l'enquête 2 (E2)

Nos enquêtes de terrain (E1) et (E2) ont apporté **une valeur ajoutée importante à la recherche** sur la santé maternelle par rapport aux données déjà existantes. Les bases de données déjà disponibles (EDS-MICS, ENV, MICS, EIPSS, etc.) n'apportent pas un certain nombre d'informations que nous avons pu mobiliser et recueillir pendant nos enquêtes. L'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2) ont permis de questionner la perception des différents acteurs, non seulement du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire, mais aussi de leurs situations respectives. Elles ont également permis une observation in situ de notre part et de rendre compte d'importantes réalités vécues par les femmes²⁸, inobservables dans des bases de données disponibles et autres études existantes. Il s'agit d'un terrain qui dépasse les bases de données habituelles qui n'ont pas cette perspective qualitative.

La première enquête (E1) interroge la considération des DSSM dans l'accès aux soins de santé maternelle et dans les politiques de santé en Côte d'Ivoire. **L'objectif de l'enquête (E1) est de pouvoir découvrir les véritables raisons, notamment à travers leur perception du système, qui motivent les femmes à peu recourir aux services de santé modernes (pour les consultations prénatales (CPN), l'accouchement et les consultations postnatales (CPoN)) ainsi que les dysfonctionnements majeurs du système de santé ivoirien qui conduisent à la persistance de si mauvais indicateurs de la santé maternelle en Côte d'Ivoire.** L'enquête (E1) insiste sur l'accès aux soins de santé maternelle dans la mesure où l'accès aux soins de santé constitue un vecteur incontournable dans l'explication des inégalités de santé entre pays pauvres et riches et entre populations pauvres et riches à l'intérieur d'un même pays (LHR, 2013). L'enquête (E1) **est plutôt de l'ordre du constat et permet d'exposer les problèmes récurrents, souvent d'ordre institutionnel, dans l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire.**

²⁸ Pour avoir été autorisée à infiltrer des zones hautement intimes des services de santé maternelle (suites de couches, salles d'observation, salles d'accouchement, etc.) nous avons pu observer et rendre compte pendant de réalités précaires vécues in situ par les femmes dans des établissements sanitaires publics (EPS) et petites cliniques privées en Côte d'Ivoire.

L'enquête (E1) **fait naître nos premières hypothèses sur les notions d'arrangements institutionnels et de complémentarité institutionnelle (CI) dans le système de santé.**

La seconde enquête (E2) questionne davantage **l'existence de liens et d'arrangements entre les différentes formes institutionnelles intervenant dans la santé maternelle en Côte d'Ivoire** et nous permet donc d'obtenir plus de données de terrain pour appliquer notre cadre des CI. Dans cette optique, les entretiens ont concerné et interrogé des secteurs extérieurs à la santé au sens strict²⁹ mais qui l'influencent. Nous considérons que ces secteurs qui influencent indirectement la santé constituent avec le système de santé au sens strict le système de santé au sens large. **L'objectif de l'enquête 2 (E2) est de pouvoir analyser le tissu institutionnel de la santé maternelle en Côte d'Ivoire, d'évaluer l'efficacité de ses institutions au travers du critère des CI et de tenter de rapprocher l'approche des DSS à la question des CI.**

L'enquête 2 (E2) et la **dernière phase de l'enquête 1 (E1) (auprès des femmes accouchées et quelques acteurs institutionnels) permettent la mise à l'épreuve de notre cadre d'analyse et de notre hypothèse du rôle des CI dans la performance d'un système de santé.**

L'intérêt d'avoir réalisé l'enquête 1 (E1) ainsi que l'enquête 2 (E2) est davantage argumenté respectivement dans l'annexe D. Les limites de ces deux enquêtes qualitatives sont décrites dans l'annexe E.

Enfin, il convient de souligner que les verbatims mobilisés dans cette thèse peuvent jouer deux rôles différents selon le besoin dans les différents chapitres : (i) Dans certaines parties de cette thèse, venant en appui à l'analyse théorique (notamment dans les chapitres 1, 2 et 3), elles ont une valeur illustrative. (ii) Dans d'autres parties telles que dans les chapitres 3, 4, 7 et 9, elles servent d'administration de preuves dans notre essai de réponse aux questions de recherche posées.

6. Plan de la thèse

La partie 1 intitulée : « **Revue critique des travaux empiriques sur la santé maternelle dans les pays en développement** » vise à montrer les limites de l'approche néoclassique standard à expliquer les comportements d'utilisation des services de santé et les résultats de santé. Elle

²⁹ Nous entendons par système de santé au sens strict ou au sens restreint, le périmètre du ministère de la santé.

souligne également le bien-fondé d'une analyse systémique dans les pays d'Afrique subsaharienne. La partie 1 est constituée des chapitres 1 et 2. Le chapitre 1 intitulé : « *Les insuffisances des approches néoclassiques pour appréhender les déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement* » met en évidence les caractéristiques du champ de la santé et des pays en développement (PED) limitant davantage les modèles techniques quantitatifs et leur incomplétude à résoudre des problèmes de santé. Le chapitre 2 intitulé : « *Fondements d'une approche alternative pour appréhender l'utilisation des services de santé maternelle en Côte d'Ivoire* » montre l'intérêt d'une approche institutionnaliste pour améliorer les études existantes et compléter la compréhension des déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Et ce, en facilitant la considération et la compréhension de variables qualitatives significatives dans les études sur les comportements de santé dans les PED. Cette revue critique dans la partie 1 permet d'ouvrir la réflexion sur les déterminants sociaux de la santé (DSS), qu'il urge de considérer désormais, qui font l'objet de la partie 2.

La partie 2 intitulée : « **Les déterminants sociaux de la santé au prisme d'une analyse des liens entre économie et autres sciences sociales** » vise à montrer le caractère multidimensionnel de la santé en général et de la santé maternelle en particulier ainsi que l'urgence d'aller au-delà de l'accès aux soins de santé qui a rythmé la plupart des études dans les PED pour l'explication des comportements de santé. La partie 2 est constituée des chapitres 3 et 4. Le chapitre 3 intitulé : « *Une approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire* » reconnaît non seulement l'importance de l'accès aux soins de santé maternelle comme canal essentiel mais pas unique d'accès à la santé maternelle, mais aussi l'intérêt de considérer une approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne tels qu'en Côte d'Ivoire. Le chapitre 4 intitulé : « *Elargissement de l'approche des déterminants de la santé à des déterminants extérieurs à l'accès aux soins de santé et au secteur de la santé* » vise à montrer l'urgence de considérer des facteurs plus lointains, en plus des facteurs directs et « proches » (Lönnroth et *al.*, 2009) de la santé maternelle en Côte d'Ivoire et la prise en compte concrète des DSSM dans les programmes de santé en Côte d'Ivoire. Pour une étude approfondie de ces DSSM, la mobilisation d'un cadre théorique de la TR au-delà des modèles techniques en sciences économiques nous semble indispensable. Nous en proposons un développement dans la partie 3.

La partie 3 intitulée : « **Les complémentarités institutionnelles comme outil d’analyse des déterminants sociaux de la santé maternelle en Côte d’Ivoire** » propose le cadre théorique des complémentarités institutionnelles (CI) pour relever les défis abordés dans les parties 1 et 2. La partie 3 est constituée des chapitres 5 et 6. Le chapitre 5 intitulé : « *Intérêt d’une analyse en termes de complémentarités institutionnelles et jalons théoriques* » montre l’intérêt de l’économie institutionnaliste pour une analyse des DSS et propose une revue de littérature théorique sur le concept des CI à travers Aoki (2001 ; 2006), Boyer (2003 ; 2006 ; 2007), Amable (2005), Amable et Palombarini (2009). Le chapitre 6 intitulé : « *Nos choix en termes de complémentarités institutionnelles pour une application à la santé maternelle en Côte d’Ivoire* » justifie notre choix pour le cadre de CI entre 6 mécanismes de coordination institutionnelle et gouvernementale (MCG) de Boyer (2007) qui sont l’Etat, le marché, les communautés, les associations, les réseaux et les hiérarchies privées. Le chapitre 6 présente également des hypothèses sous-jacentes à l’application du cadre des CI de Boyer (2007) à la santé maternelle en Côte d’Ivoire ainsi que la nécessité de le compléter avec l’approche néoréaliste d’Amable et Palombarini (2009).

La partie 4 intitulée : « **Application du cadre des complémentarités institutionnelles à la santé maternelle en Côte d’Ivoire** » vise à affiner notre cadre des CI pour une analyse de la santé maternelle en Côte d’Ivoire et à exposer quelques résultats importants de faibles CI dans le champ de la santé maternelle en Côte d’Ivoire. La partie 4 est constituée des chapitres 7, 8 et 9. Le chapitre 7 intitulé : « *Panorama des interactions dynamiques du système de santé maternelle en Côte d’Ivoire* » mobilise le cadre des dynamiques du système de santé d’Olmen et *al.* (2012) pour présenter le système de santé ivoirien et mettre un accent sur les failles les plus pertinentes de ce système pour la santé maternelle en Côte d’Ivoire. Le chapitre 7 fait naître les premières hypothèses de faibles CIP dans le système de santé en Côte d’Ivoire entre des MCG, tout en montrant les limites dudit cadre pour une analyse du système de santé en Côte d’Ivoire. Le chapitre 8 intitulé : « *Les mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance de la santé maternelle en Côte d’Ivoire pour une application de notre cadre d’analyse des complémentarités institutionnelles* » propose une construction plus affinée du cadre des CI emprunté à Boyer (2007) que nous réussissons à travers une articulation avec le cadre d’Olmen et *al.* (2012). Le chapitre 9 intitulé : « *Présentation de quelques principaux résultats de complémentarités institutionnelles dans le système de santé maternelle en Côte d’Ivoire* » expose des situations de faibles liens de

complémentarités institutionnelles performantes (CIP) entre mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) prenant part au système de santé au sens large³⁰ en Côte d'Ivoire ainsi que l'existence complémentarités institutionnelles dominantes (CID) au détriment des femmes pauvres. Il fait également montre de l'existence de faibles rapports de pouvoirs favorisant des inégalités de santé maternelle au détriment des plus défavorisé(e)s socialement. Cette dernière analyse se réfère à l'approche néoréaliste d'Amable et Palombarini (2009) apportant un éclairage aux situations de faibles CIP et de CID persistants.

³⁰ Au-delà du système de santé au sens restreint.

PARTIE 1 : REVUE CRITIQUE DES TRAVAUX EMPIRIQUES SUR LA SANTE MATERNELLE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

Le besoin de comprendre les inégalités de santé dans le monde, et surtout de comprendre les comportements d'utilisation des services de santé dans les pays en développement (PED) a laissé émerger de nombreuses études dans les sciences économiques, sociales et humaines. Des questions abordées par plusieurs disciplines, ayant sans doute les mêmes objets d'étude pour la plupart, et pourtant employant des méthodes et méthodologies différentes.

L'objet de cette partie 1 consiste à montrer les limites de la littérature néoclassique dans l'étude des comportements et l'interprétation des résultats de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Le chapitre 1 propose une revue de littérature critique des études et modèles néoclassiques qui ont tenté une explication des comportements d'utilisation des services de santé, dans les pays d'Afrique subsaharienne. Il examine également comment les caractéristiques de l'utilisation des services de santé et de santé maternelle particulièrement dans les pays d'Afrique subsaharienne rendent caduques ces modèles techniques néoclassiques.

Le chapitre 2, se focalisant sur la Côte d'Ivoire, vise à mettre en évidence des facteurs pendant longtemps interrogés de l'utilisation des services de santé maternelle et à proposer une analyse institutionnaliste et systémique des comportements d'utilisation des services de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne, comme alternative aux différentes approches étudiées jusque-là.

L'enjeu de la partie 1 est donc **la considération d'une approche plus systémique de l'analyse des comportements de soins de santé et de santé ainsi qu'une meilleure prise en compte de facteurs qualitatifs et distants très significatifs** influençant la santé mais faiblement représentés dans bon nombres de travaux en sciences économiques.

CHAPITRE I : LES INSUFFISANCES DES APPROCHES NEOCLASSIQUES POUR APPREHENDER LES DETERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT

Introduction du chapitre 1

En dépit de quelques avancées notables réalisées par l'analyse économique dans sa version standard en particulier, celle-ci demeure largement défailante pour appréhender le domaine de la santé (Boidin, 2008). La plupart des études en sciences économiques peinent à considérer des facteurs non quantifiables faisant, pour certains, partie de ceux les plus proches (proximate factors) des individus (Lönnroth *et al.*, 2009). Fortement axées sur la considération de l'économie comme une science dure, ces études en sciences économiques sont préférentiellement limitées à des facteurs quantitatifs et des modèles techniques. Ce chapitre a pour objectif de montrer l'incomplétude des études en sciences économiques dans l'analyse et l'interprétation des comportements d'utilisation des services de santé (maternelle) ainsi que des résultats de santé (maternelle), dans les PED, notamment en Côte d'Ivoire. Ainsi, nous proposons de mener cette analyse à travers trois sections.

Dans une première section, nous mettons en perspectives les caractéristiques principales des modèles en économie standard analysant les comportements d'utilisation des services de santé, notamment dans les PED. Certains facteurs qualitatifs, bien que difficilement modélisables, sont également très pertinents à prendre en compte dans l'explication des comportements d'utilisation des services de santé et des résultats de santé.

Dans une seconde section, nous tentons de mettre en évidence les caractéristiques principales de l'utilisation des services de santé maternelle des PED qui montrent davantage la nécessité d'une dimension qualitative également et surtout systémique de ces études.

Les résultats de l'enquête 1 (E1) et de l'enquête 2 (E2) nourriront tous les chapitres de cette thèse, à commencer par ce chapitre 1.

Section 1 : Revue critique des études sur l'utilisation des services de santé

Dans cette section, nous exposons plusieurs études et approches de l'économie standard ayant investigué l'utilisation des services de santé, notamment dans les PED ainsi que les déterminants retenus (1.1) et nous en proposons une analyse critique, à l'aide de l'économie politique de la santé (1.2) qui prête d'ailleurs d'autres outils d'analyse.

1.1 Etudes néoclassiques de l'utilisation des services de santé

Cette section présente les modèles précurseurs (1.1.1), les modèles et déterminants classiques de l'utilisation des services de santé appliqués dans les PED (1.1.2) ainsi que les trois approches dominantes dans l'étude des comportements dans les modèles étudiés (1.1.3).

1.1.1 Modèles précurseurs

Plusieurs modèles ont été développés pour comprendre le comportement d'utilisation des services de santé en général. Il importe d'en identifier les précurseurs. Il s'agit entre autres du Health Belief Model³¹ (1960) ou modèle des croyances de santé (Godel, 1988 cité par Franckel, 2004). L'on note également le modèle de Donabedian (1966), qui est l'un des pionniers de la démonstration des liens entre la qualité des soins de santé et l'utilisation des services de santé. Grossmann (1972a) est l'un des précurseurs de l'application du modèle néoclassique dans le champ de la santé. L'on cite, très souvent, le modèle de Grossmann (1972a) qui met plutôt l'accent sur la santé et non l'accès aux soins. Il développe une théorie du capital santé qui dit que l'individu optimise³² et investit dans sa santé (Grossmann, 1972a). Il définit la santé comme un bien durable dont un stock est alloué à l'individu au début de sa vie et qui se déprécie au cours du temps. Toute période passée par l'individu à se soigner et bénéficier de soins médicaux peut être considérée comme un investissement fait par l'individu pour compenser la dépréciation « naturelle » de son stock de santé. Le modèle d'Andersen et de Newman (1973) met en relation les facteurs sociodémographiques et les déterminants individuels. Le modèle de Suchman (1995) cité par Koné (2012) met en relation les facteurs sociologiques et les processus individuels de la demande de

³¹Il s'agit du Health Belief Model (Godel, 1988 cité par Franckel, 2004) qui met en exergue les facteurs socio psychologiques pouvant agir à la fois sur les perceptions individuelles et la probabilité pour un individu d'agir ou de recourir aux soins de santé.

³² Il maximiserait son utilité sous contrainte de ressources et de temps. L'individu déterminerait alors un niveau désiré d'état de santé, une demande de santé, et choisirait le programme de consommation qui lui permet d'ajuster son stock au niveau désiré (Koné, 2012).

soins de santé. La plupart de ces modèles se sont appliqués aux pays développés et ont été construits pour comprendre les profils d'utilisation des services de santé de ces pays.

1.1.2 Modèles et déterminants classiques de l'utilisation des services de santé appliqués dans les PED

Dans l'optique de nous rapprocher davantage de notre terrain d'étude, la Côte d'Ivoire, nous nous intéressons aux études et modèles appliqués aux PED. Ces modèles comportent plusieurs distinctions les rendant particuliers. Cette sous-section présente quelques limites connues de ces modèles (a) ainsi que leur insuffisante prise en compte de l'enchevêtrement de plusieurs disciplines dans le domaine de la santé (b).

a) Quelques distinctions des modèles de demande néoclassiques

L'on distingue généralement deux types de modèles³³ pour notre terrain d'étude : les modèles de processus et les modèles de déterminants (**cf encadré n°3**).

Notons bien que dans cette section et les autres de chapitres suivants portant sur les déterminants en Côte d'Ivoire, les facteurs quand ils sont annoncés pour la première fois sont mis en gras et en italique. Quand ils sont développés par la suite, ils sont seulement en italique.

³³ Une classification des modèles d'utilisation des services de santé a été proposée par Haddad (1994). Leur étude distingue une classification selon sept critères qui sont la perspective disciplinaire dominante, la chronologie, l'angle d'observation et l'objet d'étude, l'origine, le mode de construction, les types de comportements d'utilisation, les processus ou les déterminants.

Encadré n°3 : Modèles de processus et modèles de déterminants

Dans les modèles de processus, ce sont les séquences décisionnelles des individus leur permettant d'aboutir à l'utilisation qui intéressent (Fabrega, 1972). Tandis que dans les modèles de déterminants (Akin, 1986), ce sont les variables qui prédisent ces décisions et comportements d'utilisation ainsi que les facteurs associés aux choix des individus qui importent. Les modèles de processus sont ceux utilisés dans les études qualitatives tandis que les modèles de déterminants sont ceux qui priment dans les études quantitatives et corrélationnelles (Kroeger, 1983). Toutefois, la quasi-totalité des modèles de recours aux soins et services de santé investigués dans les PED sont des modèles de processus mettant également l'accent sur les déterminants. Selon Hadad (1995), la compréhension des modes de décision des individus au travers des modèles de processus semble nécessaire. Ce sont effectivement des modèles devant permettre d'expliquer non seulement les choix en matière de services à utiliser, mais aussi les changements survenant dans les actions et recours thérapeutiques des individus. Ainsi plusieurs études dans ces pays considèrent des modèles de processus, voire des modèles centrés sur les déterminants mais comprenant à des degrés divers une composante dynamique.

Plusieurs autres points distinguent et limitent **l'approche économique standard** où la santé est considérée comme un bien ordinaire. Les modèles mettent l'accent sur l'existence d'un marché de l'offre et de la demande avec des facteurs influençant la demande individuelle (*revenu, niveau d'éducation, la taille du ménage, etc.*) et l'offre de services (*coûts des soins, nombre et densité des ressources sanitaires*). Ce sont les caractéristiques de l'offre et de la demande qui déterminent le volume de services consommés. Les modèles en économie standard dans les PED considèrent un cadre microéconomique des fonctions de demande néoclassique et la considération d'un agent à rationalité forte (**cf encadré n°4 section (i)**).

En effet, les premières études ont considéré l'utilisation des services de santé comme généralement indépendante des prestataires de services (Phillips, 1990) et donc des fonctions d'offre de soins médicaux (Koné, 2012). Elles ont abouti à une approche purement monétaire de

l'explication des comportements de soins des ménages, notamment pauvres avec des résultats mitigés sur l'élasticité de la demande par rapport aux coûts des soins (**cf encadré n°4 section (ii)**). Il s'est agi d'études quantitatives aux conclusions divergentes (**cf encadré n°4 section (iii)**), notamment sur l'identification et la classification des pauvres.

Encadré n°4 : Quelques limites des modèles en économie standard.

(i) Un cadre microéconomique des fonctions de demande néoclassiques et la considération d'un agent à rationalité forte

Tout d'abord, les modèles appliqués pour l'étude des comportements d'utilisation des services de santé dans les PED considèrent une diversité de la nature des prestataires ou offre de services (Phillips, 1990) et une multiplicité des choix auxquels font fréquemment face les utilisateurs. Ces études ont généralement conclu que contrairement aux pays occidentaux où les dispensateurs de soins et services de santé influencent la demande, ceux des PED n'ont qu'un contrôle marginal sur la demande de services et de soins de santé, voire les itinéraires thérapeutiques de leurs patients et n'ont donc pas la capacité de « fidéliser » leurs patients durant tout l'épisode de la maladie. Ainsi, les services utilisés seraient la manifestation en général des choix et décisions individuelles et la demande induite par les professionnels de santé est quasi-inexistante dans un tel contexte (Haddad, 1994). D'une part, ce qui précède entraîne que ces études dans les PED se concentrent sur des modèles appartenant pour la quasi-totalité à la catégorie des modèles individuels. D'autre part, l'on note **une récurrence du cadre de référence microéconomique des fonctions de demande d'inspiration néoclassique dans les travaux concernant ce thème**. Dans cette dimension économique « classique » de l'approche demande, l'individu est considéré comme un agent totalement rationnel qui optimise son utilité en fonction du rapport avantages et coûts perçus.

(ii) Une approche purement monétaire de l'explication des comportements de soins des ménages notamment pauvres

Les premières études menées dans les PED se sont intéressées aux comportements de demande de soins des ménages, notamment pauvres, à la suite d'une introduction ou une augmentation des tarifs des services publics de santé. Elles interrogent les facteurs qui favorisent ou découragent l'utilisation des services de santé modernes dans les PED. Elles se fondent sur

un modèle théorique de demande de soins afin d'expliquer le choix de recours des individus malades (Heller, 1982 ; Akin et *al.*, 1986, 1995³⁴ ; Gertler et *al.*, 1987). Le *coût des soins* et le *niveau de revenu (bas)* sont *des variables omniprésentes* dans toutes ces études. Ayant des résultats mitigés, elles ont, pour la plupart, conclu à une élasticité significative et négative de la demande de soins par rapport au coût des soins, notamment chez les plus pauvres (Perrin, 2000 en Côte d'Ivoire ; Sauerborn et *al.*, 1994 au Burkina Faso ; Ellis et *al.*, 1994 en Egypte ; Gertler et *al.*, 1987, 1990 ; Salkever, 1976, Juillet, 1999). Pour certaines études, le résultat est une élasticité positive surtout lorsque la hausse des coûts des services à payer par les usagers est compensée par une amélioration de la qualité (Lavy et Germain, 1994) ; Diop et *al.*, 1995) ; Shengelia et *al.*, 2003 ; Peters et *al.*, 2003). Pour d'autres, elles ont abouti à une inélasticité de la demande de soins par rapport aux coûts et aux revenus (Heller, 1982 ; Akin et *al.*, 1986, 1995). L'approche discrète de la demande de soins proposée par Gertler et *al.*, 1987, 1990) est celle qui a finalement été popularisée dans la plupart des études sur la demande des soins et l'accessibilité des services de santé en Afrique et autres PED, à quelques modifications près.

Par exemple en Côte d'Ivoire, Perrin (2000) a voulu évaluer l'impact en termes d'équité, d'une modification du prix sur la demande de services de santé. Il utilise différents groupes de niveaux de vie provenant de données d'enquêtes de ménages, effectuées sur un échantillon représentatif de la ville d'Abidjan. Il estime une fonction de demande à l'aide d'un modèle logit. Il conclut tout comme dans l'étude de Ellis et *al.* (1994) que *la tarification des soins a une influence négative sur l'utilisation des services de santé et que cette sensibilité au prix diminue à mesure que le revenu augmente ou augmente à mesure que le revenu diminue (le quintile le plus faible)*.

(iii) Des études quantitatives aux conclusions divergentes et présentant des limites

Toutes ces études quantitatives utilisant quasiment les mêmes modèles de demande, en dépit de contextes variés, aboutissent à des conclusions divergentes et présentent plusieurs limites. Tout d'abord, leur façon d'identifier les personnes pauvres est critiquable. Le revenu monétaire (perçu par les individus ou les ménages) considéré comme critère de classification ou de mesure du bien-être peut sous-estimer ou surestimer le véritable statut socioéconomique

³⁴ Akin et *al.* (1995) au Nigéria et au Sri Lanka.

(Ravallion, 1996 ; Deaton, 1999 ; Atkinson et *al.*, 2001) cités par Koné (2012). De plus, la considération du revenu monétaire peut créer un problème d'endogénéité (Gertler et Van der Gaag, 1990 ; Ellis et *al.*, 1994). Une autre critique réside dans leur manière d'estimer la sensibilité des différentes couches de la population face à une variation des tarifs des prestations. La méthode d'estimation du revenu monétaire, considérée comme observable dans certaines études (Akin et *al.*, 1995 ; Sauerborn et *al.* 1994 ; Ellis et *al.*, 1994) et non observable dans d'autres (l'estimation s'étant avérée difficile pour ces dernières) est un autre point de divergence. La plupart de ces études ont utilisé des méthodes qui rendent l'identification des ménages à faible revenu comme étant le fruit de jugements subjectifs, de la part de l'analyste, sur la constitution d'un niveau de vie minimum acceptable par la population d'une société donnée.³⁵ Dans ces conditions, il devient difficile de définir, dans un quartier ou une zone donnée, le « pauvre » et le « non pauvre », comme il est difficile d'y distinguer les « vrais » démunis des « moins » démunis (Koné, 2012).

Par ailleurs, la plupart des auteurs ont utilisé comme critères de classification, les caractéristiques de tendance centrale (Gertler et *al.*, 1987 ; Diop et *al.*, 1995 ; Perrin, 2000). Cependant, cette manière d'identifier les pauvres, comporte des limites dues à la dimension relative de sa définition. L'obstacle capital étant que la pauvreté peut varier et changer d'état ou de nature à l'intérieur de la communauté ou du groupe social sur lequel porte l'étude. Elle peut ainsi se retrouver dans toutes les strates d'une société, tant au sein des populations vraiment « démunies » que parmi celles disposant d'un niveau de vie élevé (Koné, 2012).

En somme, une limite commune à ces études néoclassiques est la non prise en compte des services des prestataires alternatifs ainsi que de plusieurs facteurs qualitatifs pertinents indirectement³⁶ liés au système de santé. Cette limite est réelle d'autant plus que l'on sait que l'effet marginal d'une variable donnée sera toujours mal mesuré si d'autres variables pertinentes

³⁵ En effet, recourir à des critères d'identification des pauvres basés sur le type d'habitat ou sur un « ciblage géographique » reste très limité, dans le sens où l'on ne trouve pas que des ménages à faible revenu dans des quartiers jugés « défavorisés », de même qu'il n'y a pas que des ménages aisés dans des quartiers dits « viabilisés ».

³⁶ Des facteurs issus de secteurs divers et influençant fortement le secteur de la santé.

ne sont pas incluses dans l'équation de régression : en termes économétriques, on parle de biais d'estimation dus à une mauvaise spécification du modèle (Koné, 2012).

Or, il semble difficile d'inclure dans un modèle économétrique tous les facteurs sociaux (de type qualitatif) intermédiaires et lointains agissant sur la demande de services de santé, tels que les interactions médecin-patient, la perception de la santé et du système, les interactions sociales, la confiance dans les institutions, le niveau d'intersectorialité dans la mise en place des politiques dans un pays, etc. On assisterait donc sans doute systématiquement à une mauvaise spécification de ces modèles théoriques.

b) Enchevêtrement de plusieurs disciplines insuffisamment prises en compte dans la conception des modèles en économie standard

Une revue beaucoup plus transversale de la littérature sur les déterminants de l'utilisation des services de santé en général, et l'utilisation des services de santé maternelle, en particulier, laisse apparaître en réalité plusieurs disciplines³⁷ ayant produit d'innombrables écrits sur cette question dont la santé publique, la médecine, la démographie, la sociologie, l'anthropologie, l'économie. Il faut également noter que les modèles développés jusque-là, quelle qu'en soit la discipline, ne s'appuient pas exclusivement sur la perspective disciplinaire de laquelle ils sont issus. Ils empruntent, pour la plupart, des concepts à plusieurs autres perspectives.

En effet, la santé est un domaine multi déterminé et complexe, influencé par plusieurs secteurs et qui peut donc être questionné par chacune de ces disciplines et bien d'autres. L'on peut considérer que des efforts dans ce sens sont en cours en sciences économiques³⁸, mais restent insuffisants. Le traitement des questions de santé en sciences économiques devrait tolérer le

³⁷ De plus, les principaux facteurs considérés d'un modèle à un autre dans l'explication de l'utilisation que font les individus des services de santé sont orientés et mis en lumière par le choix entre six perspectives disciplinaires (Andersen, Shortell, McKinley) cités par Koné (2012). On distingue la perspective économique, la perspective démographique, la perspective socioculturelle, la perspective socio-psychologique, la perspective organisationnelle et la perspective de système. Chaque perspective privilégie en fonction de son centre d'intérêt un certain type de variables.

³⁸ Progressivement donc, on verra rarement des modèles économiques avec des variables issues exclusivement de l'analyse économique, mais plutôt empruntant des variables de la perspective socioculturelle ou démographique tout comme on verra de moins en moins des modèles de la perspective socioculturelle faire fi de certains facteurs issus des modèles économiques. Par exemple, en sciences économiques, reconnaissant l'influence des *caractéristiques socio-économiques individuelles et des ménages*, la plupart des modèles développés prennent désormais en compte des facteurs tels que le *niveau d'éducation de l'individu ou du chef de famille, la taille du ménage*, etc. qui sont des variables issues des approche socioculturelle et démographique.

recours à plusieurs autres disciplines et à des outils autres que ceux développés depuis en économie standard. Et ce, afin de permettre une meilleure compréhension du domaine ainsi qu'une analyse plus complète. Toutefois, dans l'approche économique standard, cet enchevêtrement de plusieurs disciplines dans les modèles développés reste difficile à percevoir, tandis que des outils mobilisés par l'économie standard ne suffisent pas à étudier de façon complète la santé.

1.1.3 Un manque d'approche systémique à travers les trois approches dominantes développées progressivement dans les études

Selon l'angle de vue et l'objet d'étude des auteurs, trois approches explicatives des comportements étudiés en ressortent, à savoir l'approche offre des soins (a), l'approche demande (b) et l'approche globale (c) intégrant les deux premières (Béninguisse, 2003 ; Kochou et Rwenge, 2014). Nous présentons par la suite les différentes approches, afin de mieux justifier notre préférence pour l'approche globale qui, bien qu'incomplète pour les ambitions de cette étude, est notre approche de départ et un premier jalon de nos choix ultérieurs.

a) L'approche offre

Les modèles de l'approche offre analysent principalement les attributs et les caractéristiques des services utilisés. Ces modèles concernent généralement les forces qui définissent, influencent et modifient le « marché » des services utilisés. Dans l'approche offre de soins, l'offre crée sa propre demande comme souvent postulé en économie standard. Ce sont les caractéristiques de l'offre (*efficacité des soins proposés, distance à parcourir, temps d'attente, coût des prestations et qualité des interactions médecin patient*, etc.) qui déterminent la demande de soins (Kochou et Rwenge, 2014). C'est une approche qui ne considère pas l'effet du contexte socio-culturel et celui de l'individu dans le choix thérapeutique. Les modèles de l'approche offre incluent davantage les approches de systèmes et celles organisationnelles (Andersen et Newman, 1973 ; Shortell, 1984). **C'est l'approche dominante dans la majorité des études de santé sur les pays développés (Koné, 2012).**

b) L'approche demande

La seconde catégorie est celle des modèles basés sur l'approche demande. **Dans les PED, ce sont les modèles de demande qui ont été longtemps privilégiés par les travaux de l'économie standard sur le comportement d'utilisation des services de santé.** Cette approche

repose sur l'idée d'une détermination sociale des comportements et considère que : « **la majeure partie des comportements sont habituels, prévisibles, attendus et répétés** » (Pescolido, 1992 cité par Franckel, 2004). Cette approche considère davantage le fait que les conditions économiques dans lesquelles vit un individu déterminent également ses comportements thérapeutiques (Pruhal, 1999 ; Béninguisse, 2003 ; Ransom et Yinger, 2002). Ainsi sont considérées d'autres variables explicatives individuelles telles que *le niveau de vie des individus et de leurs ménages d'appartenance*.

Selon cette approche, les facteurs liés aux caractéristiques des prestataires de services et systèmes de santé peuvent influencer indirectement en passant par l'impact qu'ils exercent sur les choix et les comportements des individus. Ainsi, les facteurs influençant l'utilisation des services de santé continuent d'être considérés comme fortement contrôlés par les individus. L'utilisation est essentiellement considérée comme le produit d'une démarche individuelle (Mwabu, 1986 ; Koné, 2012). Ce qui fait de la demande, le centre d'intérêt de ces modèles.

c) **L'approche globale de l'explication des comportements de soins de santé : Point de départ de notre analyse systémique**

L'approche globale est une combinaison de l'approche offre et de l'approche demande. Andersen et Newman (1972) et Kroeger (1983) sont parmi les pionniers de l'approche globale dans la mesure où ils y considèrent les *caractéristiques individuelles, les caractéristiques de la maladie³⁹ et les caractéristiques du système de soins⁴⁰ dans l'ensemble des déterminants des comportements de soins* (Kochou et Rwenge 2014). Les déterminants individuels sont classifiés en deux groupes par ces auteurs : *les facteurs prédisposant* et *les facteurs facilitant*. Les facteurs prédisposant concernent *les attitudes et les connaissances de santé* (Andersen et Newman, 1972), les *facteurs sociodémographiques et socio-psychologiques* (Kroeger, 1983). Tandis que les facteurs facilitant portent sur *les revenus, le niveau socio-économique, la taille de la famille, le niveau d'instruction*. Par exemple, certaines études ont montré qu'un *niveau d'éducation et d'instruction élevé favorise l'utilisation des services de santé modernes dans les ménages* (Akin et al., 1995 au Nigéria ; Bolduc et al., 1996 au Bénin). D'autres facteurs tels que *le temps* (Dutton,

³⁹ Les caractéristiques de la maladie et du cadre étiologique sont tributaires de la sévérité, de la durée et de l'interprétation de l'origine du mal (Kochou et Rwenge, 2014).

⁴⁰ Les caractéristiques du système de soins décrivent la diversité de l'offre, son accessibilité spatiale ou géographique, son accessibilité financière, sa qualité et son efficacité.

1986) et *le besoin des soins de santé* (Aday et Andersen, 1974), *l'état de gravité de la maladie, la pauvreté de la femme et/ou du ménage* (Ellis et al., 1994 ; Haddad et Fournier, 1994 ; Koné-Péfoyo, 2006) ont été également soulignés.

L'approche globale est davantage pertinente dans le contexte africain, du fait du pluralisme thérapeutique et de la perception diversifiée de la santé, notamment celle maternelle (Camara, 2003). Elle a finalement été l'approche développée dans plusieurs modèles⁴¹ proposés sur l'étude des choix thérapeutiques, notamment en Afrique. Bien que demeurant classique, elle a tout de même le mérite d'aller plus loin et d'ouvrir des perspectives. Toutefois, cette approche globale manque encore d'une dimension réellement systémique. En effet, **le « global » doit dépasser le simple secteur de la santé et aller au-delà d'une simple addition de l'offre et de la demande. C'est le défi que nous tenterons de relever (à travers les parties 2, 3 et 4).**

Ainsi, pour cette thèse, nous souhaitons davantage étendre cette approche globale explicative des comportements de soins à celle de l'économie politique de la santé (co-construction de la santé, DSS, rôle des institutions).

1.2 Une approche critique des modèles économiques standards : Nécessité d'une économie politique de la santé

Nous soutenons la nécessité d'une économie politique de la santé, dans la mesure où elle peut permettre de combler d'importantes autres lacunes des modèles économiques standards, notamment une faible prise en compte de facteurs structurels, dans l'explication des comportements d'utilisation des services de santé (1.2.1), le cantonnement dans l'approche monétaire et l'explication de l'utilisation des services de santé par des facteurs souvent individuels et directement liés au système de santé (1.2.2), le caractère inséparable de l'offre et de la demande de soins (1.2.3), l'étude technique et standard de la santé comme tout autre bien ordinaire (1.2.4) et une analyse incomplète des comportements de demande de soins dans les PED en résultant (1.2.5).

⁴¹ Zoungrana (1993) ; Fournier et Haddad (1995) ; Béninguise (2003) ; Rwenge et Tchangoue (2011) ; Rwenge et Kochou (2014), etc.

1.2.1 Une faible prise en compte de l'environnement structurel des individus limitant leur rationalité

Les individus font certes des choix et prennent des décisions personnelles dans leurs habitudes de consommation ou dans leurs arbitrages de tous les jours. Cependant, ces choix sont particulièrement entremêlés avec d'autres motivations qui relèvent parfois de l'éthique, de normes culturelles et sociales. Ces choix individuels sont plutôt contraints non seulement par des considérations monétaires, mais aussi et surtout par d'autres facteurs qui sont souvent d'ordre structurel. Ces causes structurelles⁴² existent du fait de choix politiques, de l'organisation de la société, des arrangements institutionnels, des valeurs et coutumes. Ces causes structurelles conditionnent l'environnement socio-économique et le cadre de vie des individus, et par ricochet leurs choix à eux.

Dans la chaîne d'adaptation et des habitudes, cet environnement socio-économico-politico-culturel ou multidimensionnel prédispose le comportement de l'individu. C'est pourquoi le contexte socioculturel devrait occuper une place essentielle (De Sardan, 2019) dans ces études analysant le comportement des individus. Bibeau et Fortin (2008) soutiennent que **l'environnement dans lequel vivent les personnes limite forcément la possibilité d'actions de celles-ci ; il modère de l'extérieur leurs conduites, jusqu'à empêcher les personnes d'agir dans certains cas**. Le comportement des populations devrait être étudié en interrogeant davantage la réponse du contexte. Malheureusement, il est difficilement investigué et peu intégré dans la plupart des modèles en économie standard qui se veulent principalement quantitatifs.

L'économie politique, à l'inverse de l'économie néoclassique, considère que les individus sont dotés d'une rationalité limitée et procédurale (Batifoulier, 1992 ; Gadreau et Batifoulier ; 2005 ; Batifoulier et Gadreau, 2006 ; Boidin, 2014 ; Batifoulier et *al.*, 2015). Contrairement à la rationalité objective qui instrumentalise les individus (sachant optimiser), la rationalité limitée et procédurale considère que les individus font des choix subjectifs en fonction de leurs caractéristiques respectives et des contraintes structurelles auxquelles ils sont soumis. Nous en

⁴² Les déterminants structurels sont liés au contexte politique et économique du pays. Ils influent sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe et des origines ethniques. On y trouve la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société, les revenus, l'éducation, l'occupation, la puissance, le prestige, etc. (Sghari et Hammami, 2016). Ce sont des déterminants qui ont mis du temps à être façonnés.

proposons un développement spécifique au champ de la santé et de la santé maternelle dans la section 2.1.2 du chapitre 2. Dans de telles circonstances, davantage accentuées dans le domaine de la santé, il est imprudent de se cantonner à des modèles d'optimisation des choix des individus, qui de surcroît ne peuvent prendre en compte tous les facteurs importants. Nous soutenons donc que les individus ne contrôlent pas l'offre sanitaire par leurs décisions de recours mais ils sont plutôt orientés et contraints par leur environnement institutionnel qui inclut l'offre sanitaire.

1.2.2 Une prise en compte difficile de plusieurs autres facteurs et la nécessité de dépasser l'approche monétaire

Nous considérons que l'approche monétaire des études d'utilisation des services de santé est caduque et doit être dépassée. Il existe des déterminants non financiers de l'accès aux soins de santé (Ridde et *al.*, 2019) ainsi que de la santé. Bon nombre des études, notamment en économie standard, portent souvent sur l'individu et/ ou le ménage, en se focalisant sur les facteurs monétaires et directement liés au système de santé (*revenu, prix, etc.*), tout en intégrant peu des dimensions aussi importantes que difficiles à quantifier ou modéliser. Les variables liées aux ressources⁴³ (*prix, qualité, disponibilité des ressources*) du système de santé font souvent l'objet de politiques de santé, car semblent faciles à cibler et davantage modifiables dans le court terme pour améliorer l'accès aux soins de santé.

Toutefois, les analyses devraient aller au-delà pour orienter davantage les décideurs. Une critique du cadre de référence microéconomique de la demande néoclassique est qu'il existe tout un ensemble de dimensions très importantes pas seulement au niveau des individus/ménages (demande), mais aussi au niveau de l'offre de santé (Levesque, Harris, et Russell 2013 ou LHR, 2013), voire de l'ensemble du système. **Il s'agit entre autres de variables sociales et économiques beaucoup plus larges et davantage liées aux caractéristiques des populations et qui sont davantage structurelles (Frenk, 1992) voire institutionnelles et donc difficiles à modifier.**

⁴³ Les ressources de santé sont des facteurs facilement modifiables et retiennent davantage l'attention dans les études, car il s'agit de facteurs qui se prêtent aux politiques et aux aspects institutionnels et qui peuvent être facilement ciblés pour améliorer l'accès (Levesque et al., 2013).

1.2.3 Le caractère inséparable de l'offre et de la demande de soins

L'économie politique analyse l'acte de délivrance des soins de santé comme le produit d'une relation ou d'une interaction sociale entre le fournisseur de service et l'utilisateur de service, plutôt que de considérer l'offre et la demande séparément (Boidin, 2022). C'est effectivement dans une perspective d'interface que l'utilisation des services de santé se situe. Par ailleurs, l'un des problèmes de la santé, c'est que l'offre et la demande de santé sont inséparables (Batifoulier, 1992) et leur examen ne peut se faire séparément, du fait que les éléments de l'offre et de la demande interagissent. En effet, le demandeur de santé est également producteur et offreur de sa propre santé. L'état de santé est donc le résultat d'un processus de co-construction sociale entre le patient et le prestataire de soins dans lequel il est généralement impossible de distinguer la contribution de chacun (Boidin, 2014). Même si l'on séparait le patient du prestataire de soins, on ne serait pas sûr de savoir quelle est la contribution respective de chacun sur la santé de l'individu. Cette jonction/ inséparation de l'offre et de la demande est un élément essentiel dans le champ de la santé, et davantage dans la santé maternelle. « L'efficacité de cette co-construction dans l'amélioration de la santé dépend du rôle joué par les institutions de santé et les règles collectives » (Boidin, 2014).

1.2.4 La santé : un service mettant au défi les analyses techniques

Résoudre des équations d'allocation de ressources pour plusieurs biens et services est une tâche qui a été pour l'essentiel facilitée à l'économie standard par le développement de modèles techniques débouchant sur des solutions plus ou moins optimales. Malheureusement, ces modèles rencontrent plusieurs difficultés pour certains types de biens et services tels que la santé, qui ne trouvent pas d'explication du fait du cantonnement de l'économie standard dans un aspect technique lui permettant ainsi de conserver un certain statut de science dite exacte (Batifoulier, 2015). Le secteur de la santé montre davantage les insuffisances de l'analyse économique standard à l'aborder et à résoudre les difficultés qu'il rencontre (Batifoulier et *al.*, 2015).

La santé n'est pas un bien ordinaire. La valeur du bien santé est intrinsèque aux individus et perçue comme un moyen d'atteindre un certain niveau de bien-être (Boidin, 2008). Ainsi, dans le secteur de la santé, il y a peu de place à l'échange marchand qui suppose que biens et personnes soient détachés. Non seulement elle est indissociable de l'individu, mais aussi elle est marquée et

construite à plusieurs niveaux (social, culturel, humain, institutionnel, etc.). De ce fait, l'économie de la santé se doit d'être irrémédiablement politique. La maladie étant très souvent involontaire, la demande de soins qui en découle l'est également. Non seulement, dans la plupart des cas, il est difficile de prévoir un besoin tel que celui des soins de santé, indépendant de la responsabilité individuelle, mais aussi du fait d'une vulnérabilité commune face à la maladie et à la souffrance, le besoin de santé répond à des caractéristiques biologiques.

D'après Batifoulier *et al.* (2015), compte tenu du rôle du contexte sociétal dans la définition de la norme de santé, le besoin de santé est également lié à des faits culturels et sociaux. L'individu s'identifie à une communauté ou une entité collective et il est souvent contraint de se conformer aux règles de jeu de cette entité. Vouloir réduire le besoin de santé à une stratégie ou une simple préférence individuelle occulte son caractère collectif et social.

Dans l'analyse des comportements de soins, il prévaut d'autres enjeux que le calcul mécanique d'optimisation que ferait l'individu. Ces enjeux ne peuvent être matérialisés tout simplement dans une fonction (économétrique) de demande individuelle. Les difficultés structurelles de l'économie standard à comprendre le secteur de la santé relèvent en partie du fait que bien qu'elle reconnaisse l'influence d'autres problématiques telles que le cadre de travail, le chômage et la protection sociale, l'éducation, la consommation, le transport, l'environnement, etc. sur la santé, ces études continuent de s'accrocher à des modèles techniques qui intègrent difficilement toutes ces problématiques. Ces modèles prennent difficilement en compte les inégalités sociales de santé (ISS) qui sont elles mêmes le résultat d'inégalités sociales à plusieurs et différents niveaux. Il ne s'agit pas d'une remise en cause totale des travaux entrepris jusque-là. Mais plutôt d'une proposition d'amélioration de l'analyse économique, notamment pour les questions de santé.

1.2.5 Une analyse plus adaptée des comportements de soins au moyen de l'économie politique de la santé

L'économie étant une science sociale, elle doit avant tout porter son analyse sur la personne humaine sachant que l'humain appartient à une société et que les sociétés ne sont pas partout les mêmes. Elles n'ont ni les mêmes conditions de vie et richesses, ni les mêmes cultures, encore moins la même structure. Et pour ce faire, une analyse économique surtout en santé ne peut

aucunement déboucher sur des résultats universels et donc applicables en tout temps et en tout lieu. L'économie de la santé fait partie des champs par excellence de l'économie dont la résolution des problèmes devrait passer par cette révolution analytique.

La santé étant un fait social, les considérations sociales (culturelles, religieuses, etc.) qu'elle prend sans aucun doute en compte et qui changent d'un endroit à un autre, d'un individu pauvre à un individu riche, font d'elle un secteur incontestablement politique. Du fait du lien irrévocable entre l'économie et les sociétés dont elle est sensée améliorer l'existence, l'économie se doit d'être le lieu de rencontre du scientifique et du politique (Batifoulier et *al.*, 2015). La règle d'or en économie politique dans sa critique de l'économie standard est que les individus font des choix, de façon procédurale, qui sont encadrés par des choix politiques et autres actions exécutés par la puissance publique. Ces choix conditionnent l'environnement socio-économique et le cadre de vie des individus, et par ricochet leurs choix à eux. Et cette règle s'applique dans tous les champs de l'économie.

C'est une approche à prendre en compte irrémédiablement car elle permet de considérer tous les enjeux individuels et d'ensemble du système. L'économie politique de la santé permet une analyse beaucoup plus exhaustive afin de mieux appréhender tous les enjeux pertinents du secteur. L'économie politique de la santé constitue un cadre d'analyse qui nous paraît pertinent, en matière d'analyse des politiques de santé.

Section 2 : Caractéristiques principales des études de l'utilisation des services de santé maternelle dans les pays d'Afrique

Plusieurs études ont vu le jour sur les comportements d'utilisation des services de santé, y compris ceux maternels dans les PED. L'Afrique constitue le principal terrain d'analyse. L'accès aux soins de santé **est le principal facteur mis en examen dans bon nombre d'études, car étant considéré comme le cœur des performances des systèmes de santé à travers le monde (LHK, 2013)**. Ainsi la compréhension de l'utilisation des services de santé comme proxy de l'accès aux soins de santé (**cf encadré n°6**) dans les PED et particulièrement en Afrique demeure une question importante, en dépit de l'intérêt pour les DSS. Nous nous y intéressons davantage pour les questions de santé maternelle. Les études antérieures mobilisées présentent des spécificités très

importantes perceptibles à deux niveaux, selon la perspective avec laquelle on observe l'utilisation des services de santé.

Dans cette section, nous marquerons la distinction entre, d'une part, le niveau macroscopique issu d'un regard sur les phénomènes d'ensemble engendrés par la coexistence dans une communauté de différents comportements individuels d'utilisation des services de santé (2.1) et, d'autre part, la perspective microscopique issue d'une analyse de l'utilisation des services de santé avec un regard centré sur les comportements individuels de demande des services de santé (Haddad, 1992) (2.2). Nous mobilisons nos données de terrain de l'enquête 1 (E1) et de l'enquête 2 (E2) pour affiner nos analyses.

Encadré n°6 : L'utilisation des services de santé à l'interface de l'offre et de la demande de soins : une variable proxy de l'accès

Généralement déterminé comme l'accès à un service, un fournisseur ou une institution, l'accès aux soins de santé est également défini comme l'opportunité ou la facilité avec laquelle les consommateurs ou les communautés peuvent utiliser les services appropriés en fonction de leurs besoins (Whitehead, 1992 ; Daniels, 1982). Pour notre part, nous considérons l'accès aux soins de santé **comme une opportunité variable et résultant de l'interface entre les caractéristiques des acteurs⁴⁴ de la demande (ainsi que les facteurs en émanant) et les caractéristiques des acteurs⁴⁵ de l'offre (ainsi que les facteurs en découlant) des soins de santé**. Dans plusieurs études, notamment sur les PED, c'est davantage l'utilisation des services de santé qui est utilisée comme une variable proxy de l'accès aux soins de santé. La raison est que l'accès aux soins de santé demeure plutôt complexe à évaluer. En effet, l'utilisation des services de santé définie comme un accès réalisé (Andersen, 1995) est plus facile à mesurer que l'accès potentiel. L'utilisation des services de santé est déterminée par les caractéristiques de la population (prédisposition, habilitation, besoin) et les caractéristiques des systèmes de santé (politique, ressources, organisation) (Andersen, 1995 ; Aday et Andersen, 1974). L'accès est principalement perçu, dans bon nombre d'études, comme une propriété des services et est déterminé par des facteurs tels que la disponibilité, le prix et la qualité des ressources des biens et des services de santé (LHR, 2013). Tandis que des études montrent clairement que que

⁴⁴ Personnes, ménages, environnements sociaux et physiques.

⁴⁵ Organisations, prestataires de services de santé, systèmes de santé.

l'utilisation des services de santé (accès réalisé) est influencée par l'offre ainsi que par la demande de services, y compris les caractéristiques individuelles telles que les préférences, les goûts et les informations (Mooney, 1983 ; Haddad, 1992 ; Daniels, 2001) ainsi que celles structurelles.

- **La place de l'accès aux soins de santé dans les études**

Pour analyser la question de l'accès aux soins de santé, les premières études ont abordé des *obstacles financiers, l'abordabilité ou accessibilité financière* (Salkever, 1976 ; Penchansky et Thomas, 1981, Dutton, 1986 ; Aday et Andersen, 1974 ; Shengelia et al., 2003 ; Peters et al., 2003), *les obstacles physiques et facteurs prédisposant* (Salkever, 1976), *la disponibilité des ressources* (Penchansky et Thomas, 1981 ; Shengelia et al., 2003 ; Haddad et Mohindra, 2002 ; Margolis et al., 1995), *les facteurs organisationnels* (Dutton, 1986), etc. L'accès⁴⁶ est un concept plus vaste en réalité qui nécessite également de prendre en compte des caractéristiques et dimensions plus structurelles. Parmi les études sur l'accès aux soins de santé, certaines ont progressivement pris en compte plusieurs autres dimensions dans la définition de l'accès aux soins de santé telles que *l'acceptabilité culturelle des services* (Shengelia et al., 2003 ; Peters et al., 2003), la pertinence (Haddad et Mohindra, 2002), *l'accessibilité géographique* (Shengelia et al., 2003 ; Peters et al. 2003), *les facteurs structurels* (Margolis et al., 1995). Ces dimensions si importantes ont été faiblement prises en compte dans les recherches en sciences économiques mainstream sur l'accès aux soins de santé en général et l'accès aux soins de santé maternelle en particulier. Ce qui se traduit par leur faible prise en compte dans les politiques de santé et bien d'autres politiques publiques sociales. Néanmoins, cette perception marginale de l'accès aux soins de santé et de son utilisation engendre comme conséquence la persistance d'une faible opérationnalisation du processus d'accès aux soins de santé et du faible recours aux services de santé.

⁴⁶ L'accès a été généralement attribuable aux services de santé à travers des facteurs tels que leur disponibilité, le prix et la qualité des biens et services de santé (Levesque et al., 2013).

2.1 Analyse macroscopique de l'utilisation des services de santé (offre et demande des services de santé)

Un regard d'ensemble ou l'analyse sous un angle général de l'utilisation des services de santé permet de retenir quelques spécificités dans ces pays qui semblent ne pas se retrouver dans les pays riches (Phillips, 1990). Cette sous-section présente les principales observations découlant d'une analyse générale qui sont : des systèmes médicaux peu unifiés (contrairement à des services de santé modernes relativement homogènes dans les pays occidentaux), une répartition de l'utilisation des services de santé entre ces différents systèmes médicaux et une sous-utilisation de certains services de santé, notamment ceux modernes (2.1.1), le poids de la médecine traditionnelle dans le système de santé maternelle des pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire (2.1.2), une complémentarité entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle dans la santé maternelle des pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire (2.1.3), des inégalités de santé et d'accès aux services de santé entre femmes riches et femmes pauvres et entre milieux urbains et milieux ruraux dans les PED (2.1.4).

2.1.1 Hétérogénéité de systèmes médicaux et sous-utilisation de certains systèmes

a) Un enchevêtrement de systèmes médicaux

Contrairement à l'homogénéité relative des systèmes « modernes » des pays occidentaux, les recours thérapeutiques des personnes malades ou des chefs de ménage dans les pays pauvres d'Afrique sont marqués d'une certaine complexité, car très diversifiés, du fait de l'enchevêtrement des systèmes et sous systèmes médicaux (Tiéhi, 2012 ; Brunet-Jailly ; 1999 ; Phillips, 1990). Cette complexité relève effectivement du fait que le recours aux soins de santé modernes y est fortement concurrencé par d'autres types de recours tels que la médecine traditionnelle, l'automédication moderne et traditionnelle, le recours à des prières de guérison, etc. (Haddad 1994 ; Brunet-Jailly 1999 ; Tiéhi 2012). On y note également, en plus de l'abstention thérapeutique pour diverses raisons, plusieurs autres types de sous-systèmes médicaux,⁴⁷ tels que les réseaux de distribution

⁴⁷ Les acteurs animant ces réseaux sont le plus souvent dotés de peu de connaissances des médecines modernes et traditionnelles voire aucune, contrairement aux professionnels de santé (Slikkerveer, 1982). Le marché de l'automédication est généralement alimenté par ces sources informelles (Gesler, 1979) au Nigéria ; Van der Geest, 1987 au Cameroun cités par Haddad (1994).

ou de vente à grande échelle de remèdes de médecines modernes et/ou traditionnels (Stoner, 1985 ; Slikkerveer, 1982), etc.

Pour un même épisode de maladie, les personnes utilisent, le plus souvent, plusieurs formes de thérapies et de ressources **de façon concomitante ou de manière séquentielle** (Haddad, 1994). Ces choix de recours, laissant paraître une certaine dualité entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, apparaissent comme étant non seulement en compétition, mais également complémentaires. Il s'agit donc d'une offre de services très variée offrant une certaine gamme de choix aux populations. Certains services seront plus utilisés tandis que d'autres sous-utilisés. Nous examinons davantage ce caractère concomitant et séquentiel des itinéraires thérapeutiques dans ces pays dans la section 2.1.2 du chapitre 2. Il importe toutefois de noter le caractère minoritaire de l'abstention thérapeutique et du recours à l'auto-traitement⁴⁸ de façon exclusive ainsi que le caractère majoritaire des services de santé modernes⁴⁹ paraissant comme ceux les plus utilisés (Haddad, 1992).

Commeyras et al. (2006) cité par Nkoma (2015) remarque, dans une étude au Cameroun, que les itinéraires thérapeutiques des patients sont erratiques faisant ainsi montre de comportements indécis, d'une incapacité à poursuivre un type de recours et/ou une certaine inefficacité de l'offre de soins. Nkoma (2015) relate un paradoxe au Cameroun selon lequel les services modernes de santé (consultations et automédication modernes) occupent plus des deux tiers des recours d'aussi loin que les pratiques traditionnelles tandis que le recours aux formations sanitaires en première intention est très faible. Et cela, par manque d'argent, a-t-il observé.

Le contexte de pauvreté et de fortes contraintes pousse sans doute les personnes malades et pauvres à, dans un premier temps, recourir à d'autres systèmes (**la médecine traditionnelle, l'automédication voire d'autres sous-systèmes**) que les services de santé modernes en premier recours. Ce qui précède argumente le bien-fondé d'études plus qualitatives voire d'ordre institutionnel, afin de compléter les études quantitatives fortement investiguées et généralement

⁴⁸ L'auto-traitement (automédication moderne ou traditionnelle) constitue non seulement le recours personnel de l'individu à des itinéraires thérapeutiques de différente nature, mais aussi exclut tout contact direct entre les patients et les dispensateurs de services modernes ou traditionnels. Autrement dit, il s'agirait de la consommation de médicaments, sans l'avis préalable d'un professionnel de santé.

⁴⁹ Ces études montrent que le recours aux services de santé modernes est le recours assumé majoritairement pendant tout l'itinéraire thérapeutique.

transversales. Prendre du temps pendant des interviews, voire à travers des observations, avec de potentielles cibles, permet de mieux percevoir la motivation des patients à adopter une forme d'itinéraire thérapeutique par rapport à une autre, ainsi que celle des professionnels de santé. C'est ce que nous avons fait.

a) L'auto-traitement ou automédication : Contrainte ou choix thérapeutique ?

En Afrique particulièrement, **l'auto-traitement constitue le premier mode de recours aux soins** que pratiquent les individus face à un état morbide et associe ou non l'utilisation de médicaments pharmaceutiques industriels à celle des écorces végétales, racines et feuilles de même que certaines denrées alimentaires (Actes des Rencontres Scientifiques Nord/Sud 2015). L'auto-traitement est discuté comme une pratique de soin, préventive ou curative, pratiquée, très souvent en alternative à un traitement prescrit par un médecin ou en complément, lorsque le consommateur ne peut obtenir des prescriptions médicales, soit parce qu'il n'y a pas de médecin, soit parce que l'accès au médicament est difficile (Fainzang, 2001).

Etant donnée cette définition, **il importe de savoir pourquoi dans les pays pauvres d'Afrique l'auto-traitement constitue le premier mode de recours thérapeutique avant la médecine moderne, voire avant même la médecine traditionnelle ?** En nous référant effectivement au cadre du système de santé de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et les 6 blocs qui le composent (World Health Organization, 2010)⁵⁰, l'on peut constater que tout comme plusieurs pays à faible revenu /pays à revenu intermédiaire, la Côte d'Ivoire rencontre d'importants défis au niveau de ces 6 composantes du système de santé. Si nous regardons particulièrement l'accès aux médicaments essentiels, dans la plupart des régions de la Côte d'Ivoire, il y a généralement une rupture de stock de médicaments, la qualité des médicaments est un problème, le prix des médicaments est très élevé et la majorité des paiements directs est due à l'achat de médicaments (PNDS, 2021-2025).

L'individu, en incapacité d'accéder aux médicaments modernes nécessaires, choisit donc un produit thérapeutique parmi d'abondantes ressources issues de savoirs profanes, dans la

⁵⁰ Ces 6 blocs ou composantes sont : l'offre de service, les ressources humaines en santé, le système d'information sanitaire, l'accès aux médicaments essentiels, le financement, le leadership et la gouvernance. WHO-MBHSS_2010_full_web.pdf.

multiplicité des savoirs locaux et traditionnels se transmettant oralement de génération en génération et/ou par des échanges avec son entourage dont il accumule l'expérience. Ce dernier est animé par le poids des connaissances profanes, les tentatives de se soigner soi-même, l'emprise des occupations professionnelles et le manque de confiance envers les agents de santé.

Par ailleurs, certaines études, notamment celle de Iboulo et *al.* (2016) au Burkina Faso, révèlent que certaines personnes évitent les structures sanitaires quand elles sont malades, au profit de l'automédication, du fait d'un désir d'indépendance ou de souveraineté. L'automédication est une pratique qui peut donc associer des personnes de la famille ou de l'entourage. Une démarche rationnelle conduisant à choisir une telle pratique thérapeutique (automédication) pour se soigner est donc soumise à des forces extérieures et peut, de ce fait, être considérée comme contrainte plutôt qu'un choix thérapeutique désiré.

2.1.2 La médecine traditionnelle dans la santé maternelle en Côte d'Ivoire : Une pratique culturelle, un recours « secours » ou encore une pseudo-contrainte ?

Notre revue de littérature ainsi que l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2) montrent combien face à la médecine moderne, le recours à la médecine traditionnelle pourrait résister dans les pratiques de recours aux soins. Certains individus, au risque d'effectuer des dépenses de santé catastrophiques font le choix de ne pas recourir aux services de santé modernes en cas de besoin, de recourir à l'automédication, de s'abstenir ou de recourir à des systèmes traditionnels généralement peu coûteux que la médecine moderne pour ces populations. Cette sous-section décrit la médecine traditionnelle dans les pays d'Afrique subsaharienne, en particulier en Côte d'Ivoire, comme un système ayant un caractère empirique⁵¹ et résilient, en dépit de l'existence de la médecine moderne (a) ainsi que sa large utilisation pour son faible coût d'accès et ses bienfaits reconnus (b).

a) Le caractère empirique et résilient de la médecine traditionnelle

En dépit d'une amélioration de la couverture sanitaire des interventions essentielles en Côte d'Ivoire (PNDS, 2021-2025), nos entretiens avec des professionnels de santé, des femmes

⁵¹ Dans les pays d'Afrique, résistent l'existence d'une médecine ancestrale, de pratiques et de rites ancestraux, dont ont hérité les populations d'Afrique noire, de génération en génération (Ndjitoyap Ndam, 2005) qui continue de concurrencer la médecine moderne. Les peuples de ces pays ont longtemps vécu avant les indépendances et l'ère de la modernisation dans des contrées sauvages marquées d'une flore très diversifiée (Ndjitoyap Ndam, 2005). Ils ont consommé des plantes, appris à les connaître et ont progressivement découvert des vertus thérapeutiques dont elles regorgent.

enceintes et accouchées durant l'enquête 1 (E1) en Côte d'Ivoire révèlent que le recours à la médecine traditionnelle demeure une pratique incontournable dans l'itinéraire thérapeutique de 3/4 des enquêtées même de milieux urbains, en particulier, avec un taux de recours de 100% chez les femmes les plus pauvres. A la question de savoir : « les raisons pour lesquelles les femmes recourent à la médecine traditionnelle ? », les réponses convergent toutes vers cet extrait de verbatim d'une tradi-praticienne (TP), TP.1.1⁵², révélant le poids de la pauvreté et des croyances culturelles à travers le verbatim suivant :

- TP.1.1 : « *Tout dépend de leurs croyances, de leurs problèmes de santé car il y a des problèmes de santé difficilement gérés par la médecine moderne, mais aussi de leurs poches* ».

Les interviews révèlent une certaine efficacité, satisfaction et une confiance de longue date en la médecine traditionnelle, qui à l'ère de la modernisation s'avère évidemment insuffisante. Ce constat est conforté par les propos de plusieurs acteurs enquêtés tels que F.31.1⁵³, TP.1.1 :

-F.31.1 : « *Très satisfaite car non seulement les lavements m'ont aidée pendant la grossesse, mais aussi pour l'accouchement. En effet, j'avais dépassé mon terme de grossesse et une grand-mère m'a conseillée un médicament à purger et à boire dès que je les ai pris, ils ont déclenché mes contractions* ».

- TP.1.1 : « *Avant, on allait au champ, on y travaillait et on rentrait cuisiner ce qu'on récoltait. On mangeait sain, notre alimentation ne contenait pas cette multitude de produits chimiques et toxiques que nous consommons par ces temps modernes. Les plantes et écorces suffisaient pour résoudre nos problèmes de santé voire pendant la grossesse. Et c'est à 8 mois qu'on allait à l'hôpital pour ensuite accoucher le mois suivant. Les médicaments traditionnels font donc partie de notre culture. Cependant, avec tout ce que nous consommons et respirons de nocif pour notre santé, il est important d'avoir recours à la médecine moderne également. Surtout pour les femmes enceintes, il est important qu'elles sachent ce qu'il y a à l'intérieur de leurs ventres et de savoir s'il n'y a pas de*

⁵² Ce sera la codification utilisée durant toute la thèse. TP.1.1 fait référence au numéro attribué à la Tradipraticienne interviewée 1 de l'enquête 1 (E1). Donc par exemple 1.1 fera référence à un(e) interviewé(e) 1 de l'enquête 1. TP.1.1 : tradipraticienne 1 de l'enquête 1.

⁵³ F : Femme enceinte/accouchée. F.31.1 : Femme enceinte/accouchée enquêtée 21 de l'enquête 1.

problèmes pour elles ou leurs bébés. Les échographies et bilans prénatals sont donc aussi importants ».

Rappelons qu'avant l'avènement de la médecine moderne, dans plusieurs régions d'Afrique, notamment celles rurales, les individus ne se soignaient couramment qu'avec des plantes et n'étaient pas encore confrontés aux effets pervers de l'évolution des modes de vie alimentaires. De nos jours, face aux défis liés aux habitudes et comportements alimentaires, la limite de telles pratiques réside dans le fait qu'en l'absence d'un suivi médical complet et précis, si une maladie dangereuse telle que l'anémie ou le diabète n'a pas été diagnostiquée et traitée à temps, les conséquences peuvent être fatales, en particulier pour une femme enceinte/nourrice et/ou son enfant.

a) La médecine traditionnelle : Un système médical scientifiquement incomplet mais largement utilisé pour son faible coût d'accès et ses bienfaits reconnus

Malgré sa forte présence, la médecine traditionnelle est souvent mal organisée dans ces pays d'Afrique subsaharienne, contrairement à d'autres traditions médicales (e.g. la médecine Ayurvedi, l'homéopathie, etc.), qui comme la médecine moderne, se concentrent sur l'explication des événements (maladies et thérapeutiques) sur la base d'une analyse rationnelle des processus physiologiques et physiopathologiques, mais aussi reposent sur un processus d'apprentissage long et complexe (Haddad, 1994). Un tel système pourrait présenter des limites du fait surtout de l'efficacité inestimable des traitements en dehors des retours de patients. Par ailleurs, la faible insistance sur les notions de dosages corrects, d'effets secondaires, ainsi que les faibles moyens de faire face à des problèmes de chirurgie (occlusion intestinale, cancer digestif, etc.) (Ndjitoyap Ndam, 2005), des échographies et de bilan prénatal, en cas de grossesse, par exemple, sont des limites de la médecine traditionnelle trouvant de meilleures réponses dans la médecine moderne. Ceci confirme la nécessité de la médecine moderne pour les populations d'Afrique, tant de milieux ruraux qu'urbains. Ndam Ndjitoyap (2005) estime que ces deux types de médecine ont, chacune, des forces et des faiblesses. Il y a lieu de viser une médecine universelle découlant de ces deux types de médecines et permettant d'atteindre un certain seuil d'opérationnalisation et d'efficacité (Ndjitoyap Ndam, 2005).

Le recours à un praticien traditionnel est, dans la plupart des cas, moins onéreux et plus accessible que le recours à un service de santé moderne (Ndjitoyap Ndam, 2005). Cette situation prévaut généralement, que l'on soit en milieu rural ou en milieu urbain, dans les pays d'Afrique

subsaharienne. Une praticienne traditionnelle ou tradipraticienne TP.2.1⁵⁴ interviewée lors de l'enquête 1 (E1) en Côte d'Ivoire relate son niveau d'expérience construit seulement par la pratique dans le domaine à travers le verbatim ci-dessous :

- TP.2.1 : « *J'ai commencé depuis toute petite avec ma mère. Je suis née et j'ai vécu en brousse et pour avoir vécu en brousse, je maîtrise toutes les plantes et écorces et leurs effets thérapeutiques et je n'ai pas besoin d'autres formations. La brousse, c'est mon univers* ».

Cette formation informelle sur le terrain est également notée chez les autres tradipraticiennes interviewées. L'entrée sur le marché de la pratique est peu coûteuse. La médecine traditionnelle est une pratique médicinale qui ne nécessite pas de posséder des diplômes ou d'effectuer une formation longue et coûteuse. Elle est très souvent apprise sur le tas. Tout ceci pourrait justifier le coût relativement bas de l'accès à la médecine traditionnelle. Il en est de même pour les prières de guérison, les consultations chez des féticheurs et marabouts. Bien qu'ils ne soient pas fondés scientifiquement, ces pratiques thérapeutiques satisfont bien de patients (Lasker, 1981), car ils sont moins coûteux, plus facilement accessibles et bénéficient d'une confiance de certaines communautés.

On pourrait dire que ces pratiques constituent des institutions fortes ancrées dans les mœurs des populations qui s'y adonnent. Au-delà de la satisfaction que les populations la pratiquant en retirent, le recours à la médecine traditionnelle apparaît comme une pratique, pas nécessairement optimale, mais plutôt induite par l'histoire, les valeurs culturelles, sociales, s'entremêlant aux fortes contraintes et conditions socio-économiques difficiles. Ce choix ne peut donc être considéré comme le fruit d'une démarche rationnelle inspirée de l'« homo-économus ». Il résulte d'un raisonnement par des valeurs, contraintes et arrangements du milieu de vie des individus.

2.1.3 Complémentarité entre médecines moderne et traditionnelle dans la santé maternelle

L'étude de Lasker (1981) portant sur la Côte d'Ivoire situait à 80% la proportion des répondants ayant déclaré utiliser de façon concomitante la médecine moderne et la médecine traditionnelle au cours d'un même épisode de maladie. Il a également montré que 75 % des étudiants infirmiers et sages-femmes en cours de formation avaient recours à la médecine

⁵⁴ Interviewée tradipraticienne 2 de l'enquête 1.

traditionnelle en plus de la médecine moderne, tandis que 60 % des personnels de santé en poste avaient le même comportement.

Il est certain que la médecine traditionnelle présente des insuffisances. Cependant, elle a fait ses preuves face à divers problèmes de santé, tels que des sensations de mal-être ou de malaise, pour lesquels la médecine moderne semble limitée. La complémentarité résulterait du fait que la médecine moderne et la médecine traditionnelle répondent à des besoins différents : le recours à la médecine moderne vise à estomper ou mettre fin aux symptômes de la maladie et difficultés ressenties (Colson, 1971) tandis que l'utilisation de la médecine traditionnelle visera à identifier et annihiler la cause du problème (Colson, 1971 ; Ndjitoyap Ndam, 2005). L'utilisation conjointe en cas de maladie sévère ou dangereuse des deux formes de médecine (traditionnelle et moderne) est qualifiée de « shot gun therapy » par Colson (1971). Les patients à travers ce recours conjoint aux deux formes de médecine chercheraient à maximiser l'efficacité du traitement.

Nos entretiens de l'enquête 1 (E1) révèlent que la médecine moderne est limitée dans la proposition de médicaments pouvant procurer un mieux-être à la femme enceinte face aux différents problèmes auxquels elle peut faire face, pendant la grossesse. Cette situation est relatée par plusieurs acteurs enquêtés dont TP.2.1 à travers les propos ci-dessous :

-TP.2.1. : « Nous conseillons des médicaments (écorces, feuilles) et astuces pour permettre à la femme enceinte de mieux supporter sa grossesse et mieux vivre les conséquences (par exemple stopper les nausées répétées, les reflux, se sentir moins lourde, etc.). Ce sont des problèmes auxquels la médecine moderne propose peu de remèdes. J'ai même des patientes du corps médical qui lorsqu'elles sont enceintes, viennent prendre des médicaments pour garder la forme. De façon générale, j'ai des patients qui sont du corps médical. Ce qui veut dire que les médicaments traditionnels sont bons et ont toujours leur place »

Ainsi soutenons-nous également que la médecine traditionnelle et la médecine moderne sont plus complémentaires qu'antagonistes en Côte d'Ivoire. Plusieurs femmes interviewées pouvant s'offrir un suivi dans des établissements sanitaires, sollicitent souvent la médecine traditionnelle parallèlement, quelles que soient leurs classes sociales et catégories socio-professionnelles, pendant et après leurs grossesses. Ces femmes plébiscitent la médecine

traditionnelle en prenant en compte les bienfaits perçus de celle-ci depuis les générations précédentes, avant l'arrivée de la médecine moderne et de toutes les recommandations internationales. L'utilisation des plantes médicinales est également approuvée par bon nombre de professionnels de santé en Côte d'Ivoire. Les gynécologues (G) enquêtés confirment cette assertion et tolèrent l'utilisation commune de la médecine traditionnelle par les femmes enceintes et accouchées désireuses d'y recourir, à condition de ne pas s'y limiter, de faire attention au dosage, de n'y recourir qu'à titre accessoire et d'être rigoureux dans le suivi prénatal moderne. C'est le cas du gynécologue G⁵⁵.1.1 qui justifie ce recours simultané à travers les propos suivants :

-G.1.1 : « Plusieurs médicaments pharmaceutiques sont contre-indiqués dans leur état. On ne peut rejeter nos pratiques ancestrales du revers de la main. Nos mamans ont utilisé ces médicaments traditionnels bien avant l'arrivée de la médecine moderne et cela leur a fait du bien. J'ai des patientes qui en utilisent et jusque-là, il n'y a pas eu de véritables soucis. Je leur demande juste de bien respecter leurs RDV de CPN »

Les arguments avancés par les gynécologues interviewés en faveur du recours simultané convergent vers le fait que bon nombre de médicaments pharmaceutiques sont contre-indiqués pendant la grossesse et l'allaitement tandis que certaines difficultés vécues par les femmes pendant la grossesse trouvent des remèdes dans la médecine traditionnelle.

Ce qui précède nous permet de soutenir que le recours simultané, dans le cas de la santé maternelle, est également motivé entre autres par la recherche d'un bien-être maximum du fait de vertus retrouvées dans l'une et pas dans l'autre médecine. D'ailleurs, cet extrait de verbatim ci-dessous de TP.2.1 soutient également cette complémentarité entre la médecine moderne et celle traditionnelle ainsi que le besoin d'optimiser le bien-être chez les femmes enceintes comme souligné par plusieurs acteurs enquêtés :

- TP.2.1 : « Quand des femmes arrivent et me disent qu'elles sont enceintes, sans doute parce qu'elles ne voient plus leurs règles, je leur demande d'aller faire un test à l'hôpital le confirmant, voire une échographie et si après test et visite médicale leur grossesse est confirmée qu'elles veulent toujours être suivies, je leur donne des médicaments. Et si l'échographie révèle d'autres problèmes tels que des kystes ou fibromes qui sont récurrents

⁵⁵ Gynécologue. G.1.1 : gynécologue 1 enquêté pendant l'enquête 1.

de nos jours, je leur propose mes remèdes à moi. Il y a des femmes aussi qui vont d'abord à l'hôpital et qui lorsqu'elles ont un problème que la médecine moderne a du mal à résoudre, viennent me voir. Il y a également la catégorie des femmes qui ne viennent pas du tout prendre des médicaments traditionnels et se confient uniquement aux médecins à l'hôpital. »

Ce verbatim de F.21.1⁵⁶, une femme enceinte, éduquée, travaillant dans le secteur formel et recourant aux services de santé dans le grand établissement sanitaire privé renommé (zone d'enquête), soutient également la nécessité de ce recours simultané. Comme elle, la moitié des enquêtées de son rang prétendent le faire pour garder la forme :

-F.21.1 : « Ma grand-mère m'a recommandée une plante « aromagninnin » à faire bouillir et à boire pour lutter contre la fatigue. Et ça marche. C'est juste pour garder la forme. Cela ne m'empêche pas de me faire suivre par mon gynécologue. Ce n'est pas pareil. La médecine moderne propose peu de remèdes pour se revigorer pendant la grossesse. Il y a plutôt des contre-indications parfois. Les objectifs recherchés sont différents. »

Le verbatim précédant soutient l'usage de l'auto-traitement traditionnel comme un système médical également employé chez des femmes recourant aux services de santé modernes y compris dans des établissements sanitaires privés, pour leur suivi prénatal et postnatal. Ces femmes auront tendance à utiliser les écorces et plantes reconnues comme multi vertueuses et sources de bien-être dans différentes cultures et communautés.

2.1.4 Inégalités de santé et d'accès aux services de santé entre milieux urbains et milieux ruraux dans les PED

A ce jour, il existe une faible documentation sur la question des écarts de mortalité adulte entre milieux urbains et milieux ruraux (Tabutin et Masquelier, 2017). Ceci peut s'expliquer par les difficultés connues et évoquées dans les sections précédentes ainsi que les coûts de mesures et d'enregistrement des décès, notamment maternels, dans les pays du Sud (**cf encadré n°7**). Toutefois, les indicateurs sanitaires dans les milieux urbains sont de loin meilleurs à ceux des milieux ruraux, du fait des infrastructures de santé et des conditions de vie (nutrition, emploi, instruction, etc. plus favorables) (Dye, 2008). Malgré les quelques progrès enregistrés depuis 10-

⁵⁶ F : Femme enceinte/accouchée. F.21.1 : Femme enceinte/accouchée enquêtée 21 de l'enquête 1.

15 ans, la couverture des interventions essentielles reste très inégale. Le suivi médical prénatal en milieu rural surtout chez les pauvres est nettement moins bon (61%) que celui dans les villes des pays du Sud (plus de 90% des grossesses) (Tabutin et Masquelier, 2017).

Une étude de Rustein et *al.* (2016) réalisée sur 26 pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire montre qu'en moyenne, 94% des femmes dans les grandes villes accouchent dans des maternités, 89% dans les autres villes et 55% dans les milieux ruraux. Selon ces auteurs, il persiste des inégalités au niveau du suivi médical prénatal (tel que défini selon les normes OMS) entre le milieu rural et le milieu urbain. Ce qui peut se justifier par une distribution inégale des ressources sanitaires entre milieux ruraux et milieux urbains et la faible capacité de femmes pauvres de ces milieux ruraux à accéder aux structures sanitaires disponibles, et ce, pour plusieurs raisons. Dans presque tous ces pays, l'éventail des catégories de prestataires de services de santé et de leurs compétences individuelles s'avère trop restreint.

En guise d'exemple, l'Afrique porte 25 % des fardeaux de maladie dans le monde et dispose en moyenne d'1 médecin pour 10 000 habitants tandis que l'Autriche en bénéficie de 52 (OMS, 2015), contre une moyenne mondiale de 14 médecins pour 10 000 habitants (OMS, 2015). En fait, les pays riches de la planète se caractérisent tous par un tableau de bien plus de 25 médecins pour 10 000 habitants (OMS, 2015). Seuls 5 des 49 pays⁵⁷ classés parmi les économies à faible revenu par la Banque mondiale atteignent le seuil minimum d'une densité de 23 personnels de santé⁵⁸ (médecins, infirmières et sages-femmes) pour 10 000 habitants. Ce seuil a été établi par l'OMS comme étant nécessaire pour assurer les soins maternels et infantiles les plus indispensables (OMS, 2009).

Les pays tels que la Côte d'Ivoire qui sont en dessous de ce seuil ont beaucoup de difficultés à dispenser des soins qualifiés lors de l'accouchement pour de nombreuses femmes enceintes, ainsi que des soins d'urgence et spécialisés aux nouveau-nés et aux jeunes enfants. Cela entraîne des

⁵⁷ La Côte d'Ivoire fait partie des 44 autres pays problématiques selon ce seuil de densité minimum de personnel de santé.

⁵⁸ Le personnel de santé est défini comme l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé. Il s'agit des personnels soignants tels que les médecins, les infirmières, les sage-femmes, les pharmaciens et les agents communautaires, mais aussi des agents chargés de la gestion et de l'appui, tels que les administrateurs des hôpitaux, les responsables sanitaires de district et les travailleurs sociaux, qui consacrent la totalité ou une partie de leur temps à l'amélioration de la santé (OMS, 2009).

conséquences directes sur le nombre de décès de femmes et d'enfants. Les conséquences du manque de médecins ainsi que d'autres personnels et ressources de santé dans ces pays africains, notamment les plus pauvres, sont très importantes. A cela vient s'ajouter la pénurie de personnels qualifiés dans les zones rurales reculées. Tout cela fait que les femmes et les enfants y sont privés d'un accès à des interventions et des services vitaux. Dans un tel contexte, un arbitrage entre la médecine moderne et d'autres types de soins (la médecine traditionnelle, l'automédication, etc.) en faveur de ces derniers s'effectuera davantage chez les populations de ces milieux ruraux, comme nos entretiens le révèlent en Côte d'Ivoire. Notons ici le verbatim ci-dessous de TP.2.1 mettant en évidence un accès périlleux aux services de santé modernes en milieu rural :

-TP.2.1 : « Dans mon village, on ne parlait même pas d'hôpital qui était très loin du village...Il fallait payer 1000F CFA... ce qui n'était pas donné à la majorité des villageois...sachant que la femme n'avait pas un grand pouvoir d'achat et que nous vivions surtout de la cueillette ».

Enfin, certaines populations d'Afrique, migrant en milieu urbain, n'ont pas forcément une meilleure espérance de vie que celles demeurant dans des milieux ruraux. Pourtant, on aurait pu s'attendre à ce que l'accès à la modernité, à certains services de santé, puisse conduire à de meilleurs indicateurs sanitaires que ce que l'on observe réellement dans les milieux urbains (Tabutin et Masquelier, 2017). Un tel constat incite à se demander si la faible amélioration des indicateurs sanitaires en milieu urbain, malgré les progrès médicaux, est totalement ou partiellement imputable aux effets pervers de l'urbanisation⁵⁹ ou essentiellement à une faible couverture sanitaire et un faible accès à des soins de qualité.

Encadré n°7 : Méthodes et difficultés de mesure de la mortalité maternelle

Il existe plusieurs méthodes pour mesurer la mortalité maternelle, en fonction des ressources disponibles, et des réalités des localités respectives. On distingue entre autres :

- Les enquêtes dans les ménages ou enquêtes en population.

⁵⁹ En effet, les populations dans les quartiers périurbains en Afrique n'ont pas une espérance de vie très élevée. Pourtant, on aurait pu s'attendre à ce que l'accès à la ville amène de nombreux avantages pour la santé. Ici, ce n'est pas tant la modernisation et l'apport de progrès techniques médicaux qui est en cause dans cette faible espérance de vie, mais plutôt l'urbanisation anarchique, l'environnement de vie pollué et insalubre, le creusement des inégalités. Ce ne sont pas à proprement parler de phénomènes liés à une mauvaise performance du système de santé.

- La notification dans les registres d'état civil, complétée par des enquêtes confidentielles sur les cas de décès ou des enquêtes ponctuelles.
- Les enquêtes utilisant la méthode des sœurs. On distingue la méthode directe des sœurs (C'est une méthode rétrospective plus récente) et la méthode indirecte des sœurs (C'est une méthode rétrospective plus ancienne, possible si le taux de fécondité est supérieur à 4).
- Les études de mortalité pendant la période reproductive (RAMOS) : Elles ont diverses sources.
- L'autopsie verbale.
- Le recensement décennal et l'interview sur une période définie (2 ans).

Connaître le taux de mortalité maternelle dans une population est donc difficile et coûteux.

Il est très souvent difficile d'avoir des informations ou données sur la mortalité maternelle, et ce, dans plusieurs régions du monde. Ce qui compromet l'obtention d'estimations, voire la classification des causes de la mortalité maternelle, qu'elles soient directes ou indirectes, accidentelles ou fortuites. Pour classer avec certitude un décès dans la catégorie des décès maternels, l'on doit disposer d'informations sur sa cause, ainsi que sur l'état d'avancement de la grossesse et le moment de la mort par rapport au terme de la grossesse. Malheureusement, ces informations sont souvent absentes, mal classées et sous-estimées dans les PED, consternés par des taux de mortalité maternelle élevés, et même dans les pays industrialisés ayant des systèmes d'enregistrement des données de l'état civil pleinement fonctionnels. Plusieurs raisons expliquent les difficultés d'obtention de l'information. Premièrement, nombreux sont les accouchements qui se font à domicile, surtout dans les zones rurales et les pays les moins avancés, compliquant ainsi les tentatives d'établir les causes des décès. En second lieu, l'on note parfois l'incomplétude des systèmes d'enregistrement des données de l'état civil. Même quand ils s'avèrent complets, les informations sur la cause du décès peuvent se révéler inadéquates. Enfin, étant donné les progrès de la médecine moderne, il est parfois possible de retarder le décès d'une femme au-delà des 42 jours de la période post-partum. C'est pour toutes ces raisons qu'on a parfois recours à des définitions alternatives de la mortalité maternelle. L'une d'elles prend en compte toute cause de décès pendant la grossesse ou la période post-

partum. Et une autre intègre les décès pour cause directe ou indirecte après la période post-partum et jusqu'à un an après la grossesse.

Source : Organisation mondiale de la santé (2015)

2.2 Analyse des comportements individuels de demande des services et soins de santé

Cette sous-section permettra de pointer des différences dans les comportements thérapeutiques entre populations pauvres et riches, voire au sein d'un même pays (2.2.1) et de mettre en évidence le caractère séquentiel des itinéraires thérapeutiques dans les pays d'Afrique subsaharienne (2.2.2).

2.2.1 Des comportements thérapeutiques différents et entre riches et pauvres en Côte d'Ivoire

Les comportements thérapeutiques d'un individu sont déterminés par sa capacité financière à prendre en charge sa santé, « toutes choses égales par ailleurs »⁶⁰ (Pruhal, 1999 ; Ransom et Yinger, 2002 ; Béninguise, 2003 ; Kochou et Rwenge, 2014). Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouve l'individu déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient (Sghari et Hammami, 2016). Ce constat est davantage vérifié dans les pays d'Afrique subsaharienne, qui sont des exemples phares d'ISS, à l'intérieur d'un même pays. « Ceteris paribus »⁶¹, les femmes indigentes, vivant dans des conditions sociales plus difficiles ou de milieux précaires sont les moins enclines à effectuer les CPN pendant la grossesse et à accoucher dans les formations sanitaires (Béninguise, 2003 ; Koné-Péfoyo et Rivard, 2006 ; Kochou et Rwenge, 2014).

L'étude de Ouendo et al. (2005) cité par Nkoma (2015) au Cameroun montre que les plus indigents recourent davantage à l'auto-traitement ou la médecine traditionnelle (si elles en ont les moyens), les soins de santé modernes leur étant plus difficiles d'accès. En Côte d'Ivoire, terrain d'étude de Kochou et Rwenge (2014), des différences notables sont observées entre les itinéraires thérapeutiques des pauvres et des non pauvres. Les femmes pauvres ont souvent des

⁶⁰ Expression fréquemment utilisée dans les travaux d'économie, malgré ses nombreuses limites (notamment l'impossibilité de sa réalisation dans des conditions réelles).

⁶¹ Expression utilisée par les auteurs tels que Kochou et Rwenge (2014) que nous citons dans ce passage.

comportements à risques, attestant une perception d'accès difficile aux centres de santé, par rapport aux femmes non pauvres et/ou éduquées (Kochou et Rwenge, 2014 en Côte d'Ivoire).

Un extrait de verbatim issu de notre entretien avec une praticienne traditionnelle en Côte d'Ivoire TP.1.1 confirme ces dotations initiales inégales entre femmes pauvres et riches et met en lumière le niveau de pauvreté d'une catégorie de femmes extrêmement limitées financièrement dans l'accès non seulement aux services de santé modernes, mais aussi aux soins traditionnels :

- TP.1.1 : « *Il y a des femmes qui ne peuvent ni aller à l'hôpital ni venir nous voir car elles n'ont pas d'agent. Les médicaments traditionnels sont de plus en plus chers du fait de la destruction des bois pour faire des champs d'hévéa. Il y en a moins. Si on ajoute la paie de ceux qui écrasent les médicaments et le transport, le coût des médicaments est finalement très élevé. Cependant, il y a également le rapport prix/durée de traitement qui joue au détriment de la médecine moderne. Pour un médicament acheté pour le traitement d'une fièvre typhoïde par exemple, même s'il a coûté relativement cher, le traitement peut durer 3 mois, donc le traitement proposé par la médecine traditionnelle est plus économique et guérit les patients malades* ».

Cet extrait de verbatim relate également que le suivi des patients par les praticiens traditionnels peut être plus ou moins long, bien que ce dernier soit difficile à évaluer.

En revanche, les femmes enceintes et accouchées d'un niveau de vie supérieur (bien souvent éduquées, occupées et/ou disposant d'une certaine sécurité sociale ou assurance maladie⁶² et/ou de moyens financiers) semblent recourir systématiquement aux services de santé modernes voire dans le privé pour les plus nanties, afin d'effectuer les premières CPN dès le premier trimestre de la grossesse. Cette situation creuse davantage les inégalités entre femmes riches et pauvres, au détriment des dernières. En réalité, en plus d'être socialement mieux nanties, les femmes socialement favorisées ne dépensent pas beaucoup pour recourir aux services de santé modernes. Elles se retrouvent finalement à payer moins cher du fait de leur assurance maladie, bien que recourant aux établissements sanitaires privés en réalité plus coûteux, comparativement aux femmes qui recourent aux services de santé modernes dans les établissements sanitaires publics. Le verbatim suivant de F.2.1 confirme ce constat :

⁶² Il s'agit souvent d'une assurance maladie liée à leurs emplois ou aux emplois de leurs époux.

-F.2.1 : « Grâce à mon assurance à 80%, je peux effectuer mes CPN au privé et être suivie par un gynécologue plutôt qu'une sage-femme au public. On entend parler de la gratuité ciblée mais je ne pense pas que ce soit réel car même les femmes enceintes de mon entourage qui vont au public paient toujours quelque chose ».

Les établissements sanitaires privés sont finalement la destination favorite des femmes les plus aisées et/ou disposant d'une assurance maladie, du fait du rapport qualité/prix (cf section 2.5.3.3 du chapitre 3 sur l'acceptabilité des services de santé). Pourtant, comme le relate ce pharmacien Phpr.2.1 dans le verbatim ci-dessous, le but de ladite politique de gratuité est de pouvoir améliorer l'accès aux services de santé de qualité, pour les populations ciblées :

- Phpr.2.1⁶³ : « L'Etat a d'abord mis en place la gratuité totale du fait de la crise et par volonté du président, elle est passée à la gratuité ciblée du fait de la vulnérabilité de femmes enceintes et enfants. C'est un système très important dans un pays où l'égalité des chances n'est pas une réalité. Que les moins nantis puissent se faire soigner gratuitement dans un tel système est important. Il y a des maladies et décès qui peuvent être évités ainsi. Il y a aussi la CMU⁶⁴ (1000f de cotisation) qui pourra permettre de résoudre plusieurs problèmes de santé »

En somme, il ressort que les conditions thérapeutiques entre femmes riches et pauvres sont induites par leurs conditions socio-économiques. Il est bien établi que la santé suit un gradient social⁶⁵(Bambra et al., 2009 ; Béguin, 2009). Les populations démunies semblent avoir des itinéraires thérapeutiques longs et fragmentés (Subedi, 1989 ; Slikkerveer, 1982, Haddad, 1994 ; Brunet-Jailly, 1999 ; Tiéhi, 2012 ; N'Koma, 2015). Les populations pauvres dans les pays riches semblent également marquées par des itinéraires thérapeutiques généralement longs et fragmentés. Mais la situation dans les pays pauvres est marquée par des contraintes supplémentaires. Ces pays souffrent de plusieurs maux qui peuvent affecter leurs modes de vie, voire leurs itinéraires thérapeutiques, comparativement aux pays riches. Enfin, les systèmes de santé subsahariens sont souvent peu socialisés et moins administrés avec une place très importante du privé non subventionné (Boidin, 2008).

⁶³ Pharmacien du privé interviewé 2 de l'enquête 1 (E1).

⁶⁴ Couverture Maladie Universelle.

⁶⁵ La santé s'améliore avec l'augmentation de la position socio-économique.

2.2.2 Des suivis prénataux séquentiels en Côte d'Ivoire à la quête perpétuelle d'un mieux-être

La mobilisation de la communauté internationale ces deux dernières décennies visant à améliorer la santé a contribué à des campagnes de sensibilisation et des progrès, bien qu'hétérogènes, dans les systèmes de santé des pays signataires de la charte des Nations Unies pour la réalisation des OMD et maintenant des ODD (Tchente et *al.*, 2015). Ces progrès sont globalement controversés (Hugon, 2016) dans les pays d'Afrique subsaharienne, notamment en ce qui concerne la santé maternelle. Les recours séquentiels⁶⁶, face à un épisode de maladie dans les pays d'Afrique subsaharienne ont largement été documentés. Le suivi prénatal de bon nombre de femmes n'est pas en marge de cette observation des recours séquentiels.

Pendant la grossesse, plusieurs itinéraires thérapeutiques et une perception diversifiée de la grossesse peuvent être observés dans les pays africains (Camara, 2003) sans que l'on puisse retenir une séquence « thérapeutique » comme étant le schéma type. Il existe une catégorie de femmes aux conditions favorables qui, dès la prise de connaissance de leur état, se rendent dans les services de santé modernes afin d'avoir le meilleur suivi possible. A l'intérieur de cette catégorie, nous en avons interviewé une sous-catégorie, qui à un moment donné de leur grossesse, introduisent l'auto-traitement traditionnel ou la médecine traditionnelle. L'on observe une autre catégorie de femmes (parmi celles les moins éduquées et/ou pauvres) retardant leur première CPN pour après le premier trimestre, soit du fait d'une certaine volonté de garder secret leur état, soit par ignorance de l'enjeu du suivi de la grossesse, et qui à un moment ou l'autre, finissent par recourir à l'auto-traitement traditionnel ou la médecine traditionnelle, voire aux CPN.

Toutefois, dans l'enquête 1 (E1), en dépit de la forte présence de la médecine traditionnelle, l'on peut observer dans le comportement des femmes pauvres, une certaine volonté de recourir à des services de santé modernes, afin de préserver davantage leur santé et celle de leur(s) enfant(s).

⁶⁶ En plus du caractère concomitant qui lui est attribué, l'utilisation des services de santé dans les Pays d'Afrique subsaharienne est souvent séquentielle (Subedi, 1989 ; Slikkerveer, 1982). Le caractère séquentiel des itinéraires thérapeutiques se traduit par la fréquente non-utilisation des mêmes ressources de santé aux différentes phases d'un épisode de maladie. De multiples séquences thérapeutiques différentes les unes des autres peuvent être observées durant un épisode de maladie. Il est cependant difficile d'identifier un schéma type de séquence thérapeutique comme celle la plus adoptée ou suivie par les patients durant leurs maladies, tant il existe une diversité de séquences. Pour des individus ayant eu recours aux services de santé modernes en premier lieu, quand ces recours séquentiels prévalent, c'est souvent du fait d'un manque de ressources suffisantes (Nkoma ; 2015) et/ou d'un dispositif de couverture santé (y compris mutuelles) qui rassure et permette de poursuivre le traitement en toute sérénité.

Tous nos entretiens de l'enquête 1 (E1) avec les femmes enceintes et accouchées ont été effectivement menés dans des établissements sanitaires. D'ailleurs, le recours à l'abstention thérapeutique étant minoritaire dans la plupart des études effectuées dans les PED, notamment en Afrique (Haddad, 1992), l'on comprend que ces populations sont dotées d'une certaine quête de bien-être et d'une conscience⁶⁷ sanitaire. Cependant, en dépit de la prise de conscience de leur état de santé par les femmes de ces pays, leur volonté de se faire suivre par un prestataire de services de santé voire un spécialiste ne suffit pas. Il faudrait une meilleure organisation du système de santé, à leur profit.

Ainsi, pour la plupart des études sur la question, il est pertinent d'adopter une approche explicative globale plutôt que d'entreprendre une démarche uniquement offre ou une démarche uniquement demande. Cette approche globale permettra de mieux appréhender l'utilisation des services obstétricaux (Fournier et Haddad, 1995 ; Béninguise, 2003 ; Zoungrana, 1993 ; Kochou et Rwenge, 2014). Pour notre part, au-delà de cette approche globale, une approche systémique devrait permettre de prendre en compte les échanges, interactions et arrangement institutionnels existant entre la santé et les différents secteurs extérieurs à la santé mais exerçant une influence sur celle-ci (Sihto et *al.*, 2006 ; Baum et *al.*, 2014).

Conclusion du chapitre 1

Ce chapitre a relaté comment les modèles qui sont fréquemment utilisés dans bon nombre d'études en sciences économiques afin d'expliquer les comportements d'utilisation des services de santé dans les PED restent insuffisants et inappropriés pour comprendre des comportements, notamment d'utilisation des services de santé. Ces études laissent percevoir des limites qui expliqueraient sans doute la rareté des études en économie standard cherchant à comprendre les comportements d'accès à la santé ou d'accès aux services de santé par les femmes et les mauvais indicateurs de santé maternelle persistants en Côte d'Ivoire. Il constitue ainsi un rappel sur le fait que l'économie est une science sociale et humaine. De ce fait, elle doit avant tout porter son analyse sur la personne humaine, faisant partie d'une société dont le contexte ainsi que les motivations

⁶⁷ La conscience est la représentation mentale claire de l'existence, de la réalité, de telle ou telle chose (cf dictionnaire Larousse). Nous soutenons également que c'est la **capacité de se percevoir**, s'identifier, de penser et de se comporter de manière adaptée. Elle est ce que l'on sent et ce que l'on sait de soi, d'autrui et du monde. En ce sens, elle englobe l'appréhension subjective de nos expériences et la perception objective de la réalité. Par elle, nous est donnée la capacité d'agir sur nous-même et de nous transformer.

peuvent différer d'autres sociétés. C'est ainsi que dans le chapitre 2, nous tenterons de montrer l'intérêt et les fondements d'une approche alternative, pour appréhender de façon plus systémique l'utilisation des services de santé maternelle en Côte d'Ivoire.

CHAPITRE 2 : FONDEMENTS D'UNE APPROCHE ALTERNATIVE POUR APPREHENDER L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE EN COTE D'IVOIRE

Introduction du chapitre 2

Tout en considérant l'utilisation des services de santé comme un proxy de l'accès aux soins de santé, la plupart des études en sciences économiques et dans d'autres disciplines ont ainsi cherché à comprendre la faible utilisation des services de santé qui est pointée du doigt dans les PED. Et ce, à partir de différentes approches (offre, demande, approche globale) qui ont abouti à certaines catégories de facteurs.

Toutefois, ces études sont limitées dans la considération d'une approche systémique dont l'application est indispensable pour mieux comprendre les comportements d'utilisation des services de santé et agir sur les mauvais indicateurs sanitaires. Le chapitre 2, avec un focus sur la situation de la santé maternelle en Côte d'Ivoire, a pour but de le démontrer.

Dans une première section, nous proposons une revue transversale de la littérature de plusieurs disciplines sur les déterminants de la santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Dans une seconde section, nous essayons de mettre en évidence que l'encastrement social et humain de l'économie rend nécessaire une approche plus hétérodoxe et systémique afin d'interroger d'autres facteurs longtemps négligés mais tout aussi importants à considérer dans l'accès à la santé. Notre démarche met en lumière l'urgence de déployer d'autres matériaux, notamment qualitatifs et prenant en compte les institutions, afin de proposer une analyse plus complète des comportements. Cette approche ne remet pas en cause l'intérêt des travaux quantitatifs qui restent toutefois limités par des outils techniques fournis par l'économétrie. Elle **souligne plutôt l'importance d'entreprendre, en plus des analyses quantitatives, des analyses qualitatives complémentaires, afin de mieux appréhender les résultats de santé que nous jugeons moins pertinents ainsi que les comportements d'utilisation des services de santé en général et maternels en particulier dans les PED, notamment en Côte d'Ivoire.**

Section 1 : Revue critique des déterminants de l'utilisation des services de santé et de la santé maternelle en Côte d'Ivoire

Une meilleure santé des populations est liée à un accès adéquat aux services de santé (Koné-Péfoyo et Rivard, 2006). La mortalité maternelle étant issue de causes médicales qui peuvent être prévenues dans la plupart des cas, il convient de rechercher les facteurs de la faible utilisation des services de santé ou de l'utilisation inadéquate des services de soins prénatals ou maternels (Kochou et Rwenge, 2014) par les femmes en Côte d'Ivoire. Les trois approches utilisées dans les études pour comprendre les comportements d'utilisation des services de santé, à savoir les approches offre, demande et globale, précédemment abordées dans la section 1 du chapitre 1, ont conduit à 3 catégories de facteurs identifiés dans les PED (**cf encadré n°8**). Cette section vise à faire une revue des trois catégories de facteurs de l'utilisation des services de santé maternelle en Côte d'Ivoire (1.1) et à montrer la nécessité d'une approche multidimensionnelle et multisectorielle de la santé maternelle en Côte d'Ivoire (1.2).

Encadré n°8 : Quelques catégories de facteurs de l'utilisation des services modernes de santé maternelle dans les PED

Dans les pays à faibles ressources, les *barrières financières*, surtout en l'absence d'autres systèmes alternatifs de financement, constituent le plus grand frein à l'accès aux services d'accouchement et soins obstétricaux (Witte, 2008). En plus *d'un niveau d'éducation et d'instruction élevé, un jeune âge ou le manque d'expérience* favorisent l'utilisation des services de santé modernes dans ces pays. Des études sur la mortalité maternelle pointent du doigt comme facteurs à risque liés à la sous-utilisation des services de santé maternelle : *l'analphabétisme, le manque d'informations ou la désinformation sur les CPN, mais aussi l'âge à travers les deux parités extrêmes* (primipare très jeune ou multipare très expérimentée en termes de nombre de grossesses et d'accouchements) (Médecine d'Afrique Noire, 1998 ; Tollegbe A., 2004). L'étude de Bouvier-Colle (2003) sur la mortalité maternelle dans les PED a également souligné le fait que les risques de mortalité maternelle sont multipliés par 3 en *cas de grossesse multiple*, par 5 en *cas d'antécédent de mort fœtale* et par 7 en *cas d'éloignement de l'hôpital régional*, à l'issue d'une étude prospective menée en Guinée. De plus, *les caractéristiques du ménage dans lequel la femme vit* comptent également (Tollegbe A., 2004) ainsi que *son pouvoir de décision* à travers son niveau d'instruction. De même, les *facteurs*

environnementaux ou contextuels (facteurs facilitant, facteurs favorables, besoin de soins de santé) des individus et ménages dont l'effet peut être capté par une analyse multi-niveaux des déterminants de l'utilisation des services de santé (Andersen⁶⁸, 1995) ont été mis en évidence. Des *facteurs prédisposant* (Aday et Andersen, 1974) et bien d'autres facteurs tels que *le temps* (Dutton, 1986) et *le besoin des soins de santé* (Aday et Andersen, 1974) ont été également soulignés.

1.1 Trois approches différentes pour trois catégories de facteurs en Côte d'Ivoire

La plupart des études qui ont porté sur la santé maternelle en Côte d'Ivoire ont généralement adopté soit l'approche offre (Brouh et *al.*, 2008 ; Luc de Bernis, 2018), soit l'approche demande (Azoh, 1996 ; Samba et *al.*, 2020 ; Koné-Péfoyo et Rivard, 2006) et généralement l'approche globale⁶⁹ (Viho et *al.*, 2004 ; Touré et *al.*, 2005 ; Kochou et Rwenge, 2014 ; Bénie Bi Vroh et *al.*, 2009 ; Tiembré et *al.*, 2010 ; Dagnan et *al.*, 2013 ; Geleto et *al.*, 2018). Les problèmes d'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire ainsi que la morbidité et la mortalité maternelle qui en découle trouvent effectivement des explications à la fois du côté de l'offre et de la demande. Ces études émanent généralement d'autres disciplines⁷⁰ que les sciences économiques. La rareté des études en sciences économiques sur cette question relève-t-elle de la complexité du secteur de la santé et des insuffisances de la théorie standard à appréhender ce secteur ?

Pour rappel, les facteurs quand ils sont annoncés pour la première fois sont mis en gras et en italique. Quand ils sont développés par la suite, ils sont seulement en italique.

1.1.1 Les facteurs mis en cause du côté de la demande en Côte d'Ivoire

En ce qui concerne la demande, les études (Azoh, 1996 ; Samba et *al.*, 2020 ; Koné-Péfoyo et Rivard, 2006) révèlent l'existence de *facteurs socioculturels, démographiques et économiques* agissant fortement sur l'accès aux soins de santé maternelle (Koné-Péfoyo et Rivard, 2006) et la santé maternelle de façon générale. Les *causes* les plus importantes des mauvais indicateurs de

⁶⁸ Andersen et Aday (1974) ont mis l'accent sur les facteurs prédisposant et les facteurs favorables (facilitant).

⁶⁹ Parmi les trois approches : celle de l'offre, celle de la demande et celle globale abordées plus haut.

⁷⁰ Sociologie, Anthropologie, Médecine et majoritairement Santé publique.

santé maternelle en Côte d'Ivoire semblent être *monétaires* (Koné-Péfoyo et Rivard, 2006 ; Samba et al., 2020). D'après Koné-Péfoyo et Rivard (2006), les femmes économiquement défavorisées en Côte d'Ivoire sont moins enclines à effectuer leurs CPN pendant la grossesse et à accoucher dans les formations sanitaires, toutes choses égales par ailleurs. La *hausse des coûts de soins maternels et des accouchements* a été également mise en cause dans bon nombre d'études et confirmée par Bénie Bi Vroh et al. (2009).

Cette approche monétaire de l'explication des comportements de soins est d'ailleurs celle qui prévaut le plus dans la quasi-totalité des études en sciences économiques sur la question. *L'irrégularité des traitements pendant la grossesse voire en cas de complications* (Brouh et al., 2008) s'explique en grande partie par *le manque de moyens ou une difficile accessibilité financière*. Ceci conduisait Dagnan et al. (2008) cité par Dagnan et al. (2013) à inviter les autorités sanitaires en Côte d'Ivoire à réviser leur paquet minimum d'activité (PMA) en y incluant l'échographie qui jusque-là était payante et qui, d'après nos entretiens de l'enquête 1 (E1), ne fait toujours pas partie, tout comme le bilan prénatal, des services ciblés par la gratuité ciblée (**cf** le dernier paragraphe de cette section, la section 2.5.3 du chapitre 3 ainsi que les sections 1.2.4.1 ; 2.4 et **encadré n°27 du chapitre 7**) tandis qu'officiellement, elle le devrait. Les résultats de Samba et al. (2020) portant sur l'utilisation des services de santé maternelle à l'Ouest de la Côte d'Ivoire montrent que lorsque les femmes doivent *dépenser elles-mêmes* pour les services de santé, alors elles accèdent moins aux services de CPN et d'accouchement assisté et elles utilisent moins les services de planning familial.

Le fait d'être marié pour celles qui le sont et *le statut social de la femme par rapport à l'homme* (Azoh, 1996) sont également des facteurs influençant positivement l'utilisation des services de santé maternelle. Samba et al. (2020) révèle que *les femmes mariées recourent trois fois plus aux CPN par rapport à celles qui ne le sont pas*. *L'absence d'un conjoint ou l'incapacité de celui-ci à faire face aux dépenses de santé* limitent l'accès des femmes aux centres de santé (Bénie Bi Vroh et al., 2009). Ces derniers ont trouvé dans leur étude que l'activité de leurs enquêtées exerçant généralement de petits métiers (ménagères et petit commerce) n'a en aucun cas influencé leur lieu d'accouchement.

En d'autres termes, dans ces ménages pauvres de leur étude, *l'activité exercée par les hommes et leurs revenus* conditionnent l'accès aux soins de santé des ménages dont ils ont la

responsabilité. Par ailleurs, l'importance des CPN n'est pas toujours perçue par la majorité des gestantes d'un *faible niveau d'instruction* qui ne connaissent pas les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, et qui en réalisent ainsi peu (Bénie Bi Vroh et *al.*, 2009). De plus, leur étude souligne que *le fait que la grossesse soit désirée* multiplie par trois l'utilisation des CPN. Enfin, d'après Koné-Péfoyo et Rivard (2006), la faible utilisation des services de santé maternelle dans *un contexte de pauvreté* est positivement influencée par une *faible taille du ménage en termes d'adultes, le fait d'être primipare, la grande attache aux pratiques traditionnelles, le fait d'être sénégalais ou étranger*. Ces résultats sont confortés en 2020 par Samba et *al.* (2020) invitant à améliorer les *considérations émotionnelles et culturelles* liées à la grossesse en Côte d'Ivoire.

Les résultats de la plupart des études en Côte d'Ivoire pointent les causes monétaires comme facteurs essentiels de mauvaise santé des femmes et de leur faible utilisation des services de santé modernes. Ces études renseignent et orientent les politiques et programmes de santé à mettre en place. Ainsi, à la suite de la crise postélectorale en 2011 ayant davantage appauvri et déstabilisé le pays, la Côte d'Ivoire a mis en place une politique de gratuité généralisée, afin de répondre à l'urgence sanitaire créée et pour renforcer le système sanitaire.

Face à la faible soutenabilité d'une telle politique et les mauvais indicateurs maternels persistants, elle est désormais ciblée, à partir de 2012, aux femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans. Toutefois, ces efforts n'ont pas permis à la Côte d'Ivoire d'atteindre les OMD 4 et 5. Parce qu'ils se sont surtout concentrés sur la demande, sans une attention particulière à la qualité des soins et à la réaction du système de santé à la gratuité, il en résulte plusieurs difficultés. Nos entretiens en révèlent des dysfonctionnements qui méritent d'interroger une approche plutôt systémique d'une telle politique (cf verbatim du PGP⁷¹ de la section 2.4.3.1 du chapitre 3, pour éviter des doublons).

1.1.2 Les facteurs mis en cause du côté de l'offre en Côte d'Ivoire

Au niveau de l'offre, certains facteurs sont effectivement mis en cause dans l'explication de la faible utilisation des services de santé maternelle modernes en Côte d'Ivoire (Brouh et *al.*, 2008 ; Luc de Bernis, 2018). Les *délais d'admission longs dans les hôpitaux de référence* (CHU par exemple) et le *mauvais pronostic engendrant des soins inappropriés* sont évoqués. D'après

⁷¹ PGP : pharmacien d'hôpital public enquêté pendant l'enquête 1.

Brouh et *al.* (2008) dans une étude portant sur les CHU de Yopougon et Cocody, à Abidjan, entre 2001 et 2006, *ces délais sont supérieurs à 12h*. Une étude de Touré et *al.* (2005) au CHU de Cocody et à la formation sanitaire d'Abobo-Sud sur les dysfonctionnements dans le traitement et la qualité des soins maternels à Abidjan avait relevé, entre autres difficultés, les *délais très longs dans la prise en charge des patientes variant de 1h 20mn à 5 jours* augmentés d'un *manque de suivi et de surveillance des patientes*. Ces difficultés, existantes dans des établissements publics de soins sanitaires (EPS) en Côte d'Ivoire, sont également mentionnées lors de nos entretiens par plusieurs femmes enquêtées y compris par celles recourant aux petits établissements sanitaires privés telles que F.10.1 et F.8.1 à travers le verbatim ci-dessous.

- F.10.1 : « *Vivant à M'pouto (petit village ébrié non loin de Bingerville) quand on se rend au public à 8 h (je suis allée dans mes débuts 2 fois) le personnel t'informe qu'ils ont atteint leur quota de la journée (10 par exemple) et qu'ils ne peuvent plus te prendre. Et même quand tu t'y rends à 6 h et que tu fais partie du quota, tu peux quitter jusque vers 13 h. Or dans le petit centre privé, c'est un peu plus coûteux, mais on s'occupe bien des gens* ».

- F.8.1 : « *L'hôpital général de Bingerville est plus proche de chez moi mais pour une mauvaise expérience, je préfère l'éviter, on ne s'occupe pas bien des gens. J'ai une mauvaise expérience pour accouchement c'est pourquoi je suis venue dans la maternité de Gbagba* ».

Les *longs délais d'attente dans l'admission* et la *prise en charge* freinent les femmes à recourir aux services obstétriques de ces grands hôpitaux, du fait de mauvaises expériences vécues par elles-mêmes ou d'autres personnes dans leurs entourages respectifs, par peur de subir des traitements similaires et des fins malheureuses et évitables. Nos entretiens révèlent que lorsque des complications au cours de la grossesse sont diagnostiquées, les femmes préfèrent s'orienter vers des établissements sanitaires privés (pour celles qui en ont les moyens) ou vers la médecine traditionnelle (pour d'autres) plutôt que de se référer à des établissements publics de soins sanitaires (EPS) spécialisés. Ces mauvaises conditions de prise en charge au public sont dénoncées par plusieurs acteurs enquêtés telles que F.22.1, F.25.1 et F.30.1 à travers les propos ci-dessous :

- F.22.1 « *J'ai préféré faire mon suivi et accouchement au privé car l'accueil au public n'est pas top et le plateau technique n'est pas bien fourni donc en cas d'urgence, même dans les CHU, ils n'ont pas toujours de quoi faire face à l'urgence* ».

- F.25.1 : « *Au public, c'est fatiguant et on y perd le temps. Donc s'il y'a une assurance maladie, mieux vaut se faire suivre au privé car meilleure prise en charge* »

- F.30.1 : « *Au public aussi souvent lorsqu'il y a des complications au dernier moment, on entend qu'il n'y a pas de place, même dans les CHU qui sont les mieux équipés du public et qu'il faudrait aller au privé. Or comme j'ai une assurance, je préfère déjà commencer mes soins au privé* »

Pourtant, le public est la destination la plus facilement accessible aux populations pauvres souhaitant recourir à des services de santé modernes. Le manque de confiance de certaines personnes envers les agents de santé est une réalité dans les pays d'Afrique subsaharienne (Ilboudo et al, 2016). Nos entretiens révèlent également **une mauvaise réputation des CHU** partagée par ces femmes. Le verbatim de cette accouchée F.10.1 ayant fait face à des complications illustre bien ce qui précède :

- F.10.1 : « *En fait à 8 mois, on m'a confirmé que l'enfant avait enroulé son cou avec le cordon ombilical...On m'a alors dit à la clinique de M'pouto où je faisais mes CPN que je devais accoucher soit au CHU de Cocody ou à l'hôpital général de Bingerville par césarienne et comme je n'aime pas le CHU donc j'ai préféré venir accoucher à l'hôpital général de Bingerville. Tout s'y est bien déroulé et j'ai même accouché par voie basse avec l'aide des sages-femmes tandis que c'est une césarienne qui m'avait été annoncée* ».

Les femmes font donc leurs choix selon *leurs moyens, la proximité/distance de l'établissement sanitaire, l'accueil et le traitement du personnel soignant*. Quand elles sont interrogées sur leur appréciation du lieu des CPN et d'accouchement, la plupart des femmes (17/21) accouchées enquêtées dans des EPS dévoilent les conditions les y ayant contraintes. C'est le cas de F.9.1 et F.20.1 via les verbatims suivants :

- F.9.1 : « *Non, si j'avais les moyens, j'irais en clinique au mieux à l'hôpital mère enfant car malgré la cherté ils savent accueillir (blague)* »

- F.20.1 : « *Non, mais du fait que ma sœur habite la localité, cela me facilite une bonne assistance familiale pendant mon séjour* »

Le système de santé, en Côte d'Ivoire, tel que dans bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne souffre en général d'une **désorganisation**, d'un **manque de coordination institutionnelle**, d'une certaine **précarité en termes de disponibilité de ressources sanitaires** et

parfois d'une *inadéquation entre les besoins des populations et les services disponibles localement*.

Le manque de compétence des ressources humaines de/en santé et de qualité des soins maternels en Côte d'Ivoire décrit dans nos entretiens ainsi que dans bon nombre d'études joue significativement et négativement sur la santé maternelle contribuant à engendrer les mauvais indicateurs de santé maternelle constatés. Améliorer la santé maternelle en Côte d'Ivoire passe également par une amélioration de l'offre sanitaire, notamment la formation de professionnels de santé compétents en la matière et suffisants et une amélioration du plateau technique. Luc de Bernis (2018) décrit les efforts déployés par la Côte d'Ivoire, à l'image du Mali et du Tchad, dans la mise en place de mécanismes d'accréditation des écoles de sages-femmes. Ces efforts semblent apparemment insuffisants.

1.1.3 L'intérêt de l'approche globale et sa liaison au modèle des trois retards

L'approche globale de l'explication des comportements des soins s'avère être une approche plus pertinente, comme **point de départ de notre analyse** (argumenté dans la sous-section 1.1.3 du Chapitre 1). Elle est caractérisée par les études l'ayant adoptée comme un modèle complet (Kochou et Rwenge (2014) Viho et al., (2004) ; Touré et al. (2005) ; Bénie Bi Vroh et al. (2009) ; Tiembré et al. (2010) ; Dagnan et al., (2013) ; Geleto et al. (2018)). Ces études débouchent, entre autres, sur des facteurs offre et des facteurs demande.

Du côté de l'offre, *l'insuffisance et l'inadaptation des ressources sanitaires* sont indexées en plus d'un *mauvais accueil* (Tiembré et al. 2010) et d'une *mauvaise prise en charge* entraînant deux fois plus de risques d'accoucher à domicile Bénie Bi Vroh et al. (2009). En effet, l'étude de Bénie Bi Vroh et al. (2009) dans deux quartiers précaires d'Abidjan révèle *qu'un tiers des femmes ayant jugé la prise en charge et l'accueil mauvais a accouché à domicile*. Ils trouvent également que *celles qui accouchent le plus à domicile sont de grandes multipares*. Les principales raisons évoquées par ces dernières motivant leurs accouchements à domicile étaient *l'utilisation abusive de certaines pratiques médicales* telles que *l'épisiotomie, l'absence d'assistance psychologique augmentant le stress lié à l'accouchement, la prescription intempestive de césariennes* témoignant d'une incompétence des sages-femmes à effectuer un accouchement par voie basse (Bénie Bi Vroh et al., 2009). Ces observations sont confirmées par Tiembré et al. (2010) d'après

qui *la communication interpersonnelle est insuffisante* et les prestataires de services de santé en charge des femmes enceintes et accouchées sont peu accueillantes.

En Côte d'Ivoire, *les services publics de santé maternelle sont inadaptés et insuffisamment équipés* pour assurer un suivi prénatal et postnatal adéquat de qualité et des conditions d'accouchement sans risque important (Tiembré et al., 2010 ; Viho et al., 2004 ; Touré et al., 2005). *La qualité de l'accueil, le niveau de compétence perçu et la prise en charge par le personnel soignant* dans les services de santé maternelle comptent donc pour les femmes y compris celles pauvres et agit sur leur perception des services de santé. Tout ce qui précède est conforté par nos entretiens réalisés lors de l'enquête 1 (E1), lorsque les femmes ont été interrogées sur leur satisfaction des services de santé, voire par nos entretiens de l'enquête 2 (E2) avec des acteurs institutionnels. C'est le cas de F.14.1 qui relate comme suit :

-F.14.1 : « *Les soins et services sont non satisfaisants, un accueil médiocre par les sages-femmes qui crient, ne savent pas parler, et de longs délais d'attente* ».

La ***difficile accessibilité aux structures de santé*** freine bon nombre de femmes à recourir aux soins prénatals et postnatals (Bénie Bi Vroh et al. 2009). La ***distance, l'absence et le coût des moyens de transport, l'absence d'infrastructures routières voire les risques à prendre pour le trajet*** sont entre autres cités dans nos entretiens par les acteurs enquêtés tels que F.15.1, F.12.1 comme suit :

-F.15.1 « *J'ai réalisé mes CPN dans une petite clinique nouvellement construite dans notre village. Ma mère n'aurait préféré que les consultations du public. Cependant, du fait de l'isolement de notre village, pour aller au centre de santé public le plus proche, il faut traverser l'eau en pinasse pour Koumassi une autre commune située à l'autre rive. Pendant ses grossesses, ma mère se rendait à Koumassi en pinasse pour ses consultations au public le plus proche. Pour l'accouchement, nous sommes allés dans un centre de santé public en taxi à la riviera², qui est en réalité loin de chez nous (M'babon riviera⁵)* ».

-F.12.1 : « *Non je n'ai jamais voulu accoucher à la maison mais je perdais les eaux depuis 23h et durant toute la nuit, et vu qu'il n'y avait pas facilement de transport pour se rendre à l'hôpital où je pourrais accoucher car très éloigné. En général c'est jusque vers 6h que le trafic reprend. J'ai eu des contractions de plus en plus fortes et jusqu'à 5h il n'y avait plus le choix* ».

Kochou et Rwenge (2014) ont d'ailleurs adopté l'approche globale pour expliquer la non-utilisation des services de santé prénatals en Côte d'Ivoire. Ces derniers investiguent davantage *les facteurs sociaux* en Côte d'Ivoire expliquant la faible demande ou utilisation des services de santé prénatals. Ayant utilisé des modèles de régression logistique multinomiale à partir de données sur la Côte d'Ivoire (EDS-MICS, 2011-2012 ; MICS, 2016), les facteurs sociaux les plus importants retenus d'après leur étude sont l'*ethnicité*, le *degré de la modernité*⁷², la *perception de la distance* et le *niveau de vie des ménages*. Ces facteurs expliquent 60% de leur variable dépendante. D'après cette étude, les femmes issues de certains groupes ethniques (Mandé, Gour/voltaïque et étrangères) seraient plus enclines à des facteurs à risques (perception d'un difficile accès aux centres de santé et niveau de vie pauvre des ménages d'appartenance). L'étude de Kochou et Rwenge (2014) est intéressante dans la mesure où malgré l'utilisation de modèles de régression logistiques, elle porte un intérêt sur la perception qu'ont les femmes. Même si cette perception n'est que celle d'un difficile accès. Nous soutenons qu'il faudrait au mieux s'intéresser à la perception de leur santé voire du système de santé dans son ensemble par ces femmes en Côte d'Ivoire.

Par ailleurs, nous souhaitons aborder le lien entre l'approche globale et le modèle des trois retards. Les barrières à l'utilisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en Côte d'Ivoire sont parallèlement liées aux *trois retards subis par les femmes dans le processus d'accès aux soins de santé*. La mortalité maternelle est souvent expliquée en se basant sur le modèle des trois retards identifiés dans plusieurs études telles que celle du réseau de prévention de la mortalité maternelle réalisée sur trois pays anglophones (CEFOREP⁷³, 2001)⁷⁴. Ces retards sont respectivement *le retard pour décider de recourir aux soins d'urgence*, *le retard pour arriver à un établissement sanitaire*, *le retard pour effectivement recevoir les soins de qualité* une fois dans l'établissement sanitaire. Chacun de ces trois retards correspond à un niveau de responsabilité. Selon CEFOREP (2001), le premier cas de retard est du ressort de la *famille et de la communauté*. Le second cas renvoie au *mauvais fonctionnement du système de référence*. Le

⁷² Cette expression est reprise de l'étude Kochou et Rwenge (2014). On peut la comprendre comme le fait d'être dans un contexte très traditionnel ou pas (habiter dans des zones reculées, villageoises, etc.) ou encore l'ancrage plus ou moins plus ou moins fort dans les pratiques traditionnelles, la vie en milieu rural.

⁷³ Centre Régional de Formation, de Recherche et de Plaidoyer en Santé de la Reproduction.

⁷⁴ Nous avons présenté le modèle des trois retards dans une étude précédente à celle-ci (Mémoire 1 Master économie de la santé et développement international) et qui a porté sur l'analyse de la mortalité maternelle dans le monde.

dernier retard interpelle directement la *disponibilité et l'organisation des structures sanitaires* (CEFOREP, 2001).

D'après Geleto et *al.* (2018), les barrières dans l'accès aux soins de santé connues dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne se résument en ces trois catégories de retards vécus par ces femmes et conduisant souvent à la mortalité maternelle voire néonatale.

Les barrières principales relatives au **premier retard** sont le *jeune âge, l'analphabétisme, la pauvreté monétaire, le chômage, le faible niveau de l'affirmation de soi chez les femmes, la mauvaise connaissance des signes de danger obstétrique, les croyances culturelles et la faible utilisation des services modernes de santé maternelle* (Geleto et *al.*, 2018) également occasionnée en partie par les facteurs précédents mis en cause.

Les barrières engendrant le **second retard** sont *l'éloignement des centres de santé, les routes mal conçues, le manque de véhicules, le coût du transport.*

Les barrières relatives au **troisième retard** relèvent surtout du côté de la prestation des services ou de la précarité de l'offre de services. Il s'agit entre autres du *manque de services et de fournitures des soins obstétricaux d'urgence, de la mauvaise gestion des soins obstétricaux d'urgence, de la pénurie du personnel qualifié, des mauvaises pratiques d'orientation, de la mauvaise coordination entre les membres du personnel, des longs délais d'attente et des coûts des services* (Geleto et *al.*, 2018).

Les études effectuées en Côte d'Ivoire par plusieurs disciplines ainsi que leurs résultats très variés permettent de mettre en relief une plus large gamme de facteurs. Toutefois, ces études y compris celles appliquant l'approche globale, souffrent généralement d'une faible approche systémique et institutionnelle limitant également la liste des facteurs mis en cause.

1.2 Nécessité d'une approche multisectorielle et multidimensionnelle de la santé maternelle en Côte d'Ivoire

Dans cette sous-section, nous essaierons de montrer que la santé est multi déterminée (Boidin, 2008) par une diversité de facteurs et constitue donc un domaine complexe, nécessitant d'interroger des facteurs autres que ceux liés directement au système de santé (1.2.1), que la

grossesse et l'accouchement sont perçus différemment dans plusieurs cultures africaines avec un accès à l'information (sanitaire et/ou relative aux besoins par contexte) encore limité pour les principaux bénéficiaires et gouvernants (1.2.2) et qu'une économie politique de la santé maternelle est indispensable pour véritablement engager une approche systémique (1.2.3).

1.2.1 La santé : un domaine à considérer dans un système complexe

La santé n'est pas seulement déterminée par les facteurs directs du système de santé. **Il existe des déterminants plus larges de la santé également appelés DSS** (O'Laughlin,⁷⁵ 2015, 2016 ; Marmot, 2005 ; Sihto et *al.*, 2006 ; Lönnroth et *al.*, 2009 ; Whitehead et Dahgren, 1991 ; Eckersley, 2015) incluant ces facteurs directs de la santé d'une part. D'autre part, certaines catégories des DSS influencent les facteurs directs de la santé et finissent par agir sur la santé des individus ainsi que sur leur utilisation des services de santé.

Dans cette thèse, nous sommes particulièrement intéressés par la question des DSS que nous développons davantage et appliquons au contexte de la Côte d'Ivoire, dans le chapitre 4. Cette analyse vise à pointer du doigt plusieurs secteurs autres que celui de la santé, qui lui sont certes extérieurs, mais qui l'influencent. Lorsque l'on considère les trois retards subis par les femmes dans le processus d'accès aux soins de santé, l'on se rendra compte que les facteurs relatifs à chaque type de retard sont sans aucun doute les résultats d'arrangements institutionnels en place dans le contexte considéré et de l'environnement structurel. Si bien que ces différents retards ainsi que les facteurs y afférents n'auront pas le même poids, selon des réalités du contexte considéré.

Par exemple, le problème des routes mal conçues ou l'absence des routes, faisant partie des facteurs provoquant le second type de retard, à savoir celui pour arriver à un établissement sanitaire (Geleto et *al.*, 2018), relève également du secteur du transport et/ou des infrastructures et bien d'autres secteurs sans doute. Escompter une réduction du retard causé par l'absence et la mauvaise conception des routes ne peut donc se faire en se focalisant uniquement sur le système de santé direct. Comme le relatent ces verbatims ci-dessous d'un technicien du Programme national de la

⁷⁵ O'Laughlin développe des travaux sur l'économie politique appliquée aux Déterminants Sociaux de la Santé du VIH et l'urgence de traiter les causes structurelles de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique du Sud plutôt que de traiter les conséquences des problèmes. Cela n'est possible que si l'accent est mis sur l'approche de l'économie politique prenant en compte l'ensemble à la fois biologique et social et offrant une meilleure base pour la compréhension du VIH/SIDA (O'Laughlin, 2015).

santé mère-enfant (PNSME) du ministère de la santé MS.1.7⁷⁶ et d'un PTF.1.1⁷⁷ en charge de promouvoir la santé de la reproduction, enquêtés lors de l'enquête 1 (E1) :

- PTF.1.1 : « *Selon les statistiques en Côte d'Ivoire, il y a plus de 70% d'accouchements assistés par un personnel de santé. Cependant, la déperdition entre la CPN1 et la CPN4 est importante. Les femmes viennent prendre le carnet à la CPN1 et ne viennent, très souvent que pour l'accouchement. Cela peut s'expliquer. L'on note par exemple une couverture d'au moins 80% à 5 km des centres de santé. C'est quand même de bonnes distances à parcourir cumulées avec un manque ou difficile accès aux moyens de transport et très souvent un difficile accès financier. C'est sûr, il y a plusieurs épines sur le chemin des demandeuses de soins, en Côte d'Ivoire* ».

-MS.1 : « *...Un autre problème est qu'en Côte d'Ivoire, les acteurs sanitaires ne vont malheureusement pas à l'information pour chercher à savoir quels sont par exemple les besoins et problèmes sanitaires réels dans une telle localité, tel village, telle communauté, en vue de leur proposer les solutions les plus adéquates possibles et c'est l'une des tares du système d'information. L'information disponible ne vient pas aux gens et ils ont également peu de moyens de l'avoir* ».

Aussi le premier type de retard, à savoir celui relatif à la prise de décision de recourir aux soins d'urgence (Geleto et *al.*, 2018) ne serait pas uniquement du ressort de la famille et de la communauté d'appartenance de la patiente⁷⁸. D'une façon générale, si le revenu de l'individu et son niveau d'éducation sont des facteurs plus ou moins directs agissant sur sa santé ou son utilisation des services de santé, autant l'organisation du système scolaire que la redistribution faite des richesses nationales et leurs effets sur l'individu ou encore le milieu de vie sont également des éléments à considérer dans nos analyses.

Le niveau d'éducation d'un individu dépend des politiques nationales mises en place dans le secteur de l'éducation et bien d'autres secteurs. Ce principe semble être le même pour le niveau de santé d'une population ainsi que pour d'autres domaines. Ce qui précède n'est ni du ressort de

⁷⁶ MS.1 signifie ici « acteur du Ministère de la santé » enquêté pendant l'enquête 1.

⁷⁷ Partenaire de développement enquêté pendant l'enquête 1 (E1).

⁷⁸ Une femme enceinte, une parturiente, une femme accouchée, une nourrice jusque 40 jours après l'accouchement sont considérées comme des patientes dans notre thèse.

l'individu, ni de celui des prestataires de services de santé, encore moins du système de santé pris uniquement, mais peut influencer le niveau de santé d'une population. L'individu peut tout simplement subir des inégalités de revenu à l'échelle nationale, des choix politiques des pouvoirs ou décideurs publics, des arrangements institutionnels⁷⁹, des politiques mises en place dans chaque secteur social.

1.2.2 Au carrefour d'une perception atypique de la grossesse, d'un faible accès à l'information sanitaire peu contextualisée dans les pays d'Afrique subsaharienne

Il semble en réalité difficile d'appréhender la complexité des comportements de santé dans les pays pauvres, notamment d'Afrique subsaharienne, à partir des travaux conduits à cet effet prenant peu en compte la santé perçue (Boidin, 2008). Une épreuve à laquelle est soumise la santé maternelle et la santé, de façon générale, concerne la santé subjective. En effet, la santé possède une double nature dont la prise en compte concomitante constitue un défi pour ce secteur : non seulement la santé représente un phénomène objectif mesuré par une batterie d'indicateurs⁸⁰, mais aussi elle représente une perception personnelle et subjective parfois éloignée des mesures objectivées (Boidin, 2008).

Parmi les dimensions de cette subjectivité, figure la perception culturelle de la maternité qui est souvent considérée comme une fonction naturelle de la femme, dans diverses traditions africaines. Dans la plupart des cultures africaines, la grossesse n'est pas considérée comme un problème de santé (Béninguise, 2003 ; Bouchon, 2012) nécessitant impérativement un suivi médical régulier chez un médecin. La grossesse et l'accouchement y sont vus comme des états naturels de la femme, voire des actes de bravoure. Pourtant ce sont des états pouvant déboucher sur des problèmes de santé qui peuvent être prévenus, évités ou résolus.

Dans leurs décisions de recours aux soins de santé, les femmes enceintes tiennent compte de plusieurs autres motivations qui relèvent de l'éthique (s'occuper de leurs enfants et privilégier leur bien-être), de leurs valeurs culturelles et historiques. Par exemple, dans plusieurs traditions africaines, la femme enceinte doit préserver sa grossesse de plusieurs « dangers » dont le mauvais

⁷⁹ Arrangements institutionnels parfois en tension avec les institutions informelles de type valeurs morales, normes et coutumes (North, 1990).

⁸⁰ Espérance de vie, taux de mortalité, ressources de santé.

œil des autres membres de la société au risque de se créer des problèmes de santé ou de mettre à mal l'évolution de la grossesse (cas d'une fausse couche). Ainsi, plusieurs femmes enquêtées attestent que la grossesse doit rester un secret gardé par la femme le plus longtemps possible, comme le relate ce verbatim suivant de F.17.1 :

-F.17.1 : « A l'hôpital général. Il est plus proche de mon lieu d'habitation que le lieu où j'allais pour les CPN, mais je ne voulais pas m'y rendre car je voulais cacher ma grossesse à mon oncle et son épouse qui font partie du personnel de santé de l'Hôpital Général de Bingerville ».

Ces motivations sont donc intégrées dans leur décision de recours aux soins de santé. En effet, dans le cas de l'exemple précédent, certaines femmes éviteront de se rendre régulièrement dans un établissement sanitaire pour éviter d'attirer l'attention, jusqu'à ce que l'évolution de la grossesse « passe la menace d'une fausse couche ». C'est dire que selon ces facteurs culturels, l'importance d'un suivi médical moderne particulier n'apparaît pas toujours comme vitale pendant et/ou même après la grossesse, a fortiori si l'on se trouve dans un contexte de pauvreté et que ce suivi pré et post-natal nécessite des frais voire des dépenses catastrophiques.

De plus, les femmes encore accrochées aux valeurs culturelles ne refusent pas dans certains cas, de se faire suivre dans un établissement sanitaire. Elles n'ont souvent pas accès à l'information. De même, les gouvernants n'iraient pas également à l'information contextualisée sur les réels besoins des populations afin de proposer des mesures adaptées. Cette analyse ressort de nos entretiens avec divers acteurs institutionnels enquêtés tels qu'un technicien du ministère de la santé MS.1 et d'un technicien d'une direction du ministère de la femme de la famille et de l'enfant (MFFE) par le biais des verbatims ci-dessous :

- MS.1 : « Les habitudes culturelles persistent, le niveau de l'éducation est faible. Ce n'est pas un refus de la médecine moderne, il faut juste régler le problème précité et l'accès à l'information sanitaire car nul ne veut mourir.

-MFFE : « ... les conditions de vie des uns et des autres, le manque d'information sur leurs droits et bien d'autres choses importantes pour leur santé, un accès difficile à l'information (pauvreté) »

L'insuffisante prise en compte de la santé perçue (Boidin, 2008) a conduit les politiques de décentralisation initiées dans les pays pauvres depuis la fin des années 1970 à demeurer focalisées sur le volet offre de la santé (Boidin, 2008). Ces politiques négligent la complexité des comportements, car elles réduisent les patients à une considération d'abord monétaire ou marchande (recouvrement, prépaiement, gratuité ciblée). Pour toutes ces raisons, il conviendrait d'ajouter une dimension historique et anthropologique de la santé, afin de pouvoir mieux cerner la complexité des comportements de recours dans les pays pauvres (Boidin, 2008).

1.2.3 Nécessité d'une économie politique de la santé maternelle

Le secteur de la santé maternelle confirme, par sa particularité, la nécessité de prendre en compte tous les enjeux individuels et collectifs. Pour le même état de grossesse, la demande de soins peut varier d'une femme à une autre, et ce, en fonction des réalités contextuelles (du pays, de la famille, de la communauté, de villages, etc.), de la culture, des valeurs, du niveau d'éducation, des conditions socio-économiques, de l'état de santé, etc. Des itinéraires thérapeutiques différents peuvent être observés. Etant donné que la grossesse n'est pas une maladie en soi, le besoin de santé qui en découle peut-être perçu différemment d'une société à une autre, voire d'un individu à un autre.

La nature de la réponse que l'on doit apporter à l'existence d'un besoin qui ne peut être réduit à une préférence individuelle est influencée (Batifoulier et *al.*, 2015). Au cours de la grossesse, l'OMS recommande entre 4 et 8 CPN incluant un bilan prénatal et trois échographies trimestrielles pour le suivi de la mère et de l'enfant (OMS, 2016). Ces CPN et CPoN également nécessaires, dans un établissement sanitaire approprié, visent à assurer le suivi et le bien-être de la mère et de l'enfant et à déceler des anomalies pouvant survenir pendant et après la grossesse. On sait par exemple que les échographies sont un outil de diagnostic incontournable dans la surveillance de la grossesse visant à prévenir des pathologies dangereuses pouvant conduire à la mortalité maternelle et néonatale (Dagnan et *al.* 2013).

En Côte d'Ivoire par exemple, les entretiens relatent que des femmes ayant accès à l'information sanitaire et les moyens (financiers, physiques, géographiques, sociaux, etc.) recourent à ces CPN et CPoN et iront même, pour certaines d'entre elles en ayant les moyens, dans le secteur privé, communément gage de qualité (cf verbatims F.2.1 p57, F.29.1 p110), afin d'être davantage rassurées concernant leur suivi et celui de l'enfant. Toutefois, dans un contexte de pauvreté,

notamment en milieu rural ou péri-urbain et en l'absence de tout dispositif de prise en charge partielle ou totale, un tel suivi reste onéreux. Les femmes plus pauvres⁸¹ subiront des contraintes plus fortes. Elles peuvent effectivement être poussées à choisir entre dépenser le peu d'argent qu'elles ont pour se nourrir (qu'elles gagnent souvent au jour le jour), nourrir leurs familles, survivre et le fait de dépenser cet argent à recourir à des soins modernes. Certaines femmes pauvres pourraient se limiter à une ou deux CPN, moins que le nombre minimum requis, soit dans l'optique de détenir un carnet de santé et pouvoir être accueillies pour l'accouchement, soit pour des vaccins. D'autres femmes enquêtées, subissant des contraintes plus fortes, pourraient opter pour l'abstention thérapeutique, comme le justifie F.17.1 par les propos ci-dessous :

-F.17.1 : « *Je ne voulais pas vite aller au CPN à cause du toucher (vaginal/osculation) aussi. Même à 3 mois, pour moi, c'était tôt. J'y suis finalement allée à 5 mois pour prendre mon carnet. Quand on y va vite, les consultations durent trop, le temps à faire d'ici l'accouchement dans les hôpitaux est trop long* » verbatim par une primipare.

De plus, l'impossibilité d'accéder à des soins faute de revenu suffisant n'est pas de même teneur que l'accès à d'autres biens de consommation (Batifoulier et *al.* 2015). L'accès à des services de santé maternels modernes de qualité pendant et après la grossesse tout comme pendant l'accouchement est un droit pour toutes les femmes quelles que soient leur origine, leur appartenance socio-économique, etc. Ces contraintes sociales voire institutionnelles au détriment de certaines catégories sociales sont susceptibles d'être aménagées, allégées par la puissance publique. C'est elle qui, par ses choix, ses actions, les politiques mises en place, définit les conditions de vie des populations.

Section 2 : Intérêt de l'approche institutionnaliste et son application à la santé maternelle

Dans cette section, nous tentons de montrer l'insuffisante prise en compte d'une approche institutionnaliste et systémique (2.1), ainsi qu'une faible prise en compte du contexte et des interactions sociales dans l'analyse, les études, politiques et programmes d'un champ aussi complexe que la santé, voire la santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne (2.2).

⁸¹ Pauvreté multidimensionnelle.

2.1. Une insuffisante prise en compte des institutions et des conventions

Cette section tente de démontrer que le système de santé est un système d'institutions soumises à des conflits et nécessitant des négociations devant être du ressort de la puissance publique (2.1.1). Cette démonstration se fait en considérant le poids du raisonnement et de la confiance dont la prise en compte est essentielle dans le système de santé représentant un environnement davantage incertain en Afrique (2.1.2).

2.1.1 Le système de santé : une organisation institutionnelle soumise à conflits et à l'affut de négociations

Afin d'accorder un poids théorique à nos réflexions, nous nous inscrivons dans le cadre de l'économie politique de la santé (Batifoulier, 1992 ; Gadreau et Batifoulier ; 2005 ; Batifoulier et Gadreau, 2006 ; Boidin, 2014 ; Batifoulier et *al.*, 2015). En particulier, nous nous insérons essentiellement dans la mouvance de l'école de la régulation. Certes nous mobilisons la théorie des conventions (Orléan, 1989 ; Thévenot, 1989 ; Heiner, 1983 ; Batifoulier, 1992, Batifoulier et *al.*, 2015), mais uniquement dans cette première partie de notre thèse, notamment ce chapitre 2. La mobilisation de la théorie des conventions nous permet d'accumuler plus d'outils en faveur de la déconstruction de la rationalité substantive et mécanique dans les études portant sur la santé, notamment maternelle, dans les pays d'Afrique subsaharienne.

La théorie économique traditionnelle rend insuffisamment compte des phénomènes institutionnels du système de soins de santé (Batifoulier, 1992), notamment dans les PED. Nous apprécions l'intérêt d'une approche régulationniste (cf parties 3 et 4 en plus de cette section) qui adopte un autre cadre d'analyse que l'approche standard, mobilisée dans la plupart des études économiques sur les comportements d'utilisation des services de santé dans les PED. Cette approche régulationniste considère le système de soins comme un système d'institutions dans un environnement d'incertitude au sein duquel les pouvoirs publics occupent une fonction de régulation essentielle.

De plus, le système sanitaire est un ensemble d'institutions aux règles du jeu plus ou moins distinctes. Ce système d'institutions sanitaires repose sur des « règles du jeu » pouvant être conflictuelles, notamment entre des institutions de type « valeurs dominantes » et des institutions formelles et importées (Greif, 1994 ; North, 1990) dans une entité collective. De ce fait, il pourrait

en résulter des problèmes d'ordre général de désorganisation affectant la performance dudit système ainsi que les comportements observés.

Dans le but de synchroniser ces règles de jeu et trouver un compromis au sein d'une collectivité quelconque, il y a besoin de négociations de qualité et d'une organisation particulière faisant intervenir un acteur central, à savoir l'Etat assurant un rôle de tutelle (Batifoulier, 1992).

Conformément à la théorie générale de la régulation (Boyer et Orléan 1992 ; 1994 cités par Boyer, 2003 ; Boyer, 2003 ; 2006 ; 2007 ; 2015 ; Batifoulier, 1992 ; Gadreau et Batifoulier ; 2005 ; Boidin, 2018 ; 2022 ; Girard et *al.*, 2022 ; Lamarche, 2021), nous soutenons que des rapports conflictuels régissent les interactions entre les différents éléments du système de santé ainsi qu'entre les acteurs y intervenant. De la manifestation d'intérêts divers à la négociation administrée par l'Etat, résultent des éléments et des conventions entre les différents acteurs qui ont la particularité d'être contraignantes.

2.1.2 Le poids de la confiance en réponse à l'incertitude de l'environnement institutionnel de la santé

Nous pouvons identifier deux niveaux d'incertitude auxquels peuvent faire face les individus dans leur environnement sanitaire. Le premier niveau d'incertitude concerne la relation patient-médecin. Il existe effectivement dans l'environnement sanitaire, une certaine incertitude (Orléan, 1989 ; Thénot, 1989 ; Heiner, 1983) de savoir inhérent à la pratique médicale et sous-estimée par les approches tant standard que contractuelle (Batifoulier, 1992).

Du fait de l'incertitude y régnant, il y est ainsi difficile d'analyser ou prévoir de façon objective et mesurable le comportement de soins des individus. La relation patient-médecin repose surtout sur le jugement qui permet d'attester qu'un médecin ou un praticien est bon ou mauvais, cher ou raisonnable (Batifoulier, 1992). Ce jugement repose sur la collecte de renseignements auprès de tierces personnes auxquelles on accorde sa confiance. L'information permet d'opérer un choix raisonné ne reposant pas sur le marché, mais plutôt sur la confiance. **La confiance joue donc un rôle moteur comme réponse à l'incertitude qui caractérise la relation de soins.**

Le second niveau d'incertitude, plus large que le premier, concerne celui qui prévaut généralement dans le système sanitaire comme tout autre système et qui fait intervenir une

rationalité limitée et procédurale (**cf encadré n°9**) par d'importantes contraintes dans la prise de décisions de recours aux soins de santé. Ainsi, il convient de s'interroger sur la manière dont s'opèrent ces prises de décision.

Encadré n°9 : Une rationalité procédurale⁸² et limitée par divers facteurs dont les ressources cognitives dans la santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne

La santé est généralement reconnue comme une grande richesse et la médecine moderne comme une avancée pour toutes les populations. Elle est vue de façon positive comme un aboutissement et comme un moyen d'atteindre un certain niveau de bien-être. D'après Batifoulier (1992), le système de soins sanitaires est une organisation qui se caractérise par deux traits importants à ne pas négliger dans l'analyse économique. Premièrement, les prix n'y sont pas la donnée essentielle. Parallèlement, se trouve l'usage des règles qui dictent les attitudes requises tout en assurant la coordination des comportements (Batifoulier, 1992). Deuxièmement, il existe une entité collective qui s'oppose à la métaphore de l'agent individuel. Cette entité collective inscrit la relation économique dans un ensemble structuré (Batifoulier, 1992). Cette organisation sanitaire s'inscrit dans des conditions historiques, culturelles, sociales, etc. précises et distinctes (Batifoulier, 1992). La rationalité individuelle trouve dans une telle organisation des limites. En effet, contrairement à la rationalité instrumentale et mécanique se trouvant au cœur de l'économie standard, un raisonnement subjectif conduirait tout individu malade, bien informé et qui en a les moyens (financiers, transport, assurance maladie, etc.), à recourir à la médecine moderne. La prise de décision de recours aux soins fait intervenir le « poids du raisonnement ». Le « poids du raisonnement » est positivement corrélé avec l'arrivée de données nouvelles (Batifoulier, 1992). En présence de l'incertitude dans laquelle baigne son esprit le conduisant à une vision floue des informations disponibles et de ses choix, l'individu ne fait pas uniquement le calcul de dire qu'il va à la fois satisfaire son niveau de santé et limiter ses dépenses. L'individu fait ce choix de recours parmi tant d'autres choix (calculs) qui sont interdépendants. Cette rationalité plutôt limitée⁸³ et procédurale⁸⁴ (Simon, 1976-1979) dont font preuve les individus

⁸² D'après Batifoulier (1992), le concept de rationalité procédurale offre une alternative crédible à celui de rationalité substantielle.

⁸³ La rationalité limitée est l'idée selon laquelle la capacité de décision d'un individu est altérée par un ensemble de contraintes comme le manque d'information, des biais cognitifs ou encore le manque de temps et/ou de moyens.

⁸⁴ La rationalité limitée ou procédurale introduite par H. Simon (1976, 1978a, 1978b, 1979) fait appel à l'ensemble des contraintes inhérentes à l'individu qui l'empêchent de recueillir et de traiter l'information. En effet, pour H. Simon, l'information n'est pas une ressource rare. Elle peut être si dense que ce qui importe plutôt, c'est l'attention. Cette

les conduit à effectuer des choix sous contrainte (moyens, temps, cognition, etc.) en réponse à leurs besoins qui peuvent comme ne pas être satisfaits. Une telle rationalité est intuitive, subjective et relative.

Généralement l'information dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne est difficile d'accès, notamment pour bon nombre d'individus et d'acteurs importants. Quand elle existe, l'information souffre d'une asymétrie de sorte que ceux pour qui l'information est utile (les patients, les professionnels de santé les plus proches voire les gouvernants ou décideurs) ne la détiennent pas. Pour les patients qui ont l'information sur l'importance de l'accès aux soins de santé et sur la disponibilité des ressources sanitaires, il peut se poser une limite d'accessibilité.

Par exemple, dans le calcul de santé d'un chef d'une famille modeste qui a l'information en santé mais de fortes contraintes, il intégrera d'autres motivations telles qu'utiliser son temps à chercher de l'argent pour nourrir sa famille, pour s'occuper de ses enfants plutôt que de s'occuper de sa santé. Considérer que s'occuper des enfants est prioritaire peut pourtant paraître irrationnel, si l'on s'en tenait à l'économie standard. Il est difficile de distinguer ce qui relève de la pure rationalité économique de ce qui relève d'autres motivations.

Dans le cas de la santé maternelle, les femmes confrontées aux problèmes d'accès aux soins de santé maternelle ou les personnes qui décident dans le ménage, dans leur décision de santé, tiennent compte d'autres motivations relevant du sacrifice de soi pour sa famille ou relevant plutôt de l'éthique, des coutumes, de l'empathie envers ses enfants, etc. Les femmes ne vont donc pas forcément trouver la solution qui optimise leur utilité mais plutôt celle satisfaisante ou à portée de main (réalisable en fonction des contraintes subjectives).

Dans les tentatives d'explication des itinéraires thérapeutiques dans les pays d'Afrique subsaharienne, un ensemble de données et d'évènements conduisent les individus à adopter une certaine démarche plutôt qu'une autre. Dès lors, il est possible de trouver des réponses ou pistes d'explication à la simultanéité (cf section 3.1.1 du chapitre 1) et aux séquences (cf section 3.2.2 du chapitre 1) des itinéraires thérapeutiques qui peuvent être fragmentés et/ou longs dans les PED.

attention qui devrait empêcher de se détourner de ce qui est important vers ce qui l'est moins. Ainsi, la limitation de la rationalité ne provient pas de l'information. Elle est plutôt structurelle et liée aux capacités du cerveau.

Ces pays sont à dominance rurale proposent peu d'emplois salariés dans le secteur formel (Boidin et Guennif, 2018) et sont constitués de populations majoritairement pauvres et peu éduquées malgré des apparences de développement (taux de croissance à deux chiffres, baisse de la pauvreté, etc.).

De plus, la précarité du niveau de développement et du système de santé dans ces pays est tel que l'accès à l'établissement sanitaire le plus proche pour une bonne partie de la population, notamment des femmes enceintes, accouchées et leurs enfants, reste très difficile et semble, dans certains cas, inexistant comme option de recours. On note une distance éloignée pouvant aller jusqu'à plus de 15 km voire des cas des déserts médicaux dans certaines zones rurales, un manque d'information, une absence de moyens de transport, un manque de moyens financiers pour se permettre le déplacement, les examens de santé ou l'achat de médicaments, une absence de sécurité sociale, des valeurs culturelles conflictuelles, etc.) et.

La combinaison des facteurs sociaux, culturels et religieux avec les contraintes économiques peut donner l'impression d'une irrationalité tandis qu'il s'agit d'une rationalité complexe et assez éloignée des modèles standards (Boidin, 2008). La complexité de cette rationalité est renforcée à mesure que les comportements évoluent dans le temps (Boidin, 2008). Les patients adoptent ainsi des comportements d'adaptation permanente pour combiner leurs objectifs et leurs contraintes (Boidin, 2008).

2.2. Une faible prise en compte des réalités contextuelles et des interactions sociales et économiques dans l'analyse du système de santé des pays d'Afrique subsaharienne (cas de la Côte d'Ivoire)

2.2.1 Le recours aux services de santé modernes : Une opportunité médicale difficile à saisir par les populations en Côte d'Ivoire

Indiscutablement, la médecine moderne paraît de loin la science médicale la plus complète. Le recours à celle-ci paraît comme la conduite thérapeutique la mieux aboutie, même si elle présente aussi des limites. En dépit de la complexité des itinéraires thérapeutiques dans les pays d'Afrique subsaharienne, l'omniprésence de la médecine moderne (cf sections 2.1.1 (a) et 2.1.3 du chapitre 1) comme voie thérapeutique dans les études montre bien l'intérêt qu'elle représente pour les populations. Nos entretiens de l'enquête 1 (E1) en Côte d'Ivoire sur la perception de la santé

maternelle et de comportement montrent que les femmes semblent de plus en plus averties sur l'importance vitale du suivi prénatal et postnatal y compris de la gestion de l'accouchement par les services de santé modernes (25 femmes interviewées sur 31).

Toutefois, des barrières existent toujours à l'entrée des services de santé modernes. Comme décrit dans la section 2.1.2 de ce chapitre 2 pour les pays d'Afrique subsaharienne généralement, il existe en Côte d'Ivoire des contraintes environnementales et sociopolitiques dans le processus d'accès aux services de santé modernes. Les barrières sont très complexes, dans la mesure où elles sont la manifestation et le produit d'interactions sociales, politiques, économiques et culturelles. D'énormes défis sociaux voire institutionnels restent à relever.

2.2.2 Une offre de santé peu adaptée aux besoins de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne (Cas de la Côte d'Ivoire)

a) Insuffisante considération d'une pauvreté multidimensionnelle

Depuis très récemment avec les OMD puis les ODD (OMS, 2015), l'amélioration de la santé maternelle dans les PED, notamment les pays d'Afrique subsaharienne, fait partie des priorités annoncées comme absolues par la communauté internationale. Quelques progrès ont été réalisés, mais restent insuffisants par rapport aux engagements. Les ISS dans l'accès aux soins de santé persistent malgré tous les efforts, contribuant à fragiliser davantage les progrès réalisés (Bérenger et Vérez, 2019). Nous soutenons que l'une des raisons est que la relation entre l'accès à la santé et la pauvreté reste largement dominée par une considération purement monétaire (cf section 1 du chapitre 1 et section 1 du chapitre 3).

Nous partageons la réflexion suivant laquelle l'un des véritables problèmes des pays d'Afrique subsaharienne en termes d'utilisation des services de santé est la grande pauvreté monétaire qui les caractérise en général. Cependant, les décideurs et acteurs du développement n'insistent pas assez sur le fait que la pauvreté est plutôt multidimensionnelle (Bérenger et Vérez, 2019) tout comme la santé est multi-déterminée (Boidin, 2008). La faible prise en compte de cet aspect multidimensionnel de la santé et de la pauvreté contribue à accentuer les dysfonctionnements du système de santé ainsi que les faibles performances enregistrées.

Au niveau de la demande, une approche multidimensionnelle considère que l'accessibilité peut être freinée par l'influence combinée de facteurs économiques, sociaux,

culturels, si bien qu'il est difficile d'identifier un facteur prépondérant (Bérenger et Vérez, 2019). Le recours universel aux soins modernes de santé, notamment maternelle, reste illusoire et compromis par l'insuffisante prise en compte de nombreux facteurs indirects agissant tant du côté de l'offre que de la demande et qui conditionnent la vie et le comportement des populations.

Ces facteurs indirects sont fortement négligés dans ces pays tels qu'en Côte d'Ivoire car les autorités sanitaires se focalisent surtout sur la capacité à payer des agents. Au-delà de l'accessibilité inégale aux ressources, les individus utilisent de manière située les moyens disponibles. Ces logiques de la demande fréquemment méconnues jouent un rôle important en particulier dans un contexte à fortes contraintes (Boidin, 2008). La bonne volonté et les tentatives de prise en charge financière des soins par les politiques de recouvrement et de subvention ne suffisent pas pour accélérer la couverture sanitaire universelle (CSU) dans les pays d'Afrique subsaharienne. Ainsi des politiques de santé se focalisant par exemple sur une exemption ou une subvention⁸⁵ de soins sans intégrer des leviers sociaux importants permettront difficilement l'atteinte d'objectifs tels que la CSU ou l'amélioration de la santé maternelle.

b) Des politiques de santé standard, inadaptées et peu efficaces dans les pays d'Afrique subsaharienne

Le bilan contrasté des OMD peut également être attribué aux objectifs identiques et quantitatifs fixés aux pays du Sud et du Nord (Hugon, 2016). Malheureusement, les programmes verticaux reposant parfois sur l'approche « top-down » par les PTF occultent les différences de préférences collectives des acteurs ainsi que les niveaux de développement économique et social des sociétés. Les pays d'Afrique subsaharienne ont enregistré, pour la plupart, un échec des politiques et programmes de santé mis en place avec des effets très souvent inattendus. Les indicateurs sanitaires y demeurent peu reluisants.

La plupart des programmes et politiques de santé sont pensés tout en négligeant les réalités contextuelles et locales des populations (O. De Sardan, 2019). Or, les priorités et les pratiques des acteurs divergent d'une société à une autre. Non seulement les pays d'Afrique subsaharienne ont des pratiques respectives liées à leurs valeurs, normes culturelles et contextuelles qu'on ne trouvera

⁸⁵ Par exemple en Côte d'Ivoire, nous avons eu, entre autres la politique de gratuité ciblée, couverture maladie universelle (CMU).

pas dans des pays développés et vice-versa. Mais aussi, ces pays d'Afrique subsaharienne présentent des divergences entre elles sur ces différents aspects. Leur prise en compte est essentielle dans la redynamisation des systèmes de santé respectifs de ces pays et la production des soins et services correspondants aux besoins et aux contraintes des populations. De plus, la quasi-absence de suivi-évaluation des programmes verticaux et politiques de santé et de développement - souvent inappropriées aux contextes (De Sardan, 2019) des pays subsahariens - retarde sans doute la prise de conscience des erreurs et la révision des stratégies et priorités.

Enfin, l'approche de la communauté internationale dans la mise en œuvre des programmes et politiques de développement étudie peu de manière holistique les interactions entre les différents indicateurs qu'elle a plutôt tendance à juxtaposer. Les politiques de développement peinent à intégrer certains défis actuels et futurs tels que la qualité de l'éducation, l'accès des femmes à des activités économiques, des emplois décents surtout pour les jeunes arrivants sur le marché du travail, la baisse des mariages précoces, la baisse de la pauvreté dans les zones rurales, etc. (Hugon, 2016).

Les secteurs de l'éducation, du transport, des finances, de l'emploi et de la protection sociale, des infrastructures, du logement, de l'eau et de l'assainissement, etc. font partie de ces secteurs dont les politiques agissent indirectement sur la santé des individus et qui nécessitent une prise en compte de la santé dans l'élaboration de leurs politiques pour un meilleur effet des politiques de santé et surtout une amélioration de la santé et du bien-être des populations (cf chapitre 4). La faible prise en compte de ce qui précède entraîne inéluctablement cette persistance de mauvais indicateurs sanitaires et des politiques et programmes de santé inadaptés aux besoins des populations.

c) Un exemple d'interaction entre le niveau d'éducation, la perception de la santé et de l'état de santé

Nous tentons de creuser davantage les analyses qui examinent, en Côte d'Ivoire, les considérations culturelles et émotionnelles liées à la grossesse (Samba et *al.*, 2020) comme causes d'irrégularités dans le suivi prénatal et les traitements. Ces pays pauvres d'Afrique se caractérisent par un contexte de sous éducation et/ou de faible accès à l'information des populations, notamment des femmes en zones rurales, sur le bien-fondé de CPN et des CPoN. Dans un tel contexte,

certaines femmes préfèreraient rester chez elles ou se contenter des traitements traditionnels (auto-traitement ou recours à un praticien traditionnel). En particulier, si elles ne ressentent pas de problème particulier pendant leur grossesse, plutôt que de devoir subir les traumatismes (mauvais soins, faible empathie du personnel) imposés par des systèmes de santé précaires et quasi-défaillants (accès géographique et financier difficile, manque de personnel qualifié, files d'attente interminables dans les services publics de santé, conditions d'accueil démotivantes, etc.). En fait, ces considérations émotionnelles émanent sans doute du niveau d'éducation, des valeurs culturelles, du milieu d'appartenance sociale ainsi que de l'environnement multidimensionnel des femmes. Leur perception du système de santé s'en trouve ainsi impactée.

Ces considérations diffèreront d'une femme à une autre en fonction de leurs origines, caractéristiques culturelles, statuts sociaux, niveaux d'éducation. Les efforts à réaliser par la puissance publique doivent, entre autres, conduire à éliminer toute tension existante entre les institutions informelles (de type valeurs dominantes) et celles formelles (North, 1990 ; Greif, 1994). Ces efforts passent par un investissement dans l'éducation formelle avancée qui est susceptible d'atteindre les changements souhaités dans les statuts sociaux, attitudes et comportements (Azoh, 1996).

A titre d'exemple, si les politiques mises en place dans le secteur de l'éducation permettaient l'accès de tous dans les différentes communautés à un certain niveau d'éducation et d'information, les croyances de santé nocives pour les populations céderaient progressivement place à une meilleure appréciation et une valorisation des services et soins de santé modernes. Des efforts sont également nécessaires dans d'autres domaines sociaux et au niveau d'institutions diverses. L'originalité de notre étude est de justement considérer un cadre d'analyse institutionnaliste et une approche systémique des DSSM.

2.2.3 Pertinence d'une analyse institutionnaliste des systèmes de santé africains et des comportements d'utilisation des services de santé

La revue des études que nous avons menée sur l'utilisation des services de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne, et particulièrement en Côte d'Ivoire nous révèle finalement la faible prise en compte d'un environnement institutionnel dans les programmes de santé qui y sont implantés. « Comment peut-on envisager de soigner l'homme sans l'intégrer dans son milieu

originel ou naturel ? » (Ndjitoyap Ndam, 2004 p 219). La considération d'une approche systémique et institutionnelle est fondamentale dans un tel domaine ainsi que dans toutes les analyses de comportement. Parce que les systèmes de santé africains présentent de grandes différences avec les systèmes de santé occidentaux, et même entre eux, et que des objectifs quantitatifs universels peuvent être très ambitieux, des analyses institutionnalistes restent pertinentes pour notre étude. En effet, comme tout système de santé, les systèmes de santé africains sont des structures complexes d'arrangements institutionnels entre les différents acteurs y prenant part.

Comme l'indique Batifoulier et *al.* (2015), l'analyse technique faite de modèles théoriques déshumanisés et désincarnés dans laquelle se cantonne l'économie néoclassique ne permet pas d'analyser raisonnablement les problèmes de politique économique. Une telle vision de la scientificité exclut également toute ouverture vers les autres sciences sociales (Batifoulier et *al.*, 2015). D'autant plus qu'il s'agit de la santé, cet « exemple exemplaire » du lien irrévocable entre l'économie et la société (Batifoulier et *al.*, 2015). L'analyse purement technique proposée par l'économie néoclassique peut conduire à négliger en permanence des facteurs très importants à prendre en compte dans l'analyse des recours thérapeutiques dans les pays pauvres ainsi que des recommandations dont l'application pourrait finalement produire un véritable effet.

Nous soutenons que les résultats de santé maternelle sont le fruit d'arrangements institutionnels qui prévalent dans le système de santé au sens large et qu'il existe un lien entre ces arrangements institutionnels et les DSSM. En ce qui concerne la part de ces arrangements institutionnels dans l'explication des résultats de santé, il faudrait considérer d'une part les arrangements entre les institutions propres au système de santé pris au sens restreint et d'autre part, les arrangements entre ces institutions internes et d'autres institutions qui lui sont extérieures, mais qui l'influencent fortement. Ces institutions entretiennent entre elles des arrangements qui peuvent assujettir l'individu et l'astreindre à faire des choix ou prendre une décision qui n'est pas forcément celle qui lui semble la plus satisfaisante.

Si nous analysons le cas des pays occidentaux tels que la France, des mesures d'accompagnement ou dispositifs adaptés à différentes catégories des populations facilitent leur

accès aux services de santé⁸⁶ modernes ainsi qu'à de meilleures conditions de vie et une meilleure santé. Malgré les défaillances de ces dispositifs et les difficultés rencontrées par ces systèmes, des leviers de l'accès à la santé sont connus : un niveau de vie plus ou moins décent, un système éducatif et d'informations accessibles, de faibles inégalités d'accès à la santé favorisées par les politiques et conditions sociales. Le système sanitaire est socialisé. Il est organisé, de sorte que la population puisse bénéficier de la sécurité sociale et d'un dispositif de complémentaire santé⁸⁷. Ces dispositifs permettent un remboursement de tout ou partie des dépenses de santé pour chaque individu.

Dans les pays de l'OCDE, les soins de santé sont financés à la fois par des sources publiques (administration publique, organismes de sécurité sociale) et privées⁸⁸ (OCDE⁸⁹, 2013). Placée et soumise à des conditions identiques « ceteris paribus », toute population verrait son utilisation des services de santé s'améliorer. Pourtant, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, comme en Côte d'Ivoire, la population est le plus grand financeur de sa santé (PNDS, 2021-2025), en dépit de sa relativement plus grande pauvreté que les pays occidentaux.

Un autre exemple est relatif aux femmes indigentes des pays d'Afrique subsaharienne souffrant du cancer⁹⁰ sans l'opportunité d'une aide d'origine quelconque. Face à une certaine incapacité de recourir aux services de santé modernes (traitement du cancer onéreux en l'absence d'une assurance), si certaines font le choix de l'abstention thérapeutique ou de l'automédication ou encore de la médecine traditionnelle, elles sont plus ou moins condamnées à en souffrir et en subir les pires séquelles voire en mourir. Pourrait-on dire qu'elles ont effectué le choix qui optimise leur utilité ? Peut-on qualifier leurs comportements de recours respectifs de rationnels à la façon « instrumentale » ou « substantielle » dont il est question dans l'économie standard ? Est-il à ce

⁸⁶ Nous précisons que dans cette recherche l'accès aux soins de santé équivaut à l'accès aux services de santé. Ainsi partout où nous utilisons « accès aux services de santé », nous pouvons bien considérer accès aux soins de santé.

⁸⁷ Des dispositifs de complémentaire santé tels que les mutuelles de santé, la CMU, etc.

⁸⁸ Les sources privées de financement de soins dans tous les pays OCDE sont les assurances privées et les paiements directs.

⁸⁹ Organisation de coopération et de développement économiques.

⁹⁰ Le cancer du sein est une maladie dont la prise en charge est tellement coûteuse qu'en financer le traitement de sa propre poche sans aucun système de sécurité sociale, d'assurance maladie et/ou de complémentaire santé, est quasi-impossible pour des femmes pauvres. L'ignorance des données statistiques sur le cancer dans les PED a pendant longtemps conduit à considérer le cancer comme une pathologie occidentale (Tchente et al., 2015 ou voir OMS). Non seulement des statistiques récentes montrent que c'est la 3^{ème} cause de mortalité des PED, mais aussi que 72% des décès mondiaux dus au cancer y sont enregistrés (Tchente et al., 2015). Dans les pays d'Afrique subsaharienne, les femmes sont les plus exposées au cancer, représentant à elles seules 68% des cas.

moment légitime d'analyser la demande de santé comme étant indépendante de l'offre de santé, comme cela a été longtemps le cas dans les études dans les PED ?

Ainsi les travaux en sciences économiques gagneraient également à se détacher des modèles strictement techniques pour mieux appréhender les dimensions institutionnelles. La démarche que nous proposons inclut de tenir compte de l'approche des DSS⁹¹ qui a déjà donné lieu à plusieurs réflexions dans d'autres sciences sociales afin de les incorporer au mieux et de les prendre en compte dans les travaux sur la question. Nous y reviendrons dans le chapitre 4 (partie 2). Cette notion des DSS, plus précisément des DSSM, sera au cœur de notre travail.

Conclusion du chapitre 2

Ce chapitre est un argumentaire, illustré par l'exemple de la Côte d'Ivoire, contre la séparation de l'offre et la demande de santé, pour l'éloignement de la rationalité « substantive » et pour l'adoption d'une approche plus systémique⁹² dans l'explication des comportements de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Notre argumentaire débouche sur la proposition d'un autre angle d'analyse qui est d'ordre institutionnaliste et qui sera proposée plus en détails dans les parties 3 et 4 de cette thèse. Cette approche systémique et qualitative permettra non seulement de mieux appréhender la complexité des liens entre les institutions guidant les actions des individus (femmes enceintes et accouchées) et conditionnant leur manière de vivre, mais aussi elle permettra de tenir compte au maximum de tous les enjeux sociopolitiques (individuels et d'ensemble) de la santé au sens large, de sorte à mieux étudier les problèmes de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne.

En somme, il serait intéressant d'interroger la nature des relations entre la prise en compte insuffisante des DSS et le faible poids des approches intersectorielles à l'intérieur du système de santé (au sens large) ivoirien. Cela permettra d'établir le lien entre le manque de CIP dans les systèmes de santé subsahariens, notamment celui de la Côte d'Ivoire, et la faible prise en compte des DSSM. Au préalable, nous souhaitons montrer, de façon plus précise dans le chapitre 3 que l'accès aux services et soins de santé, longtemps investigué en sciences économiques, a un

⁹¹ D'après la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (World Health Organization, 2008c) qui a introduit cette notion, les DSS sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Les déterminants sociaux de la santé sont donc déterminés par les forces sociales, politiques et économiques.

⁹² Il s'agit de considérer une approche explicative plus globale au-delà de la simple addition de l'offre et de la demande.

caractère multidimensionnel et constitue un canal à travers lequel s'expriment des facteurs plus larges ou DSS (cf chapitre 4).

PARTIE 2 : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE AU PRISME D'UNE ANALYSE DES LIENS ENTRE ECONOMIE ET AUTRES SCIENCES SOCIALES

L'accès aux soins de santé est un processus complexe et un canal à travers lequel d'autres déterminants de la santé peuvent agir. L'amélioration des indicateurs sanitaires et de la santé des populations passe sans doute par l'accès ou l'utilisation des services de santé, mais elle ne se résume pas à ce seul facteur qui, en lui-même, nécessite déjà la prise en compte de plusieurs dimensions (Levesque, Harris, et Russell ou LHR 2013).

D'une part, l'objet de cette partie est de montrer que l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire a un caractère multidimensionnel insuffisamment pris en compte dans les études en sciences économiques. Ce que nous examinons dans le **chapitre 3**.

D'autre part, en amont de l'utilisation des services de santé maternelle, la littérature récente sur les DSS montre effectivement la présence très significative de bien d'autres facteurs, à l'intérieur ou en dehors du champ de la santé, au niveau des caractéristiques de l'individu, de son environnement, du cadre national voire international, qui influencent la santé des individus. Nous tentons de le montrer à travers le **chapitre 4**.

L'enjeu de cette partie est une invitation à désormais mettre au cœur de l'analyse les DSS y compris les facteurs structurels qui sont faiblement pris en compte dans les études du comportement de recours aux soins de santé, notamment maternelle. L'analyse des DSSM nous permettra d'aboutir à une grille d'analyse institutionnaliste qui nous semble mieux adaptée à notre problématique (cf chapitres 5, 6, 8, 9).

C'est pourquoi en plus de l'accès aux soins de santé maternelle dont nous allons tenter une approche multidimensionnelle (LHR, 2013), en Côte d'Ivoire, dans le chapitre 3, nous souhaitons y investiguer des déterminants plus larges de la santé maternelle que le simple accès, à partir de la généreuse littérature sur les DSS (Chapitre 4).

CHAPITRE 3 : UNE APPROCHE MULTIDIMENSIONNELLE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ MATERNELLE EN CÔTE D'IVOIRE

Introduction du chapitre 3

L'objet de ce chapitre est de tenter une explication multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Nous souhaitons donc investiguer l'approche qui conceptualise l'accès aux soins de santé comme un processus multidimensionnel et complexe décrivant de larges dimensions et déterminants qui intègrent les facteurs de l'offre et de la demande (LHR, 2013). Plutôt que de se focaliser sur l'utilisation des services de santé qui fait partie de l'accès, cette approche rend l'accès aux soins de santé davantage opérationnelle et démontre ainsi comment les patients obtiennent des soins et bénéficient des services (Levesque, Harris et Russell ou LHR, 2013).

Dans **la section 1**, nous montrons l'intérêt du cadre de LHR (2013) qui nous semble être une façon riche et complète de capter les déterminants de l'accès aux soins de santé maternelle.

La seconde section nous permettra de compléter et améliorer le cadre de LHR (2013) par une tentative de prise en compte également de déterminants extérieurs. Nous montrons la pertinence des dimensions de la grille de LHR (2013) pour une application à la santé maternelle en Côte d'Ivoire, à partir des données d'enquêtes (l'enquête 1 (E1), l'enquête 2 (E2), EIPSS (2021), etc.) et de la littérature sur notre sujet.

Mais avant, nous discutons, dans cette seconde section, la grille de LHR (2013) en tenant compte de Ridde et *al.* (2019) qui considèrent que c'est une grille qui serait plutôt adaptée aux indigents et personnes âgées souvent négligées par les politiques de santé. Nous soutenons cette idée, mais considérons que le modèle de LHR (2013) est une grille également adaptée à l'étude de la santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne, car en dépit de toutes les politiques de santé mises en œuvre, il existe également et encore des femmes indigentes⁹³ et vulnérables qui sont confrontées à des difficultés d'accès aux soins de santé en raison de dysfonctionnements ou défaillances du système de santé autres que financiers.

⁹³ Les plus pauvres des pauvres.

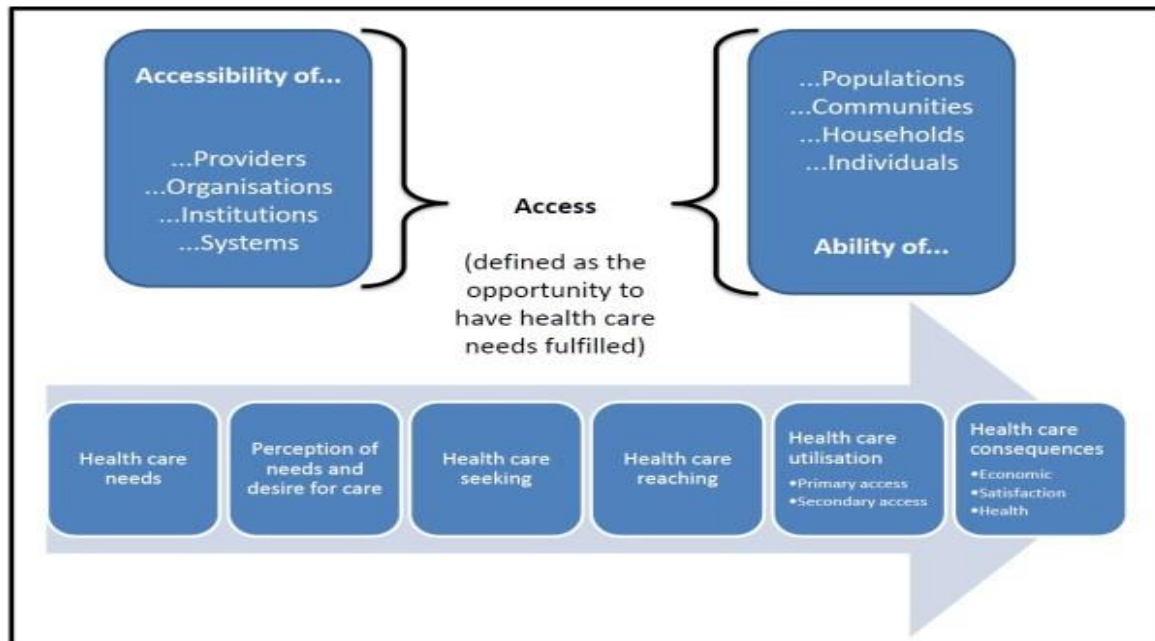
Section 1 : Notre intérêt pour l'approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé de Levesque Harris et Russell (2013)

Dans cette section, nous présentons le cadre conceptuel multidimensionnel de LHR (2013) (1.1), les avantages de cette approche de l'accès aux soins de santé proposée par LHR (2013) qui nous semble plus inclusive (incluant de plus larges dimensions structurelles) et davantage centrée sur les patients (1.2), ainsi que sa contribution pour la suite de notre recherche (1.3).

1.1 Le cadre conceptuel de Levesque Harris et Russell (2013)

Partant d'une synthèse de la littérature sur l'accès aux soins de santé, LHR (2013) en proposent une définition. Les auteurs considèrent l'accès aux soins de santé comme **une opportunité décrivant et associant des dimensions essentielles** contrairement aux diverses conceptions précédentes. Il s'agit **d'une opportunité qui se dessine tout au long du processus d'utilisation des services de santé, de la perception du besoin jusqu'à la prestation des soins**. Ainsi l'accès aux soins de santé est considéré comme **la possibilité d'identifier les besoins de santé, de rechercher les services de santé, d'accéder (atteindre) aux ressources de santé, d'obtenir ou d'utiliser des services de santé et de se voir proposer des services adaptés aux besoins de soins (LHR, 2013)**.

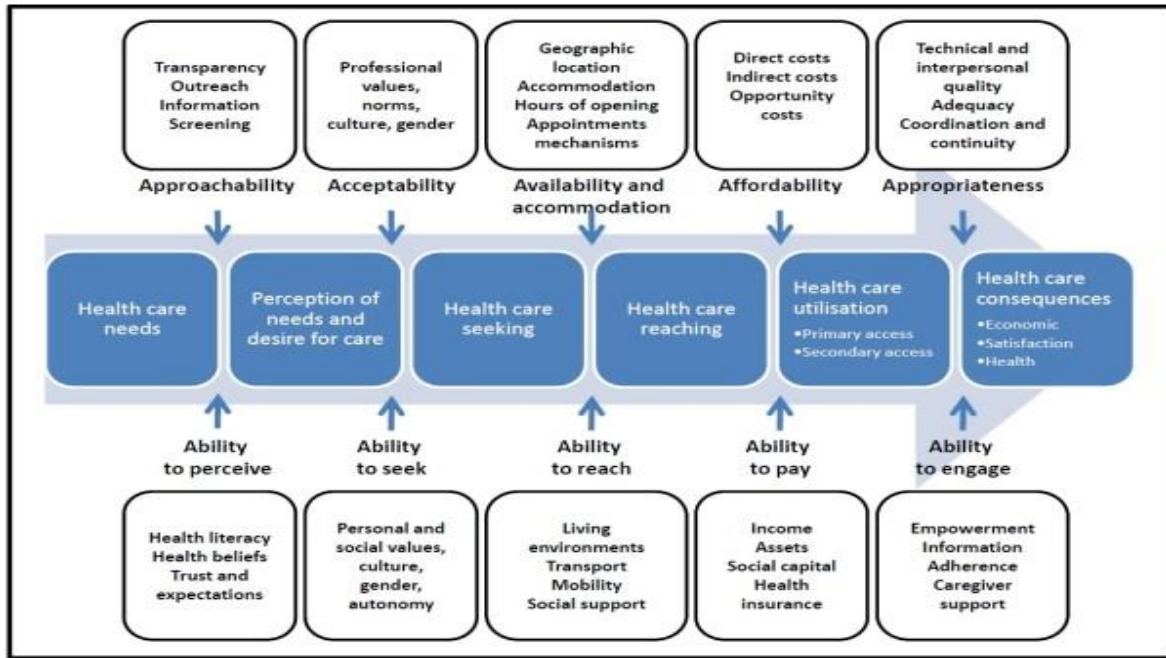
Dans une telle conception, l'accessibilité est nuancée de l'accès aux soins de santé en tant qu'opportunité. En effet, l'accessibilité est la description de la nature des services qui offrent cette opportunité (LHR, 2013). L'accessibilité caractérise davantage l'offre des organisations, des institutions, des fournisseurs, du système de santé, etc. Cette accessibilité fait face à la capacité des populations, des communautés, des ménages et des individus d'y répondre. **L'accès aux soins de santé est à l'interface de l'accessibilité de l'offre de soins et de la capacité des populations à y répondre** (voir figure n°4 ci-après).

Figure n°4 : Une définition de l'accès aux soins de santé par LHR (2013)

Source : LHR (2013)

Cet accès aux soins de santé tel que décrit correspond à une séquence de six étapes qui débute par les besoins de soins de santé et qui s'achève par les conséquences (économiques, satisfaction, sur la santé) des soins de santé une fois obtenues. Plus concrètement, le cadre de LHR (2013) montre les dimensions concernées par ces six étapes de part et d'autre de l'offre et de la demande, tout en se focalisant sur les populations. Il s'agit d'un ajustement entre, d'une part, cinq dimensions de l'accessibilité de l'offre qui sont complémentaires à 5 dimensions de la capacité de la demande (populations), d'autre part, d'y répondre. LHR (2013) proposent un cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé (cf figure n°5 ci-après).

Figure n°5 : Un cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé par LHR (2013)



Source : LHR (2013)

Ce cadre assimile l'accès aux soins de santé à l'accès réalisé ou encore à l'utilisation effective des services de santé car l'accès y est considéré comme l'opportunité d'obtenir, à la fin du processus d'utilisation des services de santé, les soins de santé dispensés. Les cinq dimensions de l'accessibilité (volet offre) sont : l'accessibilité (facilité d'accès), l'acceptabilité, la disponibilité et l'accueil (ressources), le coût abordable ou l'accessibilité financière, la pertinence des soins (adéquation des soins aux besoins).

Ces 5 dimensions de l'accessibilité interagissent respectivement avec cinq dimensions de la capacité des patients (volet demande) qui leur sont complémentaires à savoir : la capacité à percevoir le besoin de soins de santé, la capacité à rechercher les soins et services concernés, la capacité à atteindre les services concernés, la capacité à payer, la capacité à s'engager. Ces différentes dimensions sont interdépendantes les unes des autres (par exemple l'accessibilité des services et l'abordabilité) et interagissent l'une sur l'autre, à chaque intersection des 6 différentes étapes dans le processus, pour influencer l'accès aux soins de santé. La description de chacune des dimensions est faite dans le tableau n°1 suivant :

Tableau n°1 : Description de différentes étapes et dimensions de l'accès aux soins de santé par LHR (2013)

Volet concerné Etapes du cadre LHR	Dimensions Offre	Dimensions Demande
Besoin des soins de santé/ Perception des besoins et le désir de recourir aux soins de santé	L'accessibilité des services (facilité d'accès) est liée à l'information et à la connaissance de l'existence des différents services de santé disponibles. Cette dimension se rapporte au fait que les personnes confrontées à des besoins de santé peuvent réellement identifier qu'une forme de service existe, peut être atteinte et avoir un impact sur la santé de l'individu. Les services peuvent se rendre plus ou moins connus parmi différents groupes sociaux ou géographiques de la population. Divers éléments tels que la transparence, l'information sur les traitements et services disponibles et les activités de sensibilisation pourraient contribuer à rendre les services plus ou moins accessibles.	La dimension de la capacité à percevoir est complémentaire à cette notion d'accessibilité des services. La notion de capacité à percevoir le besoin de soins par les populations est cruciale et déterminée par des facteurs tels que la « literacy » en santé, les connaissances sur la santé et les croyances liées à la santé et aux maladies.
Perception des besoins et le désir de recourir aux soins de santé/ La recherche des soins de santé	L'acceptabilité est liée aux facteurs culturels et sociaux qui déterminent la possibilité pour les personnes d'accepter les aspects du service (par exemple, le sexe ou le groupe social des prestataires de services de santé, les croyances associées aux systèmes de médecine) et la pertinence jugée nécessaire. Par exemple, une société interdisant les contacts physiques occasionnels entre hommes et femmes célibataires réduirait l'acceptabilité des soins et l'acceptabilité de rechercher des soins pour les femmes si les prestataires de services de santé sont pour la plupart des hommes.	La capacité à demander des soins de santé est liée aux concepts d'autonomie personnelle et de capacité à choisir de demander des soins, à des connaissances sur les options de soins de santé et aux droits individuels qui détermineraient l'intention d'obtenir des soins de santé. Un bon exemple serait la discrimination des femmes en ce qui concerne l'initiation des soins ou de l'abus et la négligence décourageant les minorités ethniques à demander des soins. Cette dimension révèle le défi de veiller à ce que les soins répondent aux besoins de différentes populations culturellement, socio économiquement défavorisées et vulnérables. Parce que différents groupes peuvent juger l'adéquation et la qualité différemment, il s'agit d'un défi important (Harris et <i>al.</i> 2004).
La recherche des soins de santé/ L'atteinte des soins de santé	La disponibilité et l'accueil font référence au fait que les services de santé (que ce soit l'espace physique ou les agents de santé) peuvent être atteints à la fois physiquement et en temps opportun. La disponibilité constitue l'existence physique de ressources sanitaires ayant une capacité suffisante pour produire des services (existence d'installations productives) (Frenk, 1992). Elle résulte des caractéristiques des installations (par exemple densité, concentration, distribution, accessibilité du bâtiment), des contextes urbains (décentralisation, dispersion urbaine et système de transport) et des individus (durée et flexibilité des heures de travail, par exemple). Elle concerne également les caractéristiques des prestataires de services de santé (par exemple la présence du professionnel de la santé, la qualification) et les modes de fourniture des services (par exemple la procédure de contact et possibilité de consultations virtuelles).	La capacité à atteindre les soins de santé est liée à la notion de mobilité personnelle et de disponibilité des moyens de transport, de flexibilité professionnelle et de connaissance des services de santé qui permettrait à une personne d'atteindre physiquement les prestataires de services de santé. La mobilité restreinte des personnes âgées et des handicapés, ou l'incapacité des travailleurs occasionnels à s'absenter du travail pour consulter des prestataires de services de santé médicaux en seraient des exemples.

<p>L'atteinte des soins de santé/ L'utilisation des services de santé</p>	<p>Le coût abordable reflète la capacité économique des personnes à consacrer des ressources et du temps pour utiliser les services appropriés. Il résulte des prix directs des services et des dépenses connexes, en plus des coûts d'opportunité liés à la perte de revenu. De plus, il peut varier selon le type de services et dépend de la capacité à générer les ressources nécessaires pour payer les soins (mode de paiement, mobilisation des ressources). Les études économiques des modèles d'utilisation exigent l'utilisation de variables telles que le prix des soins, le temps de déplacement et les coûts d'opportunité, le revenu du patient, la qualité des soins perçue, le comportement des prestataires de services de santé, etc. Ces modèles fournissent des informations utiles sur l'élasticité de la demande des services de santé (Shengelia et al., 2003).</p>	<p>La capacité à payer pour les soins de santé est un concept largement utilisé dans la littérature sur les services de santé et l'économie de la santé (Salkever, 1976 ; Yoder, 1989). Il décrit la capacité de générer des ressources économiques par le biais de revenus, d'épargne, d'emprunts ou de prêts - pour payer des services de santé sans dépenses catastrophiques des ressources nécessaires pour les nécessités de base (par exemple la vente de maison). La pauvreté, l'isolement social ou l'endettement seraient des exemples de facteurs limitant la capacité des gens à payer pour les soins nécessaires.</p>
<p>L'utilisation des services de santé / Conséquences des soins de santé</p>	<p>La pertinence dénote l'adéquation entre les services et les besoins du client, la rapidité du soin apporté à l'évaluation des problèmes de santé, la détermination du traitement correct et la qualité technique et interpersonnelle des services fournis (Frenk, 1992 ; Krishnan, 2000 cités par LHR, 2013). La pertinence concerne l'adéquation (quels services sont fournis) et la qualité (la manière dont ils sont fournis) des services de santé et leur nature intégrée et continue (Frenk, 1992 ; Krishnan, 2000 cités par LHR, 2013).</p>	<p>La capacité à s'engager serait relative à la participation et à l'implication du patient dans la mise en place des décisions et des décisions de traitement, qui seraient elles-mêmes fortement déterminées par la capacité et la motivation à participer aux soins et à s'engager à leur achèvement. Cette dimension est fortement liée à la capacité à communiquer du patient, ainsi qu'aux notions de « literacy » en santé, d'auto-efficacité et d'autogestion en plus de l'importance de recevoir des soins réellement appropriés pour la personne, compte tenu de ses ressources et de ses compétences. Pour accéder à des soins optimaux, il faudrait donc que le patient soit pleinement engagé dans les soins. Autrement dit, il faudrait que le patient interagisse réellement avec la nature du service réellement offert et fourni.</p>

1.2 Une approche de l'accès aux soins de santé plus inclusive et davantage centrée sur les patients

LHR (2013) analysent la performance des systèmes de santé en général. Les auteurs remettent en cause le manque de clarté des concepts d'accès aux soins de santé / accès aux services de santé et d'utilisation des services de santé dont souffrent les recherches et politiques sur les services de santé. Ils relèvent également le manque de consensus dans la littérature sur les sous-dimensions de l'accès aux soins de santé ainsi que le brouillage continu de l'accès aux soins de santé en tant que concept et de ses déterminants. Bien que ne spécifiant pas clairement leur contexte d'étude, les auteurs mobilisent des études tant dans des contextes de PED que de pays développés. Ils arrivent à la même conclusion que bon nombre d'études précédentes sur la question : Il faut développer **une perspective de l'analyse de l'accès aux soins de santé beaucoup plus centrée sur les patients**. Toutefois, deux points les distinguant de ces études dans les PED nous font préférer l'approche de LHR (2013) :

Premièrement, démontrant que l'accès aux soins de santé est un processus plus complexe que ce qui apparaît en première approche, ils préconisent une focalisation sur les caractéristiques des patients, pas dans le sens où ces derniers contrôleraient l'offre de services qui serait ainsi indépendante de la demande. Les auteurs cherchent plutôt à identifier et préciser de plus larges dimensions et déterminants structurels (Margolis et *al.*, 1995), intégrant et ajustant tant des facteurs de la demande que de l'offre de soins, dans le processus d'accès aux soins de santé. Ce cadre met en lumière, quoique de façon superficielle, l'effet structurel des environnements physiques et sociaux dans le processus d'accès aux soins de santé. En outre, il prend en compte des variables individuelles (financières, organisationnelles, linguistiques et culturelles)⁹⁴, contextuelles⁹⁵ (démographiques, géographiques, sociales, économiques de la famille ainsi que les caractéristiques de son environnement de vie), communautaires et enfin relatives au système de santé (Shengelia et *al.*, 2003). C'est dire qu'en plus des caractéristiques des personnes, des ménages et des communautés d'appartenance, les ressources du système de santé, la qualité des soins de santé, la couverture du système sanitaire (Margolis et *al.*, 1995) relative au besoin de soins perçu, ainsi que l'information, peuvent entraver l'accès aux soins de santé moderne. Ces

⁹⁴ Whitehead (1992).

⁹⁵ Andersen (1995) ; Haddad (1994).

caractéristiques contextuelles de part et d'autre de la demande et de l'offre décrivent ainsi le processus par lequel l'accès est réalisé (Musgrove, 1986).

Deuxièmement, LHR (2013) parviennent ainsi à conceptualiser un cadre d'analyse de l'accès aux soins de santé, en le rendant opérationnel pour identifier le processus d'accès aux soins de santé par les populations (patients). Ce processus réel de recherche de soins inclut les différentes étapes au croisement de dimensions de l'offre et de la demande qu'un patient doit franchir pour réellement recevoir les soins nécessaires (LHR, 2013). Une telle démarche permettrait d'ores et déjà d'identifier des leviers d'action tant au niveau de l'offre que de la demande, au-delà du patient, si l'on veut rendre opérationnel et effectif l'accès aux soins de santé des individus. Cette perspective multidimensionnelle davantage relative aux populations est pertinente car elle permet d'agir d'une façon plus importante sur l'accès aux soins de santé voire la santé des patients, en intégrant des facteurs plus structurels.

1.3 Contribution et limites du cadre de LHR (2013) pour la suite de notre recherche

Le cadre de LHR (2013) présente plusieurs intérêts pour notre étude :

Premièrement, il permet de désormais considérer l'accès aux soins de santé maternelle comme un processus plus vaste, plus complexe que ne le font la plupart des travaux en sciences économiques, en intégrant des dimensions structurelles, plutôt que de mettre uniquement l'accent sur l'approche monétaire de l'utilisation des services de santé maternelle et quelques autres facteurs directs. Dans le processus de l'accès aux soins de santé, l'utilisation des services de santé est une étape qui devient effective et intervient quasiment à la fin du processus, après plusieurs étapes préalables.

Un second intérêt est que la définition de l'accès aux soins de santé par LHR (2013) nous conforte dans l'analyse systémique de l'offre et la demande de soins (maternels) qui entretiennent une véritable connexion et devront être considérées comme inséparables⁹⁶ dans la suite de notre recherche. En effet, en dépit de sa focalisation sur le patient, à travers le questionnement sur des dimensions plus structurelles, cette approche permet déjà d'embrasser une approche

⁹⁶ Cette connexion est également reconnue par l'économie des conventions (Batifoulier, 2012) qui pousse son analyse plus loin en remettant en cause la séparation néoclassique entre l'offre et la demande (comme expliqué dans la section 1.2.2 du chapitre 1

multidimensionnelle et systémique de l'accès aux soins de santé maternels, bien qu'incomplète pour une analyse systémique de la santé maternelle.

Troisièmement, les facteurs et déterminants pris en compte dans ce cadre à travers ses dimensions facilitent d'envisager une opérationnalisation de l'accès aux soins de santé maternelle. En effet, ce cadre offre la possibilité de percevoir, via des indices (critères), des dimensions relatives aux diverses capacités des patients avec lesquelles les dimensions (caractéristiques liées) des services de santé interagissent. Cela permettrait ainsi, en cas de nécessité et en particulier de faible accès aux soins de santé maternelle, de mieux orienter la formulation des politiques pouvant agir sur les failles existantes tant du côté des patients que du côté de l'offre de santé.

Un quatrième avantage pour notre étude est que ce cadre se positionne dans une démarche d'équité, qui est l'un de nos objectifs dans cette thèse. En effet, il offre la possibilité d'examiner l'allocation des ressources par rapport aux besoins sociaux et de santé, ainsi que la distribution géographique des services de santé adaptés aux besoins et facilitant l'accès (LHR, 2013). Cette préoccupation est d'ailleurs prise en compte dans certaines études sur l'équité (Musgrove, 1986 ; Braveman, 2003, cités par LHR, 2013).

En somme, ce cadre permet d'identifier les différents obstacles et facilitateurs à l'accès aux soins de santé, à travers ses différentes dimensions. Cependant, il est à noter que la résistance⁹⁷ (Frenk, 1992) de certains systèmes de santé telle celle rencontrée dans bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne entrave leurs performances respectives.

Nous pensons que cette résistance est différente d'un contexte à un autre et d'un groupe social à un autre. Briser le mur de la résistance pour les différents groupes sociaux nécessite également de rechercher et considérer d'autres catégories de déterminants, plus lointains, de sorte à mieux préparer la réponse des contextes. Mieux, nous estimons que les institutions propres à chaque contexte, les acteurs responsables ainsi que les arrangements institutionnels qui ont pu se créer ou non, peuvent renforcer ou freiner la résistance des systèmes de santé.

⁹⁷ La résistance peut être définie comme l'ensemble des obstacles qui proviennent des ressources de santé qui freinent la recherche ou l'obtention des soins.

Dans la section suivante, nous reprenons les dimensions évoquées par ce cadre, en cherchant à comprendre, par la suite, les conditions de leurs définitions et de leur amélioration dans le processus d'accès aux soins de santé maternelle et à la santé maternelle.

Section 2 : Notre proposition d'une approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne : cas de la Côte d'Ivoire

Dans cette seconde section, nous proposons d'abord notre conception de l'approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne (2.1), puis nous discutons l'argumentaire de Ridde et *al.* (2019) afin de défendre la pertinence de l'application d'une telle approche dans la santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne (2.2). Enfin, nous proposons une définition du processus de l'accès aux soins de santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne (2.3), l'introduction d'une approche institutionnelle dans la grille de LHR (2013) (2.4) ainsi que dans notre cadre adapté de l'approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire à partir de LHR (2013) (2.5).

2.1 Notre conception de l'approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne

Tout comme LHR (2013), nous considérons que l'accès aux soins de santé maternelle peut être assimilé à la possibilité pour une femme enceinte et accouchée d'être informée sur sa santé, ses besoins, ses droits, etc. Ainsi, nous concevons également l'accès aux soins de santé maternelle comme une opportunité de rechercher et d'obtenir les services et soins de santé appropriés (Haddad et Mohindra, 2002 ; Waters, 2000 ; Oliver, 2004), pour les femmes enceintes et accouchées, afin de s'assurer des CPN, un accouchement et des CPoN dans des conditions appropriées.

Nous considérons également que l'accès aux soins de santé maternelle peut être définie comme une opportunité d'avoir ses besoins de santé maternelle satisfaits. Cependant, nous tenons compte du fait que dans le contexte des pays d'Afrique subsaharienne, la nature de cette opportunité peut varier fortement en fonction des caractéristiques des personnes, de leurs ménages d'appartenance, de leurs environnements sociaux, économiques et physiques, des caractéristiques des systèmes de santé, des organisations et des prestataires de services de santé (Penchansky et

Thomas, 1981), de certaines réalités contextuelles particulières ainsi que de leur environnement institutionnel.

Ainsi, nous soutenons que cette opportunité peut être instable voire inexistante dans certains espaces, du fait de faibles arrangements institutionnels en faveur des femmes, notamment les plus pauvres. Cette opportunité de rechercher et d'obtenir les services et soins de santé appropriés est différente en fonction du fait que l'on a affaire à une femme indigente, une femme pauvre, une femme aisée, une femme éduquée, une femme mariée, une femme sans soutien familial, etc.

2.2 Réponses à l'analyse de Ridde et *al.* (2019) : les politiques de santé favorisent-elle la santé maternelle et infantile ?

Dans leur article intitulé : « La démographie au secours de la couverture santé universelle : exemples en Afrique de l'Ouest », Ridde et *al.* (2019) remettent en cause l'abandon par les politiques de santé des indigents et des personnes âgées au profit uniquement des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans, qu'ils considèrent comme les cibles essentielles des bailleurs de fonds et des politiques de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne, depuis des années. A cet effet, ils font également usage du cadre de LHR (2013), pour insister sur les déterminants non financiers de l'accès aux soins de santé. Ils semblent également soutenir que la grille de LHR (2013) est plutôt appliquée aux indigents et aux personnes âgées, qui seraient selon cet article les plus marginalisés dans le système de santé. Nous apportons deux éléments de réponse à cette discussion de Ridde et *al.* (2019).

Premièrement, un constat est qu'en dépit des politiques de santé focalisées sur les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans dans les pays d'Afrique subsaharienne, la mortalité maternelle continue de sévir dans certains pays, tels que la Côte d'Ivoire, de façon incompréhensible. Est-ce là la manifestation de politiques inefficaces ou d'un appel à conscience sur l'urgence de considérer des facteurs autres que ceux financiers ou monétaires ?

Secundo, dans une perspective d'équité, nous nous posons la question de savoir la part des femmes enceintes qui subissent, malgré tout, des inégalités de santé. Notre revue de littérature (cf section 2 du chapitre 1, chapitre 2 et section 1 du chapitre 3) a montré des dimensions de l'accès

aux soins de santé plus difficiles à se mettre en place pour les femmes indigentes⁹⁸, peu éduquées et faisant face à plusieurs autres types de contraintes et limites pour ce que nous avons pu analyser dans les chapitres précédents, à partir de l'enquête 1 (E1). Nous nous sommes donc posé la question de savoir dans quelle mesure la grille de LHR (2013) concerne tout particulièrement les femmes enceintes et accouchées indigentes et peut s'appliquer plus spécifiquement à ces dernières ?

Par ailleurs, il nous semble délicat de distinguer les femmes et les enfants d'un côté et les indigents et personnes âgées de l'autre côté. Non seulement, il existe des femmes et des enfants indigents, mais aussi des femmes non indigentes qui subissent des problèmes d'accès à la santé maternelle. L'indigence est certes et évidemment un facteur aggravant. Cependant, la littérature (OMS, 2022⁹⁹) ainsi que des données d'enquêtes (l'enquête 1 (E1), l'enquête 2 (E2), EIPSS (2021), etc.) montrent que le système est tellement défaillant qu'en moyenne, il y a des femmes qui se heurtent à un problème de dysfonctionnement du système de santé, même sans être indigentes.

La grille de LHR (2013) s'applique probablement de façon très pertinente à l'indigence car tous les critères sont convergents pour conclure que les indigents ont un accès aux soins de santé davantage limité. Cependant, dans notre étude sur la santé maternelle, le cadre de LHR (2013) est également approprié pour les raisons suivantes : non seulement il est possible d'avoir une sous-catégorie de femmes qualifiées d'indigentes, pour lesquelles il sera encore plus difficile d'accéder aux services de santé maternelle, mais aussi, parce que certains critères de LHR (2013) s'avèrent pertinents pour l'accès aux soins de santé maternelle en général. Ainsi, malgré les critiques et réflexions portées sur ce cadre par Ridde et *al.* (2019), nous considérons que LHR (2013) demeure particulièrement pertinent pour notre étude sur l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Enfin, nous jugeons important de rappeler un aspect culturel persistant dans bon nombre de ces pays d'Afrique subsaharienne : la santé maternelle n'y est souvent pas considérée comme un problème de santé nécessitant forcément un recours aux services de santé modernes. La santé

⁹⁸ Les plus pauvres des pauvres.

⁹⁹<https://www.afro.who.int/fr/news/des-penuries-chroniques-de-personnel-entravent-les-systemes-de-sante-en-afrique-dapres-une>.

maternelle a été pendant longtemps considérée comme un état qui valorise la femme surtout lorsque cette dernière fait preuve de bravoure et de discrétion aussi longtemps qu'elle le pourra, durant sa grossesse (Kochou, 2014). Ainsi, la faible acceptabilité culturelle du recours systématique aux services modernes de santé peut s'entremêler avec d'autres barrières multidimensionnelles chez certaines femmes, entretenues par des dysfonctionnements institutionnels, pour produire de mauvais résultats de santé maternelle (cf figure n°6 ci-dessous).

2.3 Définition du processus de l'accès aux soins de santé maternelle

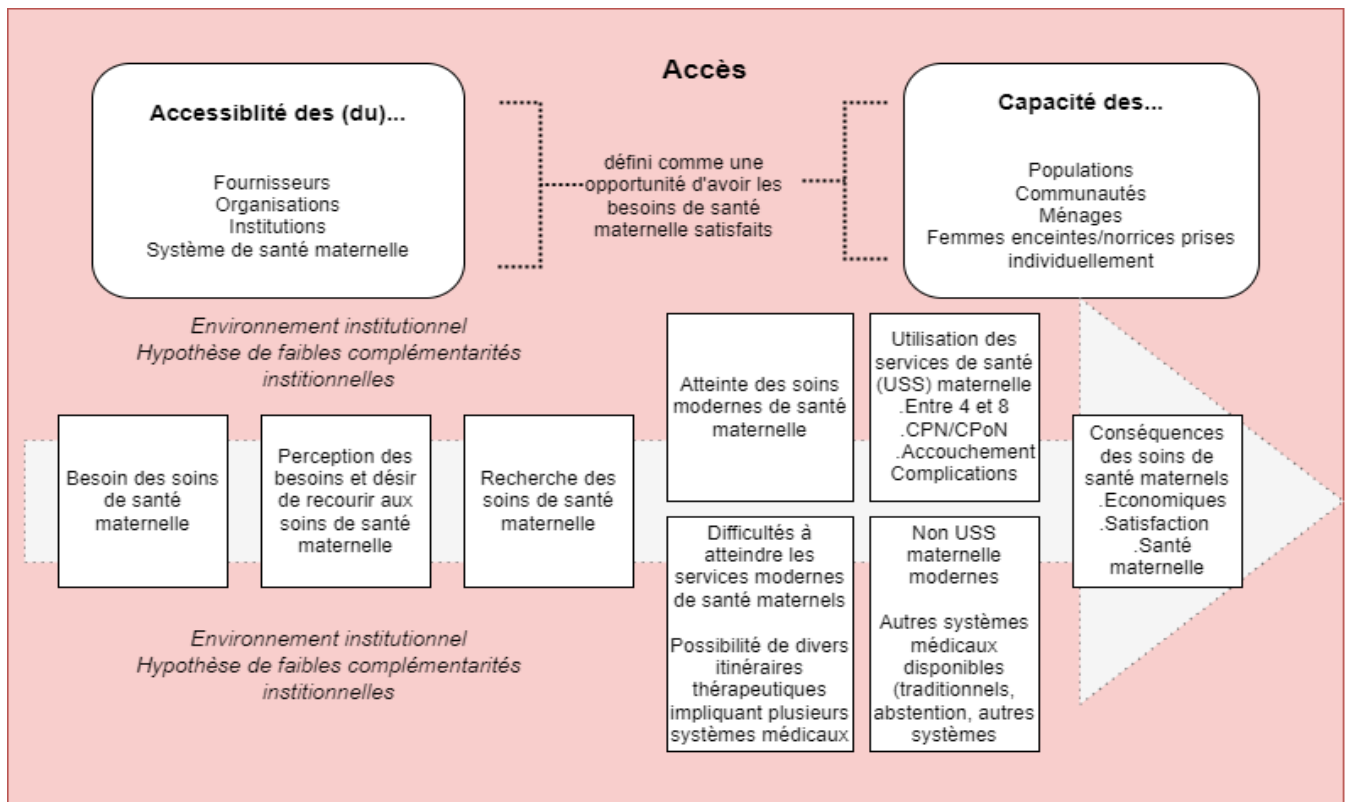
Tout comme LHR (2013), nous considérons l'accès aux soins de santé maternelle comme un processus par étapes. **L'accès aux soins de santé maternelle peut être défini comme la possibilité de rechercher les services de santé maternels disponibles, d'accéder aux ressources de santé, d'obtenir ou d'utiliser des services de santé maternels et de se voir proposer des services de CPN, d'accouchement et de CPoN appropriés et de qualité** (cf figure n°6 ci-dessous).

Pour rappel, les patientes dans notre thèse peuvent être des femmes enceintes, des parturientes, des femmes accouchées et des nourrices jusque 40 jours après l'accouchement. L'accès aux soins de santé maternelle constitue toute une séquence d'étapes aussi importantes les unes que les autres dont l'accessibilité peut représenter une contrainte ou être facilitée (cf figure n°6). Nous supposons également que pendant les différentes étapes capitales d'un tel processus, peuvent survenir chez la patiente des contraintes susceptibles de modifier la trajectoire dudit processus. Comme LHK (2013), nous assimilons l'accès aux soins de santé maternels que nous considérerons comme une opportunité d'avoir à la fin du processus, les soins de santé maternelle dispensés, à l'accès réalisé ou encore à l'utilisation effective et satisfaite des services de santé maternelle. Toutefois, certaines femmes bénéficieront de services de santé modernes, tandis que d'autres se contenteront de soins traditionnels. Une autre catégorie de femmes ne pourrait bénéficier ni de services modernes de santé, ni de soins traditionnels.

Ainsi, en fonction de leurs réalités contextuelles, de leurs valeurs et codes moraux, de leurs caractéristiques personnelles – y compris leur niveau d'éducation et/ou leur niveau de conscience sanitaire – et bien d'autres caractéristiques qui leur sont imposées par les arrangements institutionnels en place – les femmes rechercheront les soins et services de santé modernes et/ou traditionnels, à leur disposition et selon leurs possibilités respectives. Il est possible que des

femmes n'utilisent pas effectivement ou de manière satisfaisante les services de santé maternelle et n'achèvent donc pas le processus tel que défini par LHR (2013). La performance du système de santé maternelle résulte partiellement de la conséquence de la réalisation de telles séquences (ou itinéraires thérapeutiques variés) pour chacune des patientes concernées.

Figure n°6 : Une définition de l'accès aux soins de santé maternelle par l'auteur à partir de LHR (2013)



Source : Auteure

2.4 Introduction d'une approche institutionnelle dans la grille initiale de LHR (2013)

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, comme dans tout autre pays, émergent des institutions et des arrangements entre elles qui guident, orientent voire contraignent les choix des individus. Dans notre cadre, nous supposons que les institutions et les arrangements institutionnels présents dans le système de santé, pris au sens large, guident les patientes (femmes enceintes et accouchées) et contraignent souvent leurs actions.

Ces institutions et arrangements institutionnels jouent donc un rôle fondamental dans le processus d'accès aux soins de santé maternelle ou d'utilisation des services de santé maternelle allant jusqu'à modifier ou suspendre parfois les étapes de la séquence de soins (telle que décrite par LHR, 2013). Les caractéristiques économiques, sociales, physiques et structurelles (Löhnroth, *et al.*, 2009 ; LHR, 2013 ; Margolis *et al.*, 1995) sont directement liées aux institutions en présence et aux arrangements institutionnels, dans le contexte d'étude. Nous supposons que les différentes dimensions rencontrées aussi bien du côté de l'offre que de la demande et qui se complètent lors de différentes séquences de soins envisageables sont en quelque sorte le reflet des arrangements institutionnels en présence, dans le champ de la santé au sens large¹⁰⁰, ainsi que des CI¹⁰¹ (faibles ou fortes, mauvaises ou bonnes) qui existent entre elles.

Engager une action ou des politiques sur ces caractéristiques et dimensions structurelles et davantage liées aux populations pour une amélioration de l'accès aux soins de santé maternelle et de la santé maternelle devrait, entre autres, passer par des changements institutionnels, voire de meilleurs arrangements institutionnels qui peuvent être longs à mettre en place. Nous précisons mieux ces aspects de notre cadre dans le chapitre 6, après avoir discuté une revue de littérature sur différentes conceptions d'institutions et de complémentarités institutionnelles (CI) dans le chapitre 5. Cette discussion nous permettra de retenir les conceptions de CI les mieux appropriées pour notre contexte d'étude.

2.5 Proposition de notre cadre d'approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire à partir de Levesque Harris et Russell (2013)

A ce stade, nous tentons non seulement de discuter le cadre et les différentes dimensions empruntées à LHR (2013) dans le champ de la santé maternelle en Côte d'Ivoire, mais aussi nous essayons de compléter leur cadre conceptuel en fonction des spécificités de la santé maternelle, notamment en Côte d'Ivoire et des arrangements institutionnels pouvant y exister.

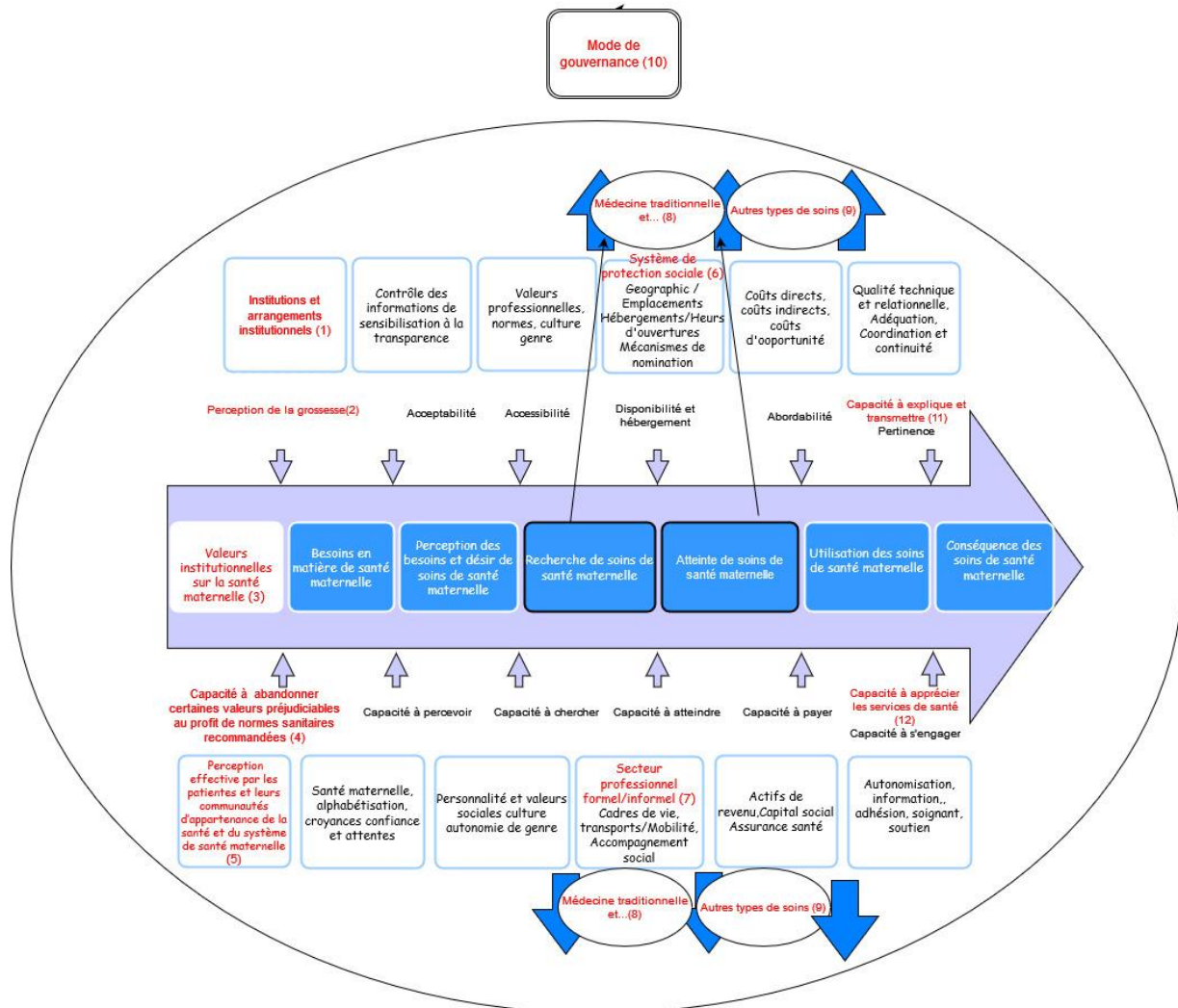
¹⁰⁰ Le système de santé au sens large est le système de santé incluant d'autres secteurs qui influencent indirectement la santé.

¹⁰¹ Cette notion de complémentarités institutionnelles (CI) sera mobilisée plus loin dans la thèse, dans les chapitres 5, 6, 8 et 9.

2.5.1 Le cadre de Levesque Harris et Russell (2013) adapté à la santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne

Approcher l'accès aux soins de santé maternelle par le cadre de LHR (2013) nous paraît intéressant. Une telle approche ouvre une piste à l'étude des DSS maternelle et permet une approche systémique. Notre proposition d'un cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé maternelle se présente comme suit (cf. figure n°7 ci-après). Nous y ajoutons en rouge des éléments afin de l'enrichir pour son adaptation à la santé maternelle en Côte d'Ivoire et dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Figure n°7 : Un cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé maternelle adapté par l'auteur à partir du cadre de LHR (2013)



Source : Auteurs

2.5.2 Description des dimensions supplémentaires présentées dans la figure n°7

Tout d'abord, conformément à nos commentaires précédents, nous tenons non seulement à ajouter en début de séquence **les valeurs culturelles institutionnalisées/ institutionnelles (3)**, notamment celles relatives à la santé maternelle, mais également, **les institutions formelles/ formalisées et arrangements institutionnels (1)** en place dans le contexte d'étude et exerçant une influence sur le processus de l'accès aux soins de santé maternelle pour une patiente et sur sa santé.

Il existe donc des institutions qu'il est possible d'identifier à chacune des sept étapes (plutôt que six comme dans le cadre de LHR (2013) de cette séquence d'accès aux soins de santé maternelle. Ces institutions et arrangements institutionnels prévalent du fait **du mode de gouvernance établi par la puissance publique (10)** et bien d'autres acteurs du système. Nous estimons que la gouvernance du système par la puissance publique est essentielle et depuis le début du processus dans l'orientation et la définition des arrangements institutionnels ainsi que dans la construction de l'environnement structurel.

De plus, nous ajoutons en début de séquence, **la perception** par les patientes et leurs communautés d'appartenance, **de la santé, de la grossesse et du système de santé maternelle (2)** ainsi que des ISS maternelle créées. On pourrait considérer deux niveaux de cette perception de la santé maternelle. Non seulement, la perception de la santé maternelle généralement induite par la gouvernance, les arrangements institutionnels en place y compris les valeurs culturelles, l'historicité de la santé maternelle, mais aussi la **perception effective** par les patientes et leurs communautés d'appartenance **de la santé et du système de santé maternelle (5)**. Cette seconde perception de la santé maternelle est davantage influencée par leur niveau d'éducation et de connaissances facilitant ou non la reconnaissance du bien-fondé d'un suivi médical pendant la grossesse, en dépit du poids des valeurs culturelles institutionnalisées. Plus ce niveau de « literacy ¹⁰²» est élevé, plus la séquence de l'accès aux soins de santé maternelle telle que présentée dans le cadre adapté de LHR (2013) a des chances d'être poursuivie dans ses étapes. Ce niveau de discernement est ce qui va conduire les patientes et/ou le chef de ménage à **abandonner des pratiques et/ou coutumes préjudiciables pour la santé de la mère et de l'enfant et faire au mieux pour se conformer à des normes recommandées et plus adaptées aux besoins de**

¹⁰² Littéralement la « literacy » traduit le niveau d'alphabétisation. Mais notre analyse est au-delà. « Literacy » traduit le niveau de connaissances et de savoirs.

santé (4). Moins la femme ou le chef du ménage qui décide est éduqué, plus la séquence d'accès aux soins de santé (modernes) a des chances d'être interrompue. Cette perception de la santé maternelle peut ainsi être remise en cause par la prédominance d'autres valeurs et/ou « devoirs » de la femme présentes dans certaines cultures africaines. L'emprise des occupations professionnelles ou d'autres activités considérées comme un devoir féminin peut freiner les femmes dans leur décision de recourir aux services de santé (Ilboudo *et al.*, 2016).

Par ailleurs, dans la séquence des étapes formulées dans le cadre de LHR (2013), seuls les soins et services modernes semblent être pris en compte. Cependant, comme déjà abordé plus haut, il existe dans les pays d'Afrique subsaharienne, des traditions médicales (telles que le recours au praticien traditionnel, etc.) se caractérisant par des « connaissances peu organisées, diffuses et fragmentaires » (Haddad, 1992) qui concurrencent la médecine moderne. Les femmes recourent parfois à la **médecine traditionnelle (8) voire d'autres types de soins (9)**, par culture médicale et souvent par contrainte, n'ayant effectivement pas les moyens de recourir aux services de santé modernes (cf chapitres 1 et 2). Nos données d'entretiens révèlent un recours à la médecine traditionnelle par $\frac{3}{4}$ des femmes interviewées toutes catégories sociales confondues et par 100 % des femmes considérées comme pauvres. Cette fréquence de recours à la médecine traditionnelle justifie la pertinence de la médecine traditionnelle (8) comme une alternative et une étape supplémentaire plus que décisive dans la séquence de l'accès aux soins de santé entre la recherche des soins et l'atteinte des services et soins de santé maternelle.

En dépit de leur influence insuffisamment objective et difficilement démontrable sur la santé des mères et sur la performance du système de santé, nous estimons que **la médecine traditionnelle et d'autres types de soins (automédication, etc.) (8 et 9)** pourraient donc être intégrés dans le cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé en général et maternels en particulier. En outre, l'existence **d'un système de protection sociale (6)** telle une assurance maladie, une complémentaire santé ou l'existence d'une gratuité ou d'une subvention peut rendre plus accessible, notamment financièrement les ressources de santé disponibles.

De même, **l'occupation des femmes et/ou de leurs conjoints dans le secteur formel** favorise souvent l'accès à une assurance maladie contrairement à celles (et/ou dont les époux) qui sont **occupées dans le secteur informel (7)** et qui peuvent être contraintes à supporter un paiement direct élevé pour les soins de leurs poches. Ces dernières peuvent subir des dépenses

catastrophiques et/ou perdre des ressources en recourant aux services de santé modernes (subissant des coûts d'opportunité élevés à recourir aux services modernes de santé plutôt que de consacrer leur temps à leurs activités quotidiennement génératrices de revenus). Enfin, nous avons observé durant l'enquête 1 (E1), notamment pendant la période post-natale, dans les établissements sanitaires publics, peu d'échanges sur le contenu et les raisons des actes posés par les prestataires aux patientes. Quand ils existaient, les échanges souvent unilatéraux, laissaient entrevoir une certaine supériorité des prestataires envers des patientes indifférentes qui recevaient souvent sans curiosité manifeste tout ce qui leur était demandé et tout ce qui était posé comme acte médical. Lorsque nous avons posé des questions aux prestataires concernant certains actes incompris, soit les réponses n'étaient pas claires, soit il n'y en avait pas. Ainsi, nous soutenons que la pertinence des soins est une dimension qui doit également porter sur **la capacité du prestataire à expliquer et transmettre (11)** systématiquement tous les services fournis. De même, **la capacité des patientes à apprécier les services de santé (12)** proposés pourrait être imbriquée dans leur capacité à s'engager.

Pour récapituler, certaines catégories de femmes, malgré leur perception de besoins de soins de santé maternelle, rechercheront les soins selon la séquence telle que décrite par LHR (2013), sans pouvoir aboutir à un accès réalisé ou une utilisation effective des services appropriés de santé maternelle à la fin du processus d'accès. La bonne poursuite du processus d'accès aux soins de santé maternelle dépend des arrangements institutionnels en place qui peuvent être défavorables à ces catégories de femmes. Une autre catégorie de femmes se tournera dès le début ou à un moment donné vers les soins de santé traditionnels ou d'autres types de soins. Lorsque la séquence de l'accès aux soins de santé telle que décrite par LHR (2013) est engagée, certaines femmes peuvent interrompre toute recherche de soins pour différentes raisons : ignorance, faibles accessibilités, contraintes trop importantes etc. A l'inverse, d'autres ne renoncent pas à rechercher des soins en fonction des possibilités pour elles, surtout quand le besoin de santé est élevé dans un contexte où il y a effectivement d'autres alternatives (la médecine traditionnelle ou d'autres types de soins).

Il peut arriver que les services de santé modernes soient inaccessibles à des femmes qui recourront à des services traditionnels pouvant être plus accessibles. Il existe également des situations où des femmes, malgré des arrangements institutionnels en leur faveur à la poursuite de

la séquence, rechercheront également à associer ces autres alternatives de soins à l'utilisation des services de santé maternelle. Nos entretiens révèlent qu'1/3 des femmes socialement aisées et fréquentant le secteur privé recherchent plusieurs types de soins, y compris modernes, de façon concomitante. Il est donc possible que la séquence de l'accès aux soins de santé telle que décrite par LHR (2013) soit interrompue, du fait d'autres itinéraires s'imposant plus ou moins aux femmes. Nos entretiens (cf chapitre 1 section 2.1.3) révèlent que ces soins alternatifs, notamment la médecine traditionnelle, jouissent de la confiance des femmes concernées car ils produisent un bien-être que ne fournirait pas toujours la médecine moderne pour certains problèmes de santé. Ce qui motive la complémentarité entre ces deux systèmes médicaux. La séquence telle que décrite par LHR (2013) est ainsi susceptible d'être déviée ou élargie à d'autres alternatives de soins. Il est difficile, à ce jour, d'évaluer objectivement les conséquences de ces autres alternatives de soins ainsi que les étapes rencontrées. Nos enquêtes qualitatives (l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2)) ainsi que l'EIPSS (2021) en Côte d'Ivoire nous fournissent des données.

2.5.3 Pertinence des différentes dimensions dans le processus d'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire

Dans l'optique d'approfondir les recherches sur l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire, nous avons jugé nécessaire de conduire deux enquêtes qualitatives : l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2)). Pour rappel, l'enquête 1 (E1) nous permet de mieux évaluer les difficultés et dimensions, notamment à travers la perception de l'accès aux soins de santé maternelle, du système de santé maternelle et de leur santé par les patientes (interviewées tant dans les établissements sanitaires privés que publics), par les professionnels de santé, par des acteurs institutionnels, etc. L'enquête 2 (E2) nous a permis de questionner les arrangements institutionnels dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire.

Ces deux enquêtes nous permettent de justifier les dimensions du cadre de LHR (2013) adapté. Elle permet, non seulement de savoir si les patientes, en Côte d'Ivoire, reçoivent les services conformément à leurs besoins et aux normes internationales de santé, mais aussi leur connaissance des services disponibles ainsi que leur perception du système, de la distance à parcourir, de l'utilité de l'utilisation des services de santé maternelle, etc. Les diverses sources d'informations et de perceptions (patientes, prestataires de soins de santé, acteurs institutionnels, etc.) permettent de mieux renseigner les différentes dimensions de l'accès aux soins de santé

maternelle et prendre en compte des dimensions aussi importantes pour nos réflexions mais insuffisamment prises en compte en sciences économiques. C'est en ce sens que LHR (2013) soutient que la recherche méthodologique devrait faciliter le développement d'outils de mesure permettant de mieux cerner la complexité de l'accès. Selon LHR (2013), des analyses de méthodes mixtes peuvent être nécessaires.

Nous décrivons, dans cette sous-section, les dix différentes dimensions de notre cadre adapté de LHR (2013), à partir de données de l'enquête 1 (E1), l'enquête 2 (E2), l'EIPSS (2021) et de données de la littérature.

a) L'accessibilité

L'accessibilité est une dimension très importante que nous proposons de développer principalement à partir de notre enquête 1 (E1) et de la littérature. Elle constitue, d'après le cadre de LHR (2013), l'un des points de départ de la mise en route des autres dimensions. Malheureusement, l'accessibilité en Côte d'Ivoire est encore faible pour un nombre significatif de femmes du fait de leur faible niveau d'éducation et de leur faible accès à l'information, notamment chez les populations pauvres ainsi que dans les zones rurales et reculées.

Certaines femmes ignorent encore le calendrier ainsi que les objectifs des soins prénatals (Niang *et al.*, 2015). Nos entretiens avec les prestataires de services de santé de niveaux différents dans les établissements publics sanitaires (EPS) en Côte d'Ivoire révèlent que l'information détenue par les prestataires de services de santé sur le terrain au sujet des politiques ou programmes de santé (cas de la politique de gratuité ciblée) est modifiée et altérée depuis le sommet de la hiérarchie jusqu'au plus bas de la chaîne de transmission, sur le terrain. Il existerait donc un gap entre les politiques telles que formulées et officiellement annoncées et leur mise en œuvre sur le terrain.

A titre d'exemple, l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2) ont fait montre de véritables dysfonctionnements existant davantage au niveau du dispositif de la politique de gratuité ciblée des soins en Côte d'Ivoire et engendrant les conséquences constatées sur le terrain. La politique de gratuité ciblée annonce une couverture totale du suivi prénatal y compris les bilans prénatals

et échographies ainsi que de l'accouchement tandis que nos entretiens avec des acteurs tels que PGP.1¹⁰³, SF.5.1¹⁰⁴, F.12.1, Phpr.2.1¹⁰⁵ en relatent des pratiques différentes comme suit :

-PGP.1 : *« La politique de gratuité était universelle au départ, en 2011. En effet, elle a été mise en place par le gouvernement, au lendemain de la crise socio-politique que venait de vivre la Côte d'Ivoire, afin de permettre aux populations de faire face à leurs besoins de santé. Face aux coûts énormes engendrés pour l'Etat, la politique de gratuité a été par la suite ciblée à une catégorie de personnes, à savoir les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. La gratuité ciblée touchait tous les actes médicaux, examens et produits concernant ces deux catégories de patients ciblés. À la suite d'une autre difficulté de coûts énormes, notamment face à une rupture de produits, de réactifs, le manque de fourniture au niveau central et des difficultés à satisfaire tous les patients et leurs parents, elle a été réduite à 13 produits dont 6 pour les femmes enceintes et 7 pour les enfants de moins de 5 ans, en ce qui concerne les médicaments. Et je sais qu'au début de la gratuité ciblée, les CPN ainsi que les deux échographies des deux premiers trimestres étaient concernées par la gratuité. Je crois bien que le bilan prénatal l'était également, mais je ne sais pas trop. Je pense que ce sont seulement les CPN et les kits d'accouchement. Nous pouvons nous rendre chez le **médecin biologiste** qui pourra nous en dire plus. ».*

-SF.5.1 : *« La consultation et l'accouchement sont gratuits, cependant, les kits ne contenant pas l'essentiel des médicaments, nous sommes obligés de prescrire des ordonnances aux femmes et parents pour avoir le nécessaire visant à réaliser l'accouchement »*

-F.12.1 : *« Et puis même si elle existait, dans les faits, je paie quand même à chaque consultation. J'ai payé le carnet+2000f pour qu'on me regarde lors de ma 1^{ère} consultation. Pour la 2^{ème}, à Yopougon, j'ai payé 1000f. Et pour la 3^{ème} consultation, j'ai payé 1000f »*

-Phpr.2.1 : *« Les femmes sont censées aller à l'hôpital pour un certain nombre d'activités : CPN, Accouchement, consultations postnatales, Planification familiale : c'est le paquet minimum d'Activité (PMA). Les prestataires de services de santé ne lisent pas très souvent*

¹⁰³ Pharmacien d'hôpital public enquêté pendant l'enquête 1.

¹⁰⁴ Sage-femme 5 enquêtée pendant l'enquête 1.

¹⁰⁵ Pharmacien privé 2 enquêté pendant l'enquête 1.

les directives, c'est de « bouche à oreille » qu'ils se transmettent l'information. Tout ceci n'est pas fait pour améliorer l'accès aux soins maternels, notamment les trois principaux retards (SONU) 1- communautés 2-transport et référence 3- prise en charge par les prestataires de services de santé »

Ainsi, l'information finalement reçue et perçue par les praticiens directement en contact avec les patientes n'est pas la même que ce que les familles écoutent et reçoivent dans les médias. Les patientes et leurs familles y perçoivent un manque de transparence qu'elles attribuent aux prestataires de services de santé car elles argumentent que ces derniers facturent souvent pour des activités et des produits censés être gratuits. Les prestataires de services de santé, qui se plaignent déjà d'un mauvais traitement, font également face à ce dilemme d'une disponibilité de kits d'accouchements entre autres et se trouvent souvent accusés de corruption. En réalité, les informations officiellement communiquées ne semblent pas correspondre aux réalités vécues dans l'application, désorientant ainsi tant les prestataires de services de santé (sages-femmes, infirmiers, etc.) que les patientes et leurs familles.

D'ailleurs, certains prestataires de services de santé ont reconnu que la vente des kits censés être gratuits est une réalité dans des établissements sanitaires en Côte d'Ivoire surtout lorsque la quantité des kits d'accouchement fournis par l'Etat est largement en deçà de la demande moyenne réelle de l'établissement sanitaire. Ils se plaignent de souvent recevoir ces kits incomplets, manquant de l'essentiel pour réaliser un accouchement en toute sérénité. Face à une telle désillusion et un manque de confiance s'installant chez les patientes et les communautés, d'éventuelles campagnes de sensibilisation pour un changement de comportement des femmes à l'utilisation des services de santé maternelle modernes pourraient avoir peu de portée. Les effets pervers de la politique de gratuité ciblée sont décriés par plusieurs acteurs enquêtés tels que les prestataires SF.1.1 et SF.3.1 à travers les verbatims suivants :

-SF.1.1 :« C'est une mauvaise politique. L'Etat nous crée des problèmes à tout moment. Les parents nous grondent du fait des soins à payer et médicaments à acheter. Il serait préférable de ne pas parler de gratuité des soins ou encore de politique de gratuité. Les kits également ne contiennent pas les médicaments pouvant intervenir dans la lutte des maladies présentant un danger pour la femme au moment de l'accouchement ou faire face à des situations présentant des risques de mortalité chez la femme enceinte (crise d'éclampsie fréquente avant et après l'accouchement). En plus, très souvent il y a le besoin

réel de ces produits pour calmer les éclampsies dans un premier temps et ensuite évacuer ou référer la patiente à un centre de référence, lorsqu'on est un centre de niveau 1. Cependant, même le centre de santé souvent n'en dispose pas et le temps de référer la patiente, il peut s'en suivre des complications, voire un décès. Les kits ne contenant pas l'essentiel des médicaments, nous sommes obligés de prescrire des ordonnances pour avoir le nécessaire visant à réaliser l'accouchement ».

-SF.3.1 : « ... Même le matériel donnant la position et les battements du bébé est absent pourtant très nécessaire pour les CPN. Le souhait du personnel de santé est que les kits d'accouchement soient améliorés ».

Le développement de cette dimension de l'accessibilité permet de comprendre comment un simple problème d'information ou une mauvaise communication peuvent perturber tout un système et créer des dysfonctionnements et effets pervers au détriment de tous les acteurs du système de santé.

b) La capacité à percevoir le besoin de soins

La capacité à percevoir le besoin de soins, dimension complémentaire à l'accessibilité, étant déterminée par la « literacy » en santé, les connaissances sur la santé ainsi que les croyances liées à la santé (LHR, 2013) maternelle, l'accentuation des inégalités en Côte d'Ivoire créée par cette dimension est patente. En effet, les femmes faiblement éduquées et/ou pauvres auront une faible capacité à percevoir le besoin de santé en cas de grossesse, contrairement aux femmes éduquées et/ou aux époux éduqués. Nos enquêtées dans les établissements sanitaires privés ont au moins le niveau BAC. 50 % d'entre elles ont un niveau Master. 30 % d'entre elles ont un niveau BAC+2, 10 % ont un niveau BAC+3. 10 % ont le niveau BAC. 100 % de ces femmes interviewées dans un établissement sanitaire privé ont effectué leur première visite dans un établissement sanitaire, durant le premier trimestre, pour confirmer leur grossesse, voire pour prendre le premier RDV et débiter leurs CPN, contre 40 % des femmes enceintes et accouchées interviewées dans des établissements sanitaires publics. Parmi ces 40 %, 25 % ont recouru à un établissement sanitaire la première fois pour des problèmes de santé tandis que les 75 % des 40 % étaient des multipares averties sur la nécessité de débiter tôt leurs CPN.

Comme le relatent ces trois enquêtées, la première F.9.1 recourant aux CPN dans un établissement sanitaire public, la seconde F.21.1, dans un établissement sanitaire privé et la troisième SF.5.1, une sage-femme du public par le biais des verbatims ci-dessous :

-F.9.1 : « *Je ne savais pas que c'était important d'aller à l'hôpital ; malgré la bonne santé, j'y suis allée car je voulais éviter les remontrances des sages-femmes* ».

-F.21.1 : « *Etant d'un certain niveau intellectuel et ayant beaucoup de médecins dans mon entourage, je ne pouvais pas ne pas accorder une importance aux premières consultations prénatales durant le premier trimestre.* »

-SF.5.1 : « *Non, les dames que nous recevons dans les hôpitaux publics, notamment dans le centre de santé d'Adjamé Bingerville ne suivent pas réellement les CPN. Au lieu de commencer à 2 mois et ½ ou 3 mois, elles viennent souvent à 6 mois surtout les analphabètes. Leurs amies leur disent que c'est quand le bébé bouge qu'il faut se rendre au centre de santé. Elles n'aiment pas faire leur bilan souvent jusqu'à l'accouchement. Parfois même le groupe sanguin, qui est tant important pour savoir que faire en cas d'urgence, n'est pas su à leur accouchement. Certaines misent sur leurs expériences multiples pour se rassurer que tout va bien et se donnent des arguments de ne pas faire les bilans. Pourtant, elles arrivent à s'acheter des pagnes pour des cérémonies. Certaines vont relater les problèmes avec leurs époux ou le fait qu'ils sont pauvres ou qu'ils ne veulent pas. La sage-femme administre parfois des soins (consultations) gratuits. En revanche, les plus éduquées viennent souvent à 2 mois voire 1 mois* ».

Dans son rapport de Janvier 2004, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (cité par Boidin, 2008) soulignait effectivement que : « l'inégalité dans l'information (...) constitue l'une des plus profondes inégalités dans l'accès aux soins ».

c) L'acceptabilité

L'acceptabilité des services de santé modernes peut se trouver négativement impactée quand les femmes et/ou leurs époux, ainsi que leurs communautés d'appartenance ont une mauvaise perception du système de santé, de la qualité des services et/ou qu'elles ont d'importantes charges domestiques et/ou n'ont aucun moyen de choisir mieux que des services modernes délivrés dans des EPS souvent inaccessibles (au niveau financier, géographique,

disponibilité des prestataires de services de santé), peu appréciés et controversés. Ces dernières finissent par s'orienter vers d'autres alternatives de soins telles que celles traditionnelles (moins coûteuses), l'automédication voire l'abstention, comme le relate F.4.1 via le verbatim suivant :

-F.4.1 : « Médicament à moindre coût (200f et 500f) et peut durer entre 3 à 5 mois. J'ai donc préféré recourir aux soins traditionnels moins chers que les consultations à l'hôpital. Il y a des médicaments de palu, plaie de ventre (africains), accouchement facile, fatigue... achetés au marché ou même qu'on trouve souvent au quartier par chance ».

De plus, les rapports de genre inégaux dans lesquels les femmes sont subordonnées aux hommes ainsi que leur faible autonomie restreignent leur pouvoir de décision sur leur propre santé (Niang et al. 2015). Dans certains cas, du fait de mariages coutumiers et/ou arrangés, ces dernières devraient d'abord avoir l'aval de leurs époux voire leurs belles-mères (Niang et al. 2015).

D'ailleurs, nos entretiens révèlent que certains hommes pourraient occasionner des difficultés financières, culturelles et/ou religieuses à ce que leurs épouses enceintes se fassent ausculter selon les normes médicales pendant leur suivi prénatal. Cette situation est relatée par divers acteurs enquêtés tels que F.6.1 et ONG.4.2¹⁰⁶ par le biais des verbatims suivants :

-F.6.1 : « Je ne suis pas allée avant le 4^{ème} mois car je n'étais pas malade et mon mari aussi qui finance les dépenses m'a déconseillée d'y aller tôt »

-ONG.4.2 : « Il y a un problème d'autonomisation des femmes. Les mariages forcés, précoces, non reconnus par le père ou non consentis leur sont très défavorables. C'est le cas d'une fille de 16 ans que nous avons essayé de suivre. Elle a été mariée de force et subit dans son foyer dirigé par l'époux de 70 ans. Pas de droit de parler ni de prendre des contraceptifs sans l'accord de l'époux qui serait très attaché aux traditions. Elle fournit tant d'effort dans sa belle-famille à travailler qu'elle manque souvent de l'énergie à se déplacer pour les CPN. Nombreuses sont les femmes dans cette situation ».

Cette conception de l'acceptabilité conforte celle évoquée et illustrée par LHR (2013), selon laquelle certaines valeurs culturelles et sociales pourraient freiner les hommes et femmes célibataires à se faire ausculter par des prestataires de services de santé de sexe opposé. Chez les

¹⁰⁶ ONG interviewée 4 de l'enquête 2.

hommes mariés, de telles valeurs culturelles peuvent créer des obstacles au suivi prénatal de leurs épouses.

L'acceptabilité est également liée à la **disponibilité et l'accueil**, surtout quand les accès sont inégaux. Une perception de l'existence d'inégalités d'accès aux services de santé modernes peut effectivement influencer négativement l'**acceptabilité**. La mauvaise information ainsi que le manque de communication ou de retours au niveau des services et biens disponibles, tel qu'argumenté à la section 2.5.3.1, remettent en cause la **disponibilité et l'adaptation**, notamment dans les EPS, etc. L'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2) ont fait ressortir un manque de suivi-évaluation des politiques de santé en Côte d'Ivoire. Dans le cas de la politique de gratuité ciblée, il peut s'agir d'une asymétrie d'information concernant les kits d'accouchement ou le niveau de gratuité des soins de santé maternelle. Cette politique de gratuité ciblée semble rencontrer d'énormes difficultés dans sa mise en œuvre. Le manque de suivi-évaluation de ladite politique ne facilite pas la remontée des difficultés et le dénouement des goulots d'étranglement existants. Ces tensions sont confortées par divers acteurs enquêtés dont Phpr.2.1, MB.1¹⁰⁷, DGHG¹⁰⁸, F.8.1 à travers les verbatims ci-dessous :

-Phpr.2.1 : « *Les centres de santé publics, c'est moins cher que dans les cliniques mais ce n'est pas gratuit. La gratuité ciblée bien mise en place, voire la gratuité totale est possible, cependant, tant qu'il y aura la mauvaise foi, mauvaise volonté, méchanceté et corruption, son application sera très difficile. La gratuité est vraiment partielle. Les femmes enceintes paient les médicaments même dans les pharmacies publiques, eau de javel, gants, savon, des médicaments et produits pour les soins surtout en cas de césarienne. Nous en recevons énormément qui viennent ici, surtout quand le produit n'est pas disponible en pharmacie publique.* »

-MB.1 : « *Au départ, le bilan prénatal (NFS, toxo, uréglicémie, groupe rhésus et BW ou syphilis) était totalement gratuit hormis la rubéole et l'électrophorèse pour les patientes incitées à les faire pour une raison ou une autre. Mais progressivement, à la suite d'une rupture d'intrants au niveau central et donc une rupture de fourniture d'intrants de la part de l'Etat, et du fait de certains examens ne se faisant pas à l'hôpital, notamment pour la*

¹⁰⁷ Médecin biologiste d'un hôpital général interviewé de l'enquête 1.

¹⁰⁸ Directrice générale de l'hôpital général interviewé pendant l'enquête 1.

toxos, la rubéole et l'électrophorèse, mais dans d'autres laboratoires, nous faisons payer aux femmes. Nous ne disposons pas des réactifs pour la toxo et la rubéole et n'avons pas le matériel pour réaliser l'électrophorèse. Ainsi, nous sommes obligés de recourir à d'autres laboratoires pour réaliser ces examens. Si nous considérons ces examens supplémentaires, cela devrait coûter 19000 F CFA. Mais l'hôpital fait payer une somme forfaitaire de 10000 FCFA à toutes les femmes enceintes pour effectuer un recouvrement pour toutes les dépenses effectuées par l'administration de l'hôpital. En tout cas, lorsque les femmes arrivent, elles présentent des tickets de gratuité, mais lorsqu'on leur demande, elles disent payer 10000 F CFA. Je ne sais pas comment tout ça se passe, il faut demander à l'administration ».

Or, selon les propres propos du médecin biologiste (MB) : « *Ces examens supplémentaires et bilan prénatal basique, réalisés hors de l'hôpital et qui font qu'on prend avec ces femmes, la somme de 10000 F, ne sont pas demandés à toutes les femmes.* »

Et selon la directrice générale du même établissement sanitaire :

-DGHG.1 : « ...c'est gratuit pour les deux premiers trimestres et payant pour le dernier trimestre, et ce, depuis le début de la gratuité et moi je n'ai pas connaissance d'autre chose appliquée dans cet hôpital. C'est pareil pour le bilan prénatal, il est gratuit... Mais où est ce qu'elles paient ces femmes, moi je veux bien savoir ! On leur donnerait des tickets de gratuité pendant qu'elles paient des montants... ».

Tandis que 100% des femmes que nous avons interrogées dans cet hôpital et qui attestent avoir fait leur bilan prénatal, affirment devoir payer 10000 F CFA pour le bilan prénatal.

-F.8.1 : « Je souhaiterais m'y rendre, cependant, du fait de l'échographie à 10000f, je préfère me rendre dans une clinique où cela coûte 6000f ».

D'après la littérature également, la conception de l'acceptabilité est effectivement liée à la qualité des services de santé qui est importante. Il se peut que certains services soient inéquitables dans leur organisation, ce qui les rend inacceptables pour certaines sections de la communauté qu'ils sont censés servir (Whitehead, 1998 cité par LHR 2013). Cette dimension représente un

facteur important à interroger davantage, notamment dans le cas de la santé maternelle. En effet, 27 sur 31 des femmes enquêtées (ainsi que des membres de leurs familles dont l'époux), toutes catégories sociales confondues, durant l'enquête 1 (E1), en Côte d'Ivoire, apprécient davantage **les services dispensés par les établissements sanitaires privés qui semblent être généralement mieux acceptés, mieux appréciés et plus satisfaisants que ceux fournis dans les EPS**. Pourtant, ces établissements sanitaires privés n'appliquent à ce jour ni la politique de gratuité ciblée ni toute autre réforme telle que la CMU¹⁰⁹ qui puisse permettre aux femmes pauvres d'y bénéficier également des services de santé désirés. Ce constat est conforté par divers acteurs interviewés tels que F.22.1, F.29.1 et F.28.1 à travers les verbatims suivants :

-F.22.1 : « *J'ai préféré faire mon suivi et accouchement au privé car l'accueil au public n'est pas top et le plateau technique n'est pas bien fourni donc en cas d'urgence, même dans les CHU, ils n'ont pas toujours de quoi faire face à l'urgence* »

-F.29.1 : « *Ayant une assurance je préfère aller au privé pour ma santé et une meilleure prise en charge. Car le personnel est aux petits soins. Il y a l'attention meilleure prise en charge que le public. Donc autant en profiter avec l'assurance* ».

- F.28.1 : « *Les attentes au niveau de la caisse et des prises de constantes et des assurances sont très longues cependant le médecin, c'est impeccable. Très bonne prise en charge, très bon accueil et excellente qualité des soins* »

Une autre source d'inégalité est que le suivi des femmes enceintes dans les établissements sanitaires privés est assuré par un gynécologue tandis que dans les établissements sanitaires publics, il est assuré par des sages-femmes. Ce qui constitue une motivation supplémentaire pour les femmes enquêtées du privé et une source d'inégalité supplémentaire pour les femmes recourant aux EPS. Ces inégalités de traitement entre les établissements publics et les établissements privés réputés sont perçues par plusieurs acteurs enquêtés comme on peut le constater dans les verbatims de F.2.1 et F.30.1 ci-dessous :

-F.2.1 : « *Pour ma première grossesse, je suis allée faire mon suivi en maternité et j'ai eu un problème qui m'a obligée à me référer à un gynécologue de l'Hôpital militaire d'Abidjan où la consultation était à 5000 frs CFA, mais qui en termes de distance, est*

¹⁰⁹ La couverture maladie universelle qui est un système national d'assurance maladie visant l'atteinte de la couverture sanitaire universelle (CSU).

vraiment éloignée. Ainsi pour les deux dernières grossesses, j'ai préféré me faire suivre par des gynécologues qui sont plus spécialisés que les sages-femmes pour ce qui est du suivi prénatal. Et vu que pour l'accouchement ce sont partout des sages-femmes, j'ai préféré me rendre dans le centre de santé de Gbagba qui n'est pas loin de chez moi et qui a une bonne réputation en la matière ».

-F.30.1 : « Au public aussi souvent lorsqu'il y a des complications au dernier moment, on entend qu'il n'y a pas de place, même dans les CHU qui sont les mieux équipés du public, et qu'il faudrait aller au privé ».

Parallèlement, l'enquête 1 (E1) montre également une différence d'appréciation entre les moyens/grands établissements sanitaires privés formels (reconnus) et de tous petits établissements sanitaires privés parfois clandestins s'installant dans les zones rurales et offrant à peine des services à la hauteur des EPS de niveau 1 de la pyramide sanitaire. Les services privés en milieu rural n'existent quasiment pas, du fait de la difficulté d'y faire du profit ou quand ils existent, ce serait du clandestin comme le relate MS.1 comme suit :

-MS.1¹¹⁰ : « Au niveau du privé, vu que c'est le business, c'est payant ; cela rend l'accès financier plus compliqué, pour l'accès géographique, dans le rural. Au rural, lorsqu'il y a du privé c'est du clandestin ».

Cette thèse est confortée par 4 enquêtées du public préférant les services dans les établissements publics de soins sanitaires (EPS) sur les 20 femmes qui y ont été interviewées, plutôt que de se livrer, par manque de moyens, à ces petits établissements sanitaires privés qu'elles qualifient de « boucheries ». C'est le cas de F.16.1 qui relate ce qui suit :

-F.16.1 : « Je préfère le public au privé en général à moins que ce soit du bon et grand privé comme l'hôpital mère enfant, la polyclinique des deux plateaux, pisam, FARA, etc. En effet, les petites cliniques, je les considère comme des boucheries car ce n'est pas sûr qu'on y paie des frais pour un personnel de santé compétent. Or au public, c'est l'Etat qui affecte directement... ».

D'ailleurs, au nombre des raisons qui maintiennent le recours des patientes et leurs familles aux EPS, nos entretiens révèlent la proximité, le manque de moyen et une certaine crédibilité

¹¹⁰ Un agent du ministère de la santé enquêté pendant l'enquête 1 (E1).

relative comparée à celle faite aux petits établissements sanitaires privés. Pour 3 femmes interviewées sur 20 dans un EPS, c'est essentiellement la proximité qui joue dans le recours aux services dans les EPS, comme le relate F.31.1 :

-F.31.1 : « *Le début de cette grossesse m'a vraiment fatiguée et contrairement à la première, j'ai voulu me faire suivre au centre de santé le plus proche de chez moi, qui est la PMI de Bingerville* ». Patiente ayant finalement accouché dans une petite clinique occupant l'espace d'un centre de santé communautaire (CSC) d'Adjamé Bingerville (cf section 1 du chapitre 9 et annexe A) par crainte des services de santé déplorés dans l'hôpital général qui a également servi de lieu de nos enquêtes et qui s'avère également proche de son lieu d'habitation.

19 femmes sur 20 qui recourent aux soins dans le public le font par manque de moyens. La dimension de l'acceptabilité se trouve donc en interdépendance avec **l'abordabilité**. Cette analyse est confortée par les propos des acteurs enquêtés tels que F.8.1 et F.4.1 comme suit :

-F.8.1 : « *Cependant, je vais retourner au public vu que par manque de moyen je ne peux pas aller dans une clinique* ».

-F.4.1 : « *Je vais consulter au public car c'est ce que mes moyens me permettaient de faire* ».

La perception de la mauvaise qualité des services dans le public est effectivement présente chez plusieurs accouchées enquêtées, parmi lesquelles celles financièrement limitées, qui n'ont pu s'assurer un suivi prénatal dans le privé.

Par ailleurs, il revient, en général une meilleure réputation des soins reçus dans les EPS de premier niveau (centres de santé urbain, centres de santé ruraux, centres de santé communautaire, PMI¹¹¹, etc.) au détriment des grands EPS de niveau supérieur (HG ou hôpitaux de référence, CHU, etc.), suivant la pyramide sanitaire. Cette perception est partagée par plusieurs acteurs enquêtés tels que F.16.1, F.2.1 dont les propos suivent :

¹¹¹ Centre de protection maternelle et infantile.

-F.16.1 : « ...Cependant, du fait de ma mauvaise expérience lors de ma CPNI avec les sages-femmes de l'hôpital général, pour accoucher, je préfère les petits centres publics car n'ayant pas de renommé ils sont aux petits soins et attentionnés ».

-F.2.1 « A l'hôpital général de Bingerville, on ne s'occupe pas bien des gens, mauvaise expérience pour mon premier accouchement c'est pourquoi j'ai préféré venir accoucher dans le centre de santé de Gbagba¹¹² et qui a bonne réputation ».

D'une part, améliorer l'acceptabilité des services de santé modernes, en Côte d'Ivoire, semble requérir davantage d'efforts à faire pour un accès équitable des femmes aux services de santé qui ne devraient pas être considérablement différents entre le public et le privé. D'autre part, cela nécessite d'éduquer et autonomiser les femmes.

d) La capacité à rechercher les soins de santé

La capacité à rechercher les soins est complémentaire à l'acceptabilité. Les barrières socio-économiques (le paiement direct des CPN et le manque d'autonomie/pouvoir de décision des femmes) entravent souvent le recours effectif aux soins prénatals pour certaines catégories de femmes (Niang et al., 2015). Une bonne partie des verbatims antérieurs, dans la description des dimensions précédentes justifient plus ou moins cette complémentarité. La capacité à rechercher est très importante à considérer dans la santé maternelle car cette dimension fait référence à un certain pouvoir intrinsèque aux femmes à prendre des mesures pour amorcer le processus de réponses à leurs besoins de santé. Ce pouvoir dépend, dans une certaine mesure, de leur niveau de connaissances sur la santé reproductive, leurs droits, les possibilités de choix disponibles et accessibles ainsi que leur autonomie financière. Nos entretiens informent que les femmes d'un meilleur statut social sont plus enclines à rechercher des soins dans le secteur privé du fait qu'elles sont souvent couvertes par une assurance santé qui leur allège les frais d'accès. Elles bénéficient d'une sécurité sociale réduisant considérablement le reste à charge (ticket modérateur). Ces avantages dont elles disposent accroissent leur aise ainsi que leur capacité à rechercher des soins. En plus de leurs connaissances personnelles sur le système, leur appartenance à un régime de sécurité sociale leur ouvre d'avantage d'opportunités sur l'offre de services santé disponibles.

¹¹² Centre de santé urbain, donc de premier niveau.

e) Le coût abordable (abordabilité)

Le coût abordable (abordabilité) est une dimension freinant davantage les patientes n'ayant aucune activité génératrice de revenus ou travaillant dans le secteur informel et gagnant donc au jour le jour de petits revenus. Ces dernières n'ont pas suffisamment de ressources pour recourir aux soins de santé modernes, d'après nos entretiens. 14 femmes sur les 31 interviewées sont sans emploi et sont pour la plupart les femmes ayant recours aux services dans les EPS (13 femmes enquêtées sur 20). Seulement une femme sur les 11 mères enquêtées du privé était sans emploi. Parmi les mères enquêtées du public qui travaillent dont 7 femmes sur 20, il s'agit pour la plupart d'activités libérales ou de petites activités informelles qu'elles peuvent difficilement exercer le jour des CPN, où leur jour d'absence est considéré comme un jour impayé ou perdu.

Ces femmes travaillant dans le secteur informel, notamment si elles y sont avec leurs époux, auront une faible capacité à payer (dépenses de santé et dépenses connexes) et un coût d'opportunité plus grand à faire leur suivi prénatal, dans un établissement sanitaire. Elles risquent bien souvent des pertes de revenus voire des dépenses catastrophiques. Un certain niveau de conscience sanitaire et de « literacy » en santé pourrait sans doute conduire celles d'entre elles qui en ont à perdre une journée de travail pour leurs CPN, CPoN. Toutefois, il existe cette catégorie de femmes, qui en dépit d'une « literacy » en santé, n'oseraient pas perdre des ressources (journées de travail) au risque de ne pas avoir de quoi nourrir la famille. A la question de savoir si elles subissent un coût d'opportunité en recourant aux CPN, les réponses de plusieurs femmes enquêtées tendent vers ces verbatims de F.6.1 et F.5.1 ci-dessous :

-F.6.1 : « *Oui car je dois informer ma patronne de mon indisponibilité qui retire la paie journalière de mon salaire mensuel (30000f par mois et 6 jours par semaine) »*

-F.5.1 : « *Oui car je me promène pour vendre des produits ménagers, des pâtes dentifrices, donc quand j'ai CPN, j'y vais ».*

Les longs délais d'attente, la longueur des démarches à effectuer dans les établissements sanitaires ainsi que le temps du trajet pour y accéder **souvent observés, vécus et décriés par les interviewées peuvent permettre de comprendre pourquoi ces enquêtées exerçant dans le secteur informel parlent de jour perdu pour la réalisation des CPN. Les délais d'attente dans les établissements sanitaires y compris privés peuvent s'avérer longs et occuper toute une**

journée d'activité. Cette situation est confortée par les propos de plusieurs acteurs enquêtés tels que F.10.1 et F.30.1 comme suit :

-F.10.1 : « *Vivant à M'pouto (village ébrié) quand on se rend au public à 8h (je suis allée dans mes débuts 2 fois) le personnel t'informe qu'ils ont atteint leur quota de la journée (10 par exemple) et qu'ils ne peuvent plus te prendre. Et même quand tu t'y rends à 6h et que tu fais partie du quota, tu peux quitter jusque vers 13h. Or dans le petit centre privé on s'occupe bien des gens* ».

-F.30.1 : « *Temps d'attente long pour la prise de constances... Pour un RDV fixé à 9h, je suis venue à 8h pour débiter les démarches (assurance, etc.) mais jusqu'à midi, je ne suis pas encore prise* ».

A contrario, dans le secteur d'activités formelles, il est accordé l'opportunité aux femmes enceintes et accouchées de disposer de jours pour leur suivi prénatal, en plus du congé maternité, d'après nos entretiens. Ce qui veut dire que quand bien même elles s'absentent de leur travail parce qu'elles doivent honorer un RDV médical ou s'occuper de leur santé, leurs emplois et ressources ne s'en trouvent pas affectés. Les patientes du privé exercent pour la plupart (9 enquêtées sur 11), des activités formelles. En ce qui concerne les deux autres, l'une d'entre elles est en activité informelle et une autre en inactivité. Ces dernières arrivent à effectuer leurs CPN, en prenant une permission, à l'avance et cela n'a aucune incidence sur leurs salaires, comme le relate F.27.1 :

-F.27.1 : « *Vu que c'est sur RDV, je prends des dispositions en informant mon supérieur du RDV et du besoin d'une permission. En général, je fixe mes RDV pour les samedis ou mercredi après-midi* ».

Comme indiqué plus haut, les enquêtées qui ont recouru au privé disposent majoritairement d'un système d'assurance santé leur réduisant considérablement le coût de la consultation, car pouvant couvrir à au moins 75 % (jusqu'à 90 %) leurs dépenses de santé (le suivi prénatal et postnatal, examens, échographies et/ou l'accouchement). Elles peuvent recourir aux soins sans se mettre en difficulté financière. Elles choisissent principalement les établissements sanitaires privés formels réputés pour la qualité de leurs services. Elles bénéficient ainsi d'une plus grande capacité à rechercher/demander les services de santé modernes. Elles ont donc une certaine sécurité financière que les femmes travaillant dans le secteur informel n'ont pas. Seulement 2 patientes sur

11 des femmes interviewées dans les établissements sanitaires privés n'avaient pas utilisé une assurance santé, mais n'éprouvaient aucune difficulté à payer cher pour leur suivi. Cet accès financier aisé aux services de santé pour les femmes interviewées au privé est entre autres soutenu par les verbatims ci-dessous de F.24.1 et F.21.1 :

-F.24.1 : « *J'ai une assurance santé qui me prend en charge à 75 %, ainsi pour la consultation à 12000 F je ne paie que 25 % (3000f) ».*

-F.21.1 : « *J'y suis allée car on m'avait conseillée un gynécologue qui y intervenait. Le gynécologue m'a été conseillé par une amie qui accouche très facilement et sur les réseaux sociaux, en regardant, son nom apparaît facilement. 25000 f la consultation, je payais pour chaque CPN car mon assurance n'y passait pas. Pour moi, qui ait tant attendu ce bébé, le prix m'importait peu ».*

Les femmes en couple dont les conjoints travaillent dans le secteur formel ont également l'avantage de bénéficier du système d'assurance santé de leurs époux. Dans ce cas, elles ont le choix de l'assurance/couverture santé la plus intéressante entre la leur et celle de leurs époux, comme le relate F.21.1 à travers le verbatim suivant :

-F.21.1 : « *Mes consultations prénatales, coûtant chacune 25000 FCFA, au groupe médical du plateau ont été payées en liquidité sans assurance, cependant l'accouchement a été couvert par l'assurance de mon époux. Je savais qu'aucune de nos assurances ne passait dans mon lieu de CPN, mais je suis convaincue par leurs prestations car toutes mes amies qui y ont effectué leur consultations prénatales ont bien accouché et se sont senties rassurées ».*

Nous estimons que les femmes qui ont une faible **capacité à rechercher les services** dans les établissements sanitaires privés ou un coût d'opportunité très élevé à recourir aux services de santé modernes, de surcroît dans des EPS qu'elles apprécient peu, pourraient se retrouver limitées à la séquence de **l'atteinte des services de santé maternels**.

D'après la littérature, **le coût abordable (l'abordabilité)** fait partie des dimensions les plus pesantes dans les pays d'Afrique subsaharienne comme le soulignent de nombreux travaux en la matière (Bénie Bi Vroh et al., 2009 ; Geleto et al., 2018). Cette dimension influence effectivement

la santé maternelle ainsi que les indicateurs de santé maternelle. Cette réalité vaut pour la Côte d'Ivoire, en dépit des efforts au niveau national et international (gratuité ciblée, CMU, etc.).

f) La capacité à payer pour les soins

La capacité à payer pour les soins, défi complémentaire à l'abordabilité (coût abordable) des services et ressources sanitaires est encore plus grand face à la perception de la santé maternelle, qui dans plusieurs cultures des pays d'Afrique subsaharienne, n'est pas vue comme un problème de santé nécessitant immédiatement un suivi médical. Comme relaté plus haut, nos entretiens en Côte d'Ivoire montrent que les échographies, le bilan de santé coûteux à réaliser ainsi que plusieurs médicaments essentiels ne sont pas pris en compte sur le terrain par le PMA offert par la politique de gratuité.

La complémentarité entre la capacité à payer et l'abordabilité se justifie par le fait qu'une bonne partie des verbatims mobilisés pour justifier la faible abordabilité des services de santé modernes justifient également la faible capacité à payer des femmes. La capacité à payer constitue un canal du creusement des inégalités de santé et sociales déjà présentes en Côte d'Ivoire. Les coûts d'opportunité à recourir aux soins maternels sont effectivement plus élevés pour les femmes pauvres non salariées (pouvant utiliser le temps de la consultation à la recherche de leur pain quotidien et l'argent des examens médicaux à nourrir leurs familles) par rapport aux femmes d'un meilleur statut social (voire leurs époux) ou/et employées du secteur formel qui ont une certaine sécurité et un coût d'opportunité plus faible à y recourir. Tous ces facteurs jouent fortement sur l'accès aux soins de santé maternelle ainsi que la santé maternelle.

g) La disponibilité et l'accueil

La disponibilité et l'accueil (l'hébergement) demeurent un défi important à relever dans le domaine de la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Partiellement documentée dans la sous-section 2.5.3.2 sur l'acceptabilité, nous la décrirons davantage en nous servant principalement de l'enquête 1 (E1), l'enquête 2 (E2), de la littérature et de l'EIPSS (2021). En plus de la perception de la grossesse et de l'importance des services de santé maternels modernes qui peut sembler controversée, la perception de la qualité des soins pèse souvent dans les décisions de non-recours aux services de santé modernes. Le manque de confiance en la compétence (Ilboudo et *al.* 2016) ainsi que l'absence de personnels de santé qualifiés, en cas de besoin et de recours (Niang et *al.*

2015), peuvent être mal perçus. Il arrive effectivement que des patientes ne soient pas reçues par des prestataires de services de santé lors de leur visite, même en ayant pris le soin de rechercher les services (Niang *et al.* 2015).

En plus des verbatims précédents (particulièrement au niveau de la dimension de l'acceptabilité), la totalité du personnel de santé enquêté dans le public voire dans le privé déplore la faible capacité des établissements publics sanitaires (EPS) à assurer des soins aux femmes accouchées, notamment pendant leur suivi postnatal. L'on note une insuffisance en quantité et en qualité du plateau technique jugé très faible, notamment les salles et tables d'accouchement, les salles de travail, les lits d'hôpitaux ainsi que des agents de santé peu motivés et/ou peu qualifiés, etc. Plutôt que d'appliquer la norme internationale de l'OMS¹¹³ recommandant une période d'observation postnatale de 72 heures après un accouchement normal, le délai maximum que nous avons pu observer dans les EPS lors de l'enquête 1 (E1) est de 24h, comme conforté par les propos ci-dessous de SF.5.1 :

-SF.5.1 : « On n'y peut vraiment rien. Nous n'avons pas les infrastructures nécessaires pour faire respecter une telle norme. Nous nous imposons de les observer dans les 24h voire 48h qui suivent leur accouchement. Mais, c'est vraiment impossible. Rien que le week-end dernier, nous avons enregistré 35 accouchements, tandis que nous n'avons même pas 25 lits pour les recevoir ».

Nos observations durant nos entretiens dans cet EPS de référence (HG), pendant au moins 15 jours, sont contraires à l'affirmation de cette sage-femme enquêtée (SF.5.1) suivant laquelle le temps d'une observation postnatale des accouchées peut aller au-delà de 24h. Nous avons pu constater en moyenne, 8h au maximum d'observation par femme ayant accouché sans césarienne. De plus, nous avons observé une sage-femme venue le dire formellement à une accouchée qui s'empressait de quitter les lieux, même pas 5 h après son accouchement. Toutefois, nous avons plutôt observé, pour les césarisées, un effort de respect d'une observation postnatale de 5 jours.

Les données de l'EIPSS (2021) confortent ces observations faites pendant l'enquête 1 (E1). L'EIPSS (2021) révèle que 5,9% des établissements sanitaires qui font des accouchements ne

¹¹³ Organisation mondiale de la santé.

disposent pas de tables d'accouchement et 31,7% des EPS n'ont ni salle de travail ni salle d'accouchement.

En plus, pendant leur séjour postnatal de courte durée, les femmes accouchées, dans les EPS sont nourries par leurs proches, et leurs familles. La précarité existante et les fortes lacunes dans la disponibilité et l'accueil écourtent la durée d'observation postnatales des femmes accouchées à entre 5h et 24h maximum voire moins sans véritable suivi. Certaines femmes s'empressent de quitter la maternité, après l'accouchement, espérant avoir un meilleur suivi à domicile par leurs proches. Les kits d'accouchements censés être gratuits, dans les EPS, sont incomplets. Cette situation est davantage compliquée pour les césarisées, qui ont souvent besoin d'un traitement et de soins plus longs pendant la durée de l'observation postnatale. De plus, ces césarisées doivent elles-mêmes prendre en charge la facture du séjour post-natal, très souvent au-delà de leurs moyens financiers. L'abordabilité financière ici mise en évidence montre l'interdépendance entre cette dimension et celles de la disponibilité et l'accueil ainsi que de l'acceptabilité.

Par ailleurs, nos entretiens de l'enquête 1 (E1) avec des professionnels de santé et accouchées révèlent des difficultés à transférer des femmes enceintes d'un centre de santé urbain/CSC vers un CHU¹¹⁴, faute d'ambulances ou de moyens financiers pour assurer un autre moyen de transport, en cas de complications pendant l'accouchement. L'enquête 1 (E1) fait ressortir la misère relative au faible plateau technique dans les EPS. A la question de savoir s'ils disposent du matériel pour effectuer leur travail et/ou appliquer les politiques, les réponses des prestataires de services de santé enquêtés convergent vers les verbatims ci-dessous de MG.1¹¹⁵, SF.1.1, SF.2.1, SF.5.1 :

-MG.1 : « Non, nous ne les avons pas. Une femme est décédée à Bonoua récemment en accouchement car l'ambulance qui devait la transporter au bloc opératoire pour régler l'urgence d'accouchement était indisponible, pour une panne. Vu que la dame ne pouvait accoucher par voie basse (la sage-femme voulait la faire évacuer à Abidjan, sans doute car l'hôpital général de Bonoua n'était pas suffisamment équipé (bloc opératoire). Cette

¹¹⁴ Centre Hospitalier Urbain.

¹¹⁵ Médecin généraliste enquêté pendant l'enquête 1 (E1).

affaire a fait du bruit car elle a été médiatisée, sinon il y en a d'autres similaires voire pires qui restent cachées, ne sont pas déclarées et de nombreux décès maternels ont lieu ».

-SF.1.1 : « Non, il n'y a même pas d'oxygène, pas de lampe chauffante, pas de Steto, pas de Doppler, et ceux-là sont le strict minimum dans une maternité »

-SF.2.1 : « Non, tout manque en fait, il y a une véritable absence d'un bon plateau technique ».

-SF.5.1 : « Non et très souvent les femmes viennent et il n'y a même pas de carnet à leur donner, les médicaments inexistant, donc nous les leur faisons payer. Le plateau technique pas dans les normes ».

De plus, comme argumenté dans le chapitre 2, l'accueil et la compétence des ressources humaines en santé, notamment par les sages-femmes dans le secteur public, sont souvent remis en cause par les femmes enquêtées telles que F.16.1 comme suit :

-F.16.1 : « La CPNI m'a apeurée du fait de la dureté des sages-femmes au public. Celle qui m'a fait le toucher était vraiment grossière en me criant dessus pour ma frayeur et elle a osé me laisser les pieds écartés pendant une bonne vingtaine de minutes pour aller voir des articles vendus par sa collègue et discuter avec elles sans qu'aucune d'entre elles ne la rappelle à l'ordre. Au contraire, elles riaient aux éclats. Déjà à ce stade, ce n'est pas rassurant, donc je ne veux accoucher là-bas ».

Malheureusement, la formation parfois incomplète du personnel de santé, notamment les sages-femmes dans le public, couplée de l'auto-insatisfaction de leur situation professionnelle mettent à mal leurs motivations dans l'accomplissement de leurs tâches. Comme argumenté au niveau de la dimension de l'acceptabilité, le manque de conscience professionnelle est souvent le fruit des mauvaises conditions de travail au public et de ressources humaines en santé de faible qualité. En plus du manque d'incitations, les prestataires de services de santé remettent effectivement en cause le faible plateau technique dont souffrent les EPS. Ceci est une autre preuve de l'interdépendance des différentes dimensions. L'abordabilité (coût abordable) est ici reliée à la disponibilité et à l'accueil. Cette analyse est confortée par les propos de plusieurs acteurs enquêtés tels que G.2.1, G.1.1, Phpr.2.1, MG.1 dans les verbatims ci-dessous :

-G.2.1 : « *Le plateau technique et le salaire sont insuffisants. Souvent il faut référer les patients vers des centres de santé mieux équipés par manque d'outil et matériel de travail. Il manque très souvent une ambulance pour le transfert, entraînant des complications pouvant être fatales. Le problème crucial au niveau de la santé c'est le plateau technique insuffisant* ».

-G.1.1 : « *Certains éléments ne sont pas pris en compte lorsque les politiques sont mises en place. Je veux parler entre autres des ressources humaines en santé, les infrastructures et surtout bien former ces ressources humaines en santé à la prise en charge des patients* ».

-Phpr.2.1 : « *Il y a un véritable problème de dysfonctionnement du système sanitaire. La nomenclature du système de santé ivoirien et de la pyramide sanitaire est à revoir. Il faut qu'il y ait assez d'ambulances pour faciliter l'évacuation de centres santé de premier contact vers les centres de second contact. Il faut assez de matériel (plateau technique amélioré) et plus d'agents de santé. Il faut former le personnel de santé à l'urgence, au manque de légèreté* ».

-MG.1 : « *Revoir leur manière de faire et dire les choses : que l'état soit franc avec les populations en donnant la bonne information. L'incomplétude à 80 % des kits expose le personnel de santé, engendre parfois plus de dépenses de la poche des mamans. Les sages-femmes deviennent comme des escrocs. Selon ma formation, l'observation après un accouchement par le personnel soignant, doit durer 5h selon ma propre conception. Si une dame doit saigner, elle va saigner dans les 2h de temps s'il doit avoir hémorragie, automatiquement ça peut se savoir sur le champ* ».

De tels résultats démontrent bien le faible plateau technique des EPS qui semblent les plus accessibles aux populations, notamment pour celles ayant peu de choix. Les patientes encourent donc un risque non négligeable, en se rendant dans certains EPS. Ce risque est élevé quand on se rend compte de l'absence d'une simple ambulance dans ces structures de premier contact ou de l'existence d'une seule ambulance partagée par plusieurs EPS d'une commune ou d'une ville, réduisant fortement la capacité de référence. Ce faible plateau technique, le manque de motivation et de qualification des sages-femmes ainsi que les délais de référence et de réaction parfois longs font partie des causes de décès maternels. L'accès aux soins de santé modernes est restreint si les

ressources disponibles sont inégalement réparties dans un pays ou entre les différents niveaux de soins (avec des soins spécialisés développés au détriment des soins primaires) (Whitehad, 1992).

h) La capacité à atteindre

La capacité à atteindre, dimension complémentaire à celle de la disponibilité et l'accueil est un autre facteur d'inégalité, notamment entre les femmes de zones rurales et celles des zones urbaines, dans le processus de l'accès aux soins de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne. Il se trouve qu'en dépit de leur volonté d'être régulières à leur suivi prénatal dans les EPS, 7 femmes enquêtées sur 20 étaient limitées dans l'accessibilité géographique. Ainsi, une alternative s'offrant à ces dernières, le temps de l'accouchement est de recourir à la médecine traditionnelle pour leur suivi prénatal. 2 sur ces 7 femmes interviewées limitées dans l'accessibilité géographique ont dû accoucher à domicile par manque de moyens de transport/communication au moment des contractions et du fait de l'éloignement et la difficulté à atteindre l'établissement sanitaire le plus proche. Les accouchements à domicile se sont faits à l'aide de matrones ou de voisines expérimentées comme le relatent divers acteurs enquêtés telles que cette responsable d'ONG et sage-femme ONG.4.2 à travers les propos ci-dessous :

-ONG.4.2 : « Certaines femmes habitent très loin du centre de santé urbain, elles peuvent marcher plus de 5 km ou l'autre choix se portera sur l'Hôpital Général encore plus loin et vice versa. Il y a dans certaines zones de véritables difficultés de transport (pas de système de taxi communal car voies non bitumées), qui favorisent souvent les accouchements à domicile ».

Enfin, nos entretiens révèlent une concentration des services de santé dans les zones urbaines au détriment des zones rurales. Dans les zones rurales, les femmes voulant se faire suivre dans un établissement sanitaire agréé se retrouvent à parcourir des distances voire traverser la lagune en pirogue pour certaines femmes, risquant ainsi leurs vies. La dimension de la capacité à atteindre est ici liée à celles de la disponibilité et l'accueil, de l'abordabilité, de l'acceptabilité et même de l'accessibilité. Cet accès difficile et risqué multiniveau aux services de santé modernes dans les zones rurales est relevé par plusieurs parturientes enquêtées telles que F.12.1, F.15.1 à travers les verbatims suivants :

-F.12.1 : « *J'ai accouché à domicile car ce n'était pas possible de me rendre au lieu d'accouchement. Mes contractions ont commencé tard dans la nuit et il n'y avait déjà plus de transport communal dans ma zone (village). En général c'est jusque vers 6h que le trafic reprend. Et j'ai traîné jusqu'à la nécessité d'accoucher sur place à domicile* ».

-F.15.1 : « *Cependant pour accéder à l'hôpital public le plus proche de notre village, il faut traverser l'eau en pirogue et ce n'est pas prudent* ».

i) La pertinence (adéquation)

La **pertinence** (adéquation) est une dimension aussi importante que les autres à considérer dans la santé maternelle. La pertinence des services proposés dans leur réponse aux besoins est une dimension importante. Elle questionne véritablement, dans un contexte de pauvreté, d'ISS accentuées par une offre de services de santé inégale entre le public et un privé coûteux et où le système de santé, notamment public, est précaire. Nous décrivons la pertinence à partir de la littérature et principalement de l'EIPSS (2021).

La qualité des soins prénatals peut être mal perçue (Niang et *al.* 2015) et remettre en cause la pertinence des services disponibles voire de la qualité des prestataires de services de santé. Les défaillances au niveau de l'acceptabilité et l'adéquation ont déjà été montrées par Shengelia et *al.* (2003). Cependant, LHR (2013) estiment que l'accès comprend la possibilité de choisir des services acceptables et efficaces. La possibilité pour une personne d'utiliser les services de praticiens non formés (par exemple les sorciers, les guérisseurs) ne peut être assimilée à la possibilité pour une autre personne - plus riche - d'utiliser des services hautement spécialisés, si ces services génèrent des résultats de santé différents ou une satisfaction à l'égard des services (LHR, 2013). Les inégalités d'accès ainsi que les différences de qualité et de suivi entre les femmes recourant aux EPS et celles recourant aux établissements sanitaires privés au profit des dernières remettent en cause la pertinence du système de santé en Côte d'Ivoire.

En Côte d'Ivoire, la différence d'appréciation entre les EPS et les établissements sanitaires privés peut s'expliquer par le fait que les établissements sanitaires privés semblent mieux équipés en termes de plateau technique (salle de travail, salle de couche, etc.), d'équipements et matériels de base voire de ressources humaines en santé (EIPSS, 2021). Par exemple, en dépit de l'importance de l'eau pour l'accouchement, l'EIPSS (2021) révèle que moins de la moitié des EPS

(45 %) sont raccordées au réseau SODECI¹¹⁶ contre 92,0% pour le secteur privé. Sachant que le système des références est essentiel suivant l'organisation de la pyramide sanitaire au public, l'EIPSS (2021) révèle que moins d'un établissement sanitaire public sur 4 dispose d'une ambulance. Ce qui met à mal le système de référence d'un établissement sanitaire de niveau 1 vers un établissement sanitaire de référence sensé être mieux équipé, en cas de complications.

Lorsqu'on regarde le pourcentage de personnels de santé faisant les consultations par catégorie selon le milieu et le statut de l'établissement sanitaire, l'on se rend compte que le secteur privé emploie plus de la moitié des médecins (54,5 %) contre seulement 19,5 % dans le public, où les infirmiers occupent la première place (49,8 %). Pourtant, faire des consultations n'est pas la fonction première des infirmiers. On croirait que le secteur privé absorbe les ressources humaines en santé au détriment du secteur public. En Côte d'Ivoire, l'essentiel des établissements sanitaires privés se trouvent en milieu urbain (PNDS 2016-2020). L'EIPSS (2021) dévoile un fossé entre les établissements sanitaires du milieu rural et ceux du milieu urbain.

Comme révélé par nos entretiens dans les paragraphes précédents, les patientes des EPS sont généralement suivies par des sages-femmes voire des aides-soignantes ou infirmières, sauf en cas de complication pour une césarienne par exemple, où intervient souvent un gynécologue, à la suite d'un transfert dans un établissement sanitaire de référence. En revanche, celles qui recourent au privé ont le droit à un suivi prénatal assuré par un gynécologue, depuis le début du suivi prénatal jusqu'à la période postnatale. Ces dernières, pour la plupart ont effectivement plusieurs possibilités parmi lesquelles elles opèrent des choix en fonction par exemple de la qualité des services, du manque d'adéquation entre les services proposés et les besoins de santé.

En santé maternelle, la pertinence est une dimension à interroger profondément dans la mesure où nos entretiens révèlent le non-respect de normes internationales de santé telles que l'observation post-natale pendant 72 h de l'accouchée et de son enfant. Et ce, du fait de la faible capacité d'accueil de ces EPS en Côte d'Ivoire qu'ils soient de petite ou de grande taille. Ainsi, il se pose un problème d'équité entre les femmes d'un statut social favorable et celles pauvres dans la mesure où les premières ont le choix d'avoir des soins de qualité et de bénéficier de cet accueil

¹¹⁶ Société de distribution d'eau de la Côte d'Ivoire.

postnatal dans les structures privées. Les femmes indigentes ne peuvent malheureusement s'offrir ce luxe.

j) La capacité à s'engager

La capacité à s'engager est une dimension qui est difficilement appropriable par une personne faiblement éduquée et/ou pauvre, avec une faible connaissance sur la santé ainsi que de ses droits en santé. Nous alimenterons cette section à partir de nos entretiens de l'enquête 1 (E1). Nos entretiens avec les patientes en Côte d'Ivoire révèlent une différence de réaction, face aux prestations de services, entre les femmes recourant aux services des EPS et les celles recourant aux établissements sanitaires privés formels, particulièrement reconnus. Les premières semblent subir la précarité et la faible qualité perçue dans les EPS (particulièrement les conditions d'accueil, d'accouchement, d'hébergement, de subsistance, etc.), sans pour autant contester ou revendiquer. Elles ignorent pour la plupart leurs droits en santé maternelle et se prêtent peu à des interactions avec le personnel de santé. Elles ont majoritairement une faible « literacy » en santé maternelle et infantile et elles ont une tendance de soumission aux services qui leur sont proposés dans la possibilité de leurs moyens (difficulté à payer pour la réalisation du bilan prénatal ou une échographie occasionnant souvent un délai important de réalisation). Et ce, quelle qu'en soit la qualité et sans émettre d'objections ou d'observations auprès des sages-femmes. Les échanges sont souvent unidirectionnels.

Dans le même temps, elles sont si insatisfaites du service et si inconfortablement installées qu'elles œuvrent, en général, à accélérer leur sortie d'hôpital, le jour même de leur accouchement. Il y aurait donc une forte complémentarité vicieuse entre la faible et précaire capacité d'accueil des EPS et l'empressement des femmes à quitter ces services et voir se terminer ce suivi postnatal. En effet, elles sont convaincues¹¹⁷ d'être mieux suivies en famille que dans un EPS. Nous avons observé une accouchée proposer de l'argent à une sage-femme, afin que cette dernière s'occupe d'elle et accélère sa sortie. Chose qui a été faite.

Contrairement à la catégorie précédente, 7 patientes sur 11 des femmes interviewées dans les établissements sanitaires privés semblent mieux informées sur la « literacy » en santé maternelle.

¹¹⁷ L'une de nos enquêtées a soudoyé des sages-femmes pour que ces dernières s'empressent de s'occuper d'elle, afin qu'elle sorte le plus vite possible.

Elles rendent effectivement compte de leurs interactions avec leurs gynécologues. Elles semblent avoir le choix entre les établissements sanitaires, se dirigeant généralement vers celles qui correspondent le mieux à leurs attentes (qualité des soins, proximité, etc.). Leurs critiques portent souvent sur d'autres détails tels que les longues files d'attente, etc. Pour celles ayant recours aux grands établissements sanitaires privés, elles sont souvent satisfaites du séjour postnatal qui leur est offert et qui respecte souvent la durée requise, comme mentionné par F.24.1 dans le verbatim suivant :

-F.24.1 : « *J'apprécie, du fait de la meilleure qualité des services, agréable séjour, proximité, rapport du prix, qualité. C'est le meilleur en Côte d'Ivoire* ».

Au total, l'application du cadre de LHR (2013) fait montre de contraintes et barrières pouvant exister au niveau de chaque dimension, et par conséquent au niveau de la séquence entière d'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Ces contraintes inégalement distribuées et vécues creusent les ISS en privilégiant des catégories de populations plus aisées et/ou éduquées et en privant davantage les plus indigentes et marginalisées par le système. Ces particularités, en Côte d'Ivoire, démontrent davantage la pertinence du cadre de LHR (2013) dans l'analyse de l'accès aux soins de santé maternelle en général et particulièrement des difficultés plus grandes rencontrées par les femmes enceintes et accouchées indigentes. Ces barrières peuvent les conduire à ne pas engager la séquence d'accès aux soins de santé ou à l'interrompre. Ce qui conduira finalement à un faible accès aux soins modernes de santé maternelle par ces indigentes. Les mauvais indicateurs de santé en deviennent les conséquences inévitables.

Les mauvais indicateurs de santé, notamment concernant la santé maternelle, continuent d'interroger plusieurs chercheurs sur la question de l'accès aux soins de santé modernes de ces populations ainsi que les conditions des systèmes de santé. Nous considérons que le volet institutionnel a longtemps été négligé dans ces études et nécessite d'être désormais pris en compte. Pour ce faire, la prochaine étape de notre démarche d'analyse institutionnaliste consiste à **examiner l'hypothèse selon laquelle les différentes étapes du processus d'utilisation des services de santé sont influencées par des dimensions/facteurs importants et souvent structurels qui se forment en dehors du système de santé**. LHR (2013) reconnaît et traite de certains de ces facteurs extérieurs, sans insister sur leur provenance ainsi que les moyens d'actions pour faire d'eux des catalyseurs de bonne santé, etc. Ce manque de visibilité pourrait résulter du

fait que le cadre de LHR (2013) se focalise sur le système de santé et sur l'accès aux soins de santé. Si l'on veut agir sur les obstacles qui freinent l'accès aux soins de santé, il convient de s'intéresser à ces secteurs externes à celui de la santé et qui influencent indirectement la santé des individus.

Conclusion du chapitre 3

L'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire est inégal, contribuant ainsi à rendre inégal l'accès à la santé maternelle. Parmi les séquences de l'accès développées par LHR (2013), les deux dernières étapes, à savoir celles de l'utilisation des services de santé et de l'obtention de la satisfaction du besoin de services sont difficiles à atteindre pour un nombre significatif de femmes dans les pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire. La dernière étape est visiblement la plus problématique. Ces résultats peuvent s'expliquer par la grande précarité, les écarts considérables de niveaux de vie entre individus de régions différentes et à l'intérieur d'une même région, des insuffisances, des dysfonctionnements et de la grande résistance¹¹⁸ dont souffrent le système de santé des pays d'Afrique subsaharienne.

En outre, le concept de l'accès aux soins de santé, quand bien même mieux élaboré par le cadre de LHR (2013), reste insuffisant dans l'explication des comportements et résultats de santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne. En effet, LHR (2013) se focalise surtout sur l'accès aux soins de santé, sur le système de santé et aborde peu les causes en amont de ces dimensions qui jouent pourtant un grand rôle dans leur construction et les conditions de vie des populations. Les dimensions de l'accès aux soins de santé représentées dans le cadre de LHR (2013) sont socialement déterminées et constituent en réalité les résultats contextuels issus d'autres facteurs lointains.

Face à un tel constat, nous tentons d'enrichir notre démarche, dans le chapitre suivant, par une analyse des « causes des causes » des différents déterminants du modèle de LHR (2013). L'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire est rendu difficile par des conditions de vie et des variables structurelles qui en sont davantage un frein plutôt que des catalyseurs ou des

¹¹⁸ La résistance proposée par Frenk (1992) peut être définie comme l'ensemble des obstacles qui découlent des ressources de santé et qui entravent la recherche et l'obtention des soins.

facilitateurs. Nous souhaitons étudier les caractéristiques associées à ces différentes dimensions tant de l'accessibilité des ressources que de la capacité des potentiels utilisateurs des soins.

Plusieurs de ces caractéristiques ou facteurs influencent effectivement la santé des populations sans être directement liés au système de santé. En les identifiant et en cherchant la mise en place de politiques pouvant les améliorer au bénéfice des populations, l'on a plus de chance de renforcer les capacités des populations ainsi que l'accessibilité du système de santé. Ces déterminants plus larges et souvent indirects de la santé ont été largement étudiés dans d'autres sciences sociales. Appelés les DSS, ils restent cependant faiblement investigués par les études en sciences économiques et feront l'objet du chapitre 4.

CHAPITRE 4 : ELARGISSEMENT DE L'APPROCHE DES DETERMINANTS DE LA SANTE A DES FACTEURS EXTERIEURS AU SYSTEME DE SANTE : L'INTERET D'UNE APPROCHE EN TERMES DE DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

Introduction du chapitre 4

Le lien irrévocable entre l'économie et la société rend nécessaire le rapprochement de la science économique et d'autres disciplines telles que la science politique, la sociologie, l'anthropologie, etc., afin de cerner une majorité des enjeux sociaux. Ceci est encore plus vrai si l'on considère la santé qui est un fait entièrement social, car entremêlant plusieurs dimensions juridique, économique, sociologique, voire religieuse, pour réaliser, dans l'organisation du système de santé, le pacte social constitutif d'une société (Batifoulier, 2015).

L'objet de ce chapitre est de chercher à mieux comprendre les racines/origines des problèmes de santé ainsi que de la persistance des inégalités sociales de santé (ISS) en général et les ISS maternelle en particulier à travers une introduction des déterminants sociaux de la santé (DSS) dans les études en sciences économiques. En effet, d'importants éléments à considérer sont absents des études en sciences économiques et sont toutefois mieux pris en compte par les autres sciences sociales. Or, les ISS sont les causes inévitables et évitables de problèmes de santé face auxquelles les populations, à l'intérieur d'un pays ou de différents pays, ne sont pas sur un même pied d'égalité (Sghari et Hammami, 2016).

Ce chapitre vise à mettre en évidence des dimensions de la santé plus larges que l'accès aux soins de santé (y compris dans son approche multidimensionnelle telle que développée par LHR, 2013 dans le chapitre 3). La connaissance de ce qu'on pourrait encore appeler les « causes des causes » ou « causes profondes » des ISS ou encore de la distribution inégale des DSS et de l'accès aux soins de santé permettrait de mieux adresser, par exemple dans le cadre de LHR (2013), les obstacles à l'accès aux soins de santé maternelle et à l'obtention de la satisfaction du besoin de bonne santé, notamment chez les femmes pauvres.

Dans **la section 1**, nous analysons la pertinence d'un examen des ISS comme causes de la mauvaise santé, notamment maternelle, qui persiste dans les pays d'Afrique subsaharienne. Cet examen constituera le point de départ pour un plaidoyer en faveur de la considération des

déterminants sociaux de la santé et de la santé maternelle dans les recherches en sciences économiques.

Dans **la section 2**, après une présentation de la notion des DSS, nous examinons les enjeux d'une analyse en termes de DSS ainsi que l'urgence de dépasser la focalisation sur les inégalités de revenus dans les études sur les DSS. Et ce, afin d'agir réellement sur les ISS (maternelle) dans les pays d'Afrique subsaharienne généralement, et en Côte d'Ivoire en particulier. Cette approche des DSS constituera l'essence de notre analyse des déterminants sociaux de la santé maternelle (DSSM) en Côte d'Ivoire. Nous y faisons également référence au cadre de Dahlgren et Whitehead (1991) qui nous servira de cadre d'opérationnalisation des principaux DSSM en Côte d'Ivoire. Nous catégorisons les DSSM abordés selon les différentes strates de DSS du cadre de Dahlgren et Whitehead (1991), afin de poursuivre notre analyse relative à la grille de LHR (2013) dans la section 3.

Dans **cette section 3**, nous proposons une analyse plus précise des DSSM et de l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Nous y examinons dans quelle mesure la prise en compte de DSS permettrait de réduire les ISS, notamment maternelle, à partir des dimensions du cadre de LHR (2013). La prise en compte des DSS serait ainsi essentielle pour une amélioration de la santé, spécialement celle maternelle, en Côte d'Ivoire et dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Section 1 : Pertinence de l'étude des inégalités sociales de santé dans le champ de la santé maternelle

La prise de conscience de la santé comme un facteur essentiel au développement a conduit à une succession de politiques et programmes de santé, pour en améliorer les indicateurs, dans les PED. L'application de l'approche néolibérale, particulièrement dans les PED s'est faite au détriment des secteurs sociaux pour lesquels les dépenses publiques se sont vues réduites et réorientées (Vicente Navarro, 2009). Cette négligence des secteurs sociaux traduit la faible prise en compte de la complexité de la construction sociale des individus, prenant effet depuis leur enfance.

Dans un contexte de grande pauvreté et de sous-investissement public dans la santé et bien d'autres secteurs sociaux importants pour la santé, cette approche néolibérale a négligé la pauvreté multidimensionnelle dominante, la faible et inégale distribution des richesses ainsi que de toutes les formes d'inégalités existantes. Elle a ainsi contribué à creuser les inégalités de santé ainsi que l'écart social qui existaient déjà entre populations aisées et pauvres. Cette section 1 tente non seulement de confirmer que la pauvreté peut effectivement conduire à des ISS (1.1), mais aussi et surtout, qu'il y a un besoin urgent de considérer d'autres facteurs plus distants/lointains dans l'explication des ISS et des mauvais indicateurs de santé (1.2).

1.1 De la pauvreté aux inégalités sociales de santé

La pauvreté est vraisemblablement un facteur explicatif parmi tant d'autres des ISS. Ce qui a justifié la convergence des programmes de santé vers des politiques de recouvrement, de subvention, de gratuité. Ces politiques se sont généralement avérées inefficaces, du fait de leur focus sur des facteurs directs de la santé et leur manque de contextualisation (1.1.1), de sorte qu'elles ont peu influencé les ISS, particulièrement dans la santé maternelle incessamment éprouvée dans les pays d'Afrique subsaharienne (1.1.2).

1.1.1 Inefficacité des programmes de santé dans la réduction des inégalités sociales de santé : un focus sur les déterminants directs de la santé et la faible prise en compte des contextes

Les pays d'Afrique subsaharienne, encore plus que le reste du monde, sont caractérisés par une grande pauvreté multidimensionnelle et des inégalités sociales au détriment des plus pauvres et des plus vulnérables, voire à l'intérieur d'un même pays, et qui ne sont pas sans effet pervers sur la santé de leurs populations. Il existe un lien de causalité entre la pauvreté et les inégalités

dans le secteur de la santé à double sens : « La pauvreté engendre la mauvaise santé et la mauvaise santé entretient la pauvreté » (Wagstaff, 2002).

Les Etats des pays pauvres sont généralement peu capables de subvenir aux besoins essentiels des populations, sans l'intervention des PTF. Face à la persistance des mauvais indicateurs de santé et des inégalités de santé, la communauté internationale n'a cessé de planifier et mettre en œuvre des programmes de développement¹¹⁹ parallèlement à des stratégies d'action permettant d'en faciliter l'atteinte. En dépit d'une amélioration au niveau international, certains pays d'Afrique subsaharienne tels que la Côte d'Ivoire continuent d'enregistrer de mauvais indicateurs de santé, notamment maternelle (cf chapitre introductif et chapitre 7). Pour rappel, en Côte d'Ivoire, le taux de mortalité maternelle est de 617 pour 100 000 naissances vivantes en 2016 - le 11ème taux le plus élevé au monde (WDI¹²⁰, 2017). Ce taux est en quasi-stagnation, depuis plus de 20 ans.

Dans les PED, les politiques de santé malgré leur apparente inefficacité, tentaient à la base de soutenir les plus démunis. Cependant, les 2-3 dernières décennies ont témoigné des tentatives revigorées de lutter contre les maladies uniquement par le biais des technologies médicales (Lönnroth et *al.*, 2009). La réalité est que la plupart des programmes et politiques de santé connus par les PED, jusqu'à ce jour, se sont plutôt préoccupés de mettre l'accent sur les déterminants directs de la santé (le coût des soins et services de santé, la qualité des soins, le revenu et/ou la richesse des ménages, etc.), en adoptant toujours une approche verticale maladie par maladie et cloisonnée (Boidin, 2018 ; 2022 ; Petitet, 2011), plutôt que de la santé vue comme le résultat d'une action collective (Boidin, 2018).

En effet, l'on note une difficile rupture avec les méthodes conventionnelles et un manque d'approche systémique. Or, l'amélioration de la santé ne dépend pas seulement de l'éradication des maladies ou de la mise en place de simples mécanismes de subvention. Bien que les bons soins médicaux soient nécessaires au bien-être des populations, l'amélioration des soins cliniques ne suffit pas pour relever les principaux défis sanitaires d'aujourd'hui et surmonter les inégalités en matière de santé (Solar et Irwin, 2006). Les décideurs et acteurs au développement semblent tenir

¹¹⁹ Santé pour tous en l'an 2000, OMD, ODD, etc.

¹²⁰ World Development Indicators (2017).

peu compte du fait que la santé est multi déterminée. Ce qui a contribué à assurer la persistance des problèmes de santé et l'échec des politiques mises en place.

Par ailleurs, pour des études récentes, les projets et programmes élaborés dans le cadre de ces modèles de développement imposés ont en grande partie échoué, du fait de la négligence des contextes divers (économiques, sociaux, politiques, etc.) spécifiques à chaque région ainsi que des dynamiques sociales en découlant (O. de Sardan, 2019). Les PTF sont des intervenants, pour la plupart, extérieurs aux contextes concernés et qui ont négligé et relégué au second plan les réalités locales et contextuelles des bénéficiaires au profit de certains mécanismes jugés efficaces (O. de Sardan, 2019). Et ce, sans véritable suivi-évaluation. Comme conséquence, ces programmes semblent n'avoir pas suffisamment insisté sur le manque d'équité sociale, voire d'inégalités d'accès aux soins de santé, déjà remarquable en Afrique. Le domaine de la santé est celui, sans doute dans lequel la fracture Nord-Sud est la plus marquée (Sghari et Hammami, 2016). En 2004, Marmot affirmait qu'au-delà de la relation connue entre santé et pauvreté, une action systémique devrait être engagée pour lutter contre les effets négatifs de la pauvreté. Cette lutte contre les effets négatifs nécessite une meilleure compréhension des « effets sur la santé des politiques sociales et économiques » (Marmot, 2005).

1.1.2 Creusement des inégalités sociales de santé dans le champ de la santé maternelle en Côte d'Ivoire en dépit de la mise en œuvre de plusieurs réformes de santé

D'après l'enquête démographique de santé (EDS-MICS, 2011-2012) en Côte d'Ivoire, le taux de mortalité maternelle est fortement alimenté par le manque d'accès aux services/ soins de santé, notamment par les femmes les plus pauvres. Selon 75 % des femmes du quintile le plus pauvre en Côte d'Ivoire, en 2012, le manque de ressources financières constituait un obstacle majeur à leur accès aux soins de maternité, contre 55 % des femmes du quintile le plus riche (EDS-MICS, 2011-2012). L'adaptation du modèle de LHR (2013) à la santé maternelle en Côte d'Ivoire (cf. section 2 chapitre 3) a permis de mettre en évidence plusieurs difficultés dans le processus d'accès aux soins/services de santé maternelle, davantage pour certaines catégories de femmes déjà défavorisées par leurs conditions sociales.

La communauté nationale et internationale semble poursuivre la proposition de réformes de santé en : (i) rehaussant la capacité de ces femmes à payer pour les soins de santé modernes et à s'engager, du côté de la demande ; (ii) en visant l'abordabilité et la pertinence des soins du côté de

l'offre. C'est dans cette optique qu'en plus de la gratuité ciblée des soins¹²¹ mise en place depuis 2012 en Côte d'Ivoire, le pays expérimente depuis récemment la mise en œuvre d'un système national d'assurance maladie appelé la CMU¹²² et du financement basé sur la performance¹²³ (FBP). Et ce, afin d'améliorer la demande et l'offre des soins de santé¹²⁴, avec un regard particulier sur les femmes enceintes et personnes vulnérables/ indigentes. Toutefois, en dépit des progrès réalisés sur les projets pilotes et les tentatives de mise à l'échelle de ces réformes, d'énormes défis se posent au détriment des populations cibles qui subissent d'avantages inégalités d'accès aux soins de santé et de santé contrairement à ceux qui étaient déjà favorisés par le système, avant l'application de ces réformes.

L'application du cadre conceptuel de l'accès aux soins de santé emprunté à LHR (2013) en Côte d'Ivoire nous a permis de montrer combien l'accès aux soins de santé maternelle peut être fortement compromis, dans les pays d'Afrique subsaharienne par des mauvaises conditions de vie, des inégalités sociales (en termes d'éducation, de cadre de vie et de travail, de chômage et de protection sociale, de transport, d'eau et d'assainissement, etc.), une précarité du système de santé de surcroît inadapté aux besoins de santé.

En Côte d'Ivoire, le contexte sanitaire déplorable (cf chapitre 7) interroge la possibilité de l'existence d'autres facteurs dont la prise en compte serait faible ou quasi-inexistante dans les réformes mises en œuvre. L'inégalité d'accès aux soins de santé n'est qu'un des déterminants structurels des inégalités en santé (O'Laughlin, 2016). C'est dire que les inégalités d'accès aux soins de santé maternelle peuvent accentuer davantage les inégalités de santé maternelle déjà existantes. L'utilisation des services modernes de santé et de santé maternelle en particulier, dans les pays d'Afrique subsaharienne semblent difficiles du fait de facteurs structurels physiques et socialement déterminés qui sont défavorables pour certaines catégories de population.

¹²¹ La gratuité des soins de santé en Côte d'Ivoire existait déjà depuis 2011. En 2012, elle a été ciblée aux femmes enceintes, aux enfants de moins de 5 ans et aux indigents.

¹²² D'après le PNDS (2016-2020), la couverture maladie universelle (CMU) constitue un pas vers la CSU.

¹²³ Le FBP est considéré comme un mécanisme d'amélioration de la qualité et de la quantité des soins de santé.

¹²⁴ Nous avons proposé une description de l'état d'avancement de chacune de ces réformes ainsi que les goulots d'étranglements inhérents dans la section 2 du chapitre 7.

1.2 Besoin de considérer des facteurs plus lointains de la santé

Dans cette sous-section, nous examinons les ISS comme le fruit de profondes inégalités sociales (1.2.1) et faisons un plaidoyer pour la considération de ces facteurs sociaux étudiés dans d'autres sciences sociales dans les sciences économiques (1.2.2).

1.2.1 Les inégalités sociales de santé : le fruit de profondes inégalités sociales à considérer

Partout dans le monde, les populations qui sont vulnérables et socialement désavantagées ont moins accès aux ressources de santé, demeurent malades, meurent plus tôt que celles ayant des positions sociales privilégiées (Solar et Irwin, 2006). En effet, Marmot (2015) souligne que la pauvreté et les divers gradients d'inégalité (**cf encadré n°10**) sont interconnectés.

Ainsi, nous défendons l'hypothèse selon laquelle les inégalités de santé maternelle sont les réponses d'inégalités sociales entre les femmes. Ceci nous permet d'examiner le fait que la santé maternelle est socialement déterminée.

En effet, il est important de tenir compte du fait que la santé est plutôt un construit social, de sorte qu'elle est perçue différemment par les individus selon le contexte socio-politique et leur place dans la société (Boidin, 2022). Selon le contexte socio-politique, les normes et conditions sociales, toutes les femmes n'auront pas forcément la même perception de la santé maternelle et ne la vivront pas de la même manière. De même, dans un même pays, notamment pauvre, la perception de la santé maternelle peut différer entre une femme pauvre et une femme aisée ou socialement favorisée. Cela a été démontré à l'aide de verbatims dans la section 2 du chapitre 3. Il semble donc important d'identifier à chaque fois les facteurs sociaux, selon le contexte socio-politique et institutionnel concerné, afin de savoir comment les influencer et améliorer ainsi l'état de santé des femmes.

A chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise effectivement par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces interactions complexes entre facteurs sociaux déterminent la santé et la qualité de vie des individus. De nombreuses études en plein essor identifient les facteurs sociaux comme étant la racine/ l'origine des inégalités de santé observées (Michael Marmot, 2005).

Selon Ridde et *al.* (2007), « les personnes de diverses couches sociales ne disposent pas d'une réelle égalité des chances pour atteindre un niveau de santé optimal ». Des recherches plus récentes ont consacré leurs réflexions aux « sociétés inégales » tout en montrant que plus les sociétés sont inégales, plus les disparités en matière de santé sont profondes (Eckersley, 2015). Les ISS se distribuent selon un gradient social (**cf encadré n°10**). Ce sont les inégalités sociales (**cf encadré n°11**) qui finissent par se transformer en ISS.

Encadré n°10 : inégalités de santé, ISS, gradient social.

Les ISS diffèrent des inégalités de santé. Les inégalités de santé ne relèvent pas de la justice sociale (par exemple, les inégalités de santé entre jeunes et personnes âgées). Les inégalités de santé peuvent être un processus auto-renforçant des itinéraires thérapeutiques observés, dans la mesure où les stratégies individuelles sont à la fois des procédures d'adaptation aux problèmes, et dans certains cas, des causes d'accroissement de la vulnérabilité (Boidin, 2008). Les ISS se réfèrent aux disparités observées quant à l'état général de santé entre des groupes sociaux (De Koninck et *al.*, 2008). Les ISS sont définies comme étant les différences non naturelles, évitables et injustes dans l'état de santé à l'intérieur d'un pays et entre les pays (Couralet, 2016) et représentent un enjeu en santé de la population.

Le gradient social « sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons » (Guide INPES, 2010). Par exemple, Marmot souligne un lien causal, voire un gradient social, entre la mortalité des moins de 5 ans (voire celle des adultes) et le niveau socio-économique. Plus le niveau socio-économique du ménage est élevé, plus faible sera son niveau de mortalité infantile observé. De même, il existe un gradient socio-économique au niveau de la mortalité des adultes à l'intérieur des pays et ceci est même remarquable dans les pays riches.

Encadré n°11 : A propos des indicateurs de mesures des inégalités sociales dans le monde

Les indicateurs de mesure des inégalités permettant de rendre compte de l'ampleur des écarts des inégalités entre nations montrent des écarts immenses entre les régions du monde, et l'endroit où on naît sur la planète est un déterminant des conditions de vies (Observatoire des inégalités, 2018). Quant aux indicateurs permettant de mesurer l'ampleur des inégalités à l'intérieur d'un pays entre les 10 % des populations les plus riches et les 10 % les plus pauvres, ils en disent long sur la profondeur des inégalités sociales au sein des pays africains par rapport aux pays développés. Le plus usité, l'indice de Gini, est très proche de 1 dans les pays d'Afrique subsaharienne tandis qu'il est proche de 0 dans les pays riches.

Les ISS sont donc de véritables iniquités de santé (Braveman et Gruskin, 2003). Elles sont le reflet d'inégalités déjà existantes dans la société : des inégalités de ressources et de pouvoir aux inégalités d'accès à l'information, favorisées par des choix politiques, par l'environnement institutionnel et qui se répercutent finalement sur la santé des populations. Ainsi, il existerait de profondes ISS (**cf encadré n°12**) entre populations des PED et celles des pays développés. Par exemple, les populations de pays riches ont souvent l'opportunité d'une meilleure alimentation, d'un meilleur système éducatif, de conditions de travail et de chômage mieux encadrées, d'un système de santé et d'un accès aux soins de santé souvent mieux organisés¹²⁵ que l'on ne retrouve pas souvent dans plusieurs pays pauvres.

Encadré n°12 : Quelques exemples d'inégalités sociales de santé

En effet, selon des statistiques, au Bangladesh, le niveau de mortalité chez les hommes entre 45 ans et 90 ans variait inversement par rapport au niveau d'éducation entre 1982 et 1998 (Marmot, 2005). Il y a donc un gradient social invitant à la considération d'un lien causal entre le statut des individus et leur santé (Marmot, 2005). Une fille née en Suisse vivra 43 ans plus longtemps qu'une fille née en Sierra Leone (Navarro, 2009). L'espérance de vie à la naissance en Sierra Leone atteindrait 34 ans, moins de la moitié des 81 ans environ qu'elle pourrait

¹²⁵ Les pays développés ont effectivement des systèmes de santé qui sont sans cesse performants, de nouvelles techniques d'analyse et d'investigation voient régulièrement le jour de même que des traitements de plus en plus efficaces (Sghari et Hammami, 2016). L'organisation attractive des conditions de vie et de travail (salaires, etc.) dans les pays du Nord incite de nombreux cadres de santé formés dans les pays du Sud à quitter leurs pays d'origine pour venir travailler dans les pays développés (Sghari et Hammami, 2016).

atteindre au Japon. Par ailleurs, il existe des disparités de santé entre populations à l'intérieur d'un même pays. Un jeune américain noir a 1.8 fois plus de risque de mourir de problèmes cardiovasculaires qu'un jeune américain blanc (Navarro, 2009). A Glasgow, une personne non qualifiée et ouvrière aura une durée de vie de 28 ans de moins qu'un homme d'affaires dans le top tranches de revenus en Ecosse (Navarro, 2009). Il existe des inégalités d'espérance de vie aux Etats-Unis entre les populations de différents états, soit un « écart de 20 ans » (Marmot, 2005 ; Marmot, 2015).

1.2.2 Des catégories de facteurs à reconsidérer en sciences économiques

Les études en sciences sociales se sont intéressées à d'autres facteurs indirectement liés au système de santé et issus d'autres secteurs influencés par d'autres politiques sociales. A titre d'exemple, l'individu subit indubitablement les inégalités de revenu à l'échelle nationale, les choix politiques des pouvoirs ou décideurs publics ainsi que les politiques mises en place dans d'autres secteurs sociaux. Ces facteurs, qualifiés d'indirects agissent considérablement sur la santé et l'utilisation des services de santé en prédisposant l'individu à vivre dans des conditions bien définies et en accentuant ainsi les ISS observées. Il s'agit de dimensions structurelles et environnementales agissant en amont de, sur et au-delà de l'accès aux soins de santé, tout en conditionnant les caractéristiques individuelles des populations et en creusant davantage le fossé entre les plus aisés et les plus démunis, engendrant ainsi des inégalités sociales en matière de santé.

Parmi ces déterminants indirects se trouvent les « upstream determinants » (Löhnroth et *al.*, 2009) ou déterminants lointains/ distants de la santé, faiblement investigués dans les études en sciences économiques. Les déterminants lointains agissent sur des déterminants pouvant être qualifiés d'intermédiaires, qui vont à leur tour agir sur des facteurs plus proches de l'individu que Löhnroth et *al.* (2009) qualifient de *proximate*.

Par exemple, des politiques nationales et internationales de la santé ou d'autres secteurs sociaux (éducation, transport, emploi et protection sociale, communautés, logement, etc.) sont des déterminants lointains qui peuvent agir sur les déficiences dans les systèmes de santé (paiements directs élevés, manque d'équipement et de matériel de soins, absence ou indisponibilité de personnel qualifié, la politique de distribution pharmaceutique, l'organisation du système de santé,

pour ce qui concerne leur influence sur le secteur de la santé), le cadre de vie, l'appartenance sociale, socio-professionnelle voire socio-économique de l'individu. Ces derniers facteurs pouvant être considérés comme des facteurs intermédiaires peuvent, à leur tour, influencer les facteurs individuels liés au style de vie (sexe, l'âge et la constitution) (Dahlgren et Whitehead, 1991) - et qui sont les vecteurs de transmission affectant directement la santé, voire le comportement d'accès aux soins de santé de l'individu.

D'autres facteurs distants difficilement pris en compte dans des modèles techniques économétriques peuvent être l'organisation socio-politique, l'environnement institutionnel, la confiance dans les institutions, la perception de la santé, le manque de coordination non seulement à l'intérieur du système de santé et entre le système de santé et d'autres secteurs sociaux qui l'influencent, la mondialisation, l'industrialisation, etc. Les déterminants indirects, dont font partie ceux lointains et bon nombre de ceux intermédiaires, sont connus sous le vocable de DSS et sont peu investigués en économie standard. Il s'agit désormais de considérer ces déterminants distants et pas seulement les facteurs de risque proches (Lönnroth et *al.*, 2009).

Les DSS restent difficilement pris en compte dans les études en sciences économiques. Cependant, ce n'est pas une tâche impossible, bien que probablement longue à mettre en œuvre. Il faudrait parvenir à identifier les leviers d'action stratégiques.

Section 2 : Une tentative de réponse des déterminants sociaux de la santé aux inégalités sociales de santé et à la pauvreté multidimensionnelle

Cette section vise à présenter la notion des DSS ainsi que leurs enjeux (2.1), à remettre en cause la focalisation sur les inégalités de revenus comme raison principale des ISS dans encore bon nombres d'études (2.2) et à présenter le cadre précurseur de l'opérationnalisation des DSS de Dahlgren et Whitehead (1991) ainsi que la mobilisation que nous en faisons (2.3).

2.1 Définition et enjeux des déterminants sociaux de la santé

Cette sous-section est consacrée à la définition des DSS (2.1.1) ainsi que de ses enjeux pour la recherche en santé dans la réduction des ISS (2.1.2).

2.1.1 Définition des déterminants sociaux de la santé

Pour mieux comprendre les DSS, comment ils opèrent et comment ils peuvent être influencés pour améliorer la santé et réduire les ISS, l'OMS a mis en place une commission

indépendante sur les DSS ou CSDH¹²⁶ (World health Organization, 2008c) en 2008. Cette CSDH, dirigée par Mickael Marmot, en donne la définition suivante : « *Les DSS sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie* ». Ces conditions de vie et de travail sont relatives au logement et cadre de vie, à l'environnement de travail, à l'éducation, au chômage et à la protection sociale, à l'agriculture et à la production alimentaire, à l'eau et à l'assainissement, aux transports ainsi qu'à l'accès aux services de santé et aux services sociaux essentiels¹²⁷ (Dahlgren et Whitehead, 1991 ; Bambra et al., 2009).

Ces circonstances ou DSS sont donc déterminés par les forces sociales, politiques et économiques (Marmot, 2005 ; Solar et Irwin, 2006 ; Marmot, 2015). Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie quotidiennes constituent les DSS (**cf encadré n°12**) et sont responsables pour une grande part, des inégalités de santé entre pays et à l'intérieur des pays (World Health Organization, 2008c). L'approche défendue par cette CSDH que nous rejoignons est que la santé doit être l'affaire de tous ceux qui participent à l'élaboration des politiques publiques tant au niveau national qu'international. Enfin, l'approche des DSS invite à considérer une approche plutôt holistique et non isolée du secteur de la santé et des interactions sociales qui y prennent part. Autrement dit, la santé ne doit pas être seulement et principalement l'affaire des acteurs directs du secteur de la santé, mais aussi d'acteurs de secteurs autres que la santé et qui pourtant influencent considérablement la santé des individus.

2.1.2 Enjeux d'une approche par les déterminants sociaux de la santé : un moyen de réduire véritablement les inégalités sociales de santé

La littérature a montré que l'approche basée sur les DSS est pertinente dans l'analyse des déficiences sanitaires, pour l'amélioration de la santé des individus ainsi que des indicateurs sanitaires, notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne essentiellement dépendants de l'extérieur (Boidin, 2022). Malgré la prise de conscience et l'urgence de prendre en compte les DSS depuis 2008, les actions dans ce sens tardent à prendre forme et les problèmes¹²⁸ de santé demeurent. Marmot (2005) explique que pour l'amélioration des indicateurs sanitaires et des

¹²⁶ Commission on Social Determinants of Health/ Commission sur les déterminants sociaux de la santé.

¹²⁷ Plusieurs types d'accès différents sont pertinents pour les DSS au sens large. Bambra et al (2009) pointent notamment l'accès économique, l'accès culturel et l'accès géographique

¹²⁸ Notamment les inégalités de santé dont les recherches ont abouti à la nécessaire prise en compte des DSS. En effet, le thème dominant de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé a été les inégalités de santé.

performances des systèmes de santé, il convient de relever plusieurs défis. Entre autres, il souligne l'importance de relever de manière substantielle le défi des inégalités en matière de santé. Ce qui revient à réformer les systèmes de santé et à œuvrer dans le même temps à réduire la pauvreté (Marmot, 2005).

Par ailleurs, la définition des DSS par la CSDH (World Health Organization, 2008c) met en évidence d'autres secteurs que le système de santé seul à impliquer dans la lutte contre les maladies et autres problèmes de santé. Cette définition vise une approche systémique de la santé dans laquelle le système de santé est en interaction avec d'autres secteurs sociaux, afin de répondre au mieux aux problèmes de santé des populations. Les disparités observées dans l'état de santé entre les groupes sociaux sont la conséquence d'une distribution inégale et injuste des DSS (Couralet, 2016). Cette distribution inégale des DSS représente les causes des causes des ISS (Dahlgren et *al.*, 1991) et des problèmes de santé. Ce sont des DSS - plus globaux et fondamentaux - des facteurs de causalité individuels de la santé (Bacigalupe et *al.*, 2010).

Marmot (2005) préconise d'améliorer les conditions de vie et de travail des populations, si l'on veut considérablement réduire la pauvreté. Les conditions de vie et de travail des gens sont critiques dans la gestion des maladies qu'elles soient mortelles ou pas (Marmot, 2005). Par conséquent, il faudrait désormais faire attention à ces facteurs distants/lointains (Lönnroth et *al.*, 2009), à savoir les DSS qui sont la véritable racine des problèmes de santé. L'approche des DSS est perçue comme un moyen d'insister sur le droit humain à la santé pour tous les individus, mieux, sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

Dans le rapport : « Closing the gap in a generation » sur la CSDH (World Health Organization, 2008c), le droit à la santé n'est pas le seul abordé. Sont également concernées toutes les questions relatives à la relation entre les droits de l'homme et la pauvreté : « les droits à un abri de base, à la nourriture, à un environnement sûr, à une bonne éducation, aux services de santé, à des conditions de travail sûres, à un emploi décent et rémunéré, à la protection sociale ainsi que les droits civils et politiques classiques tels que la liberté d'expression, de réunion et d'association, etc. » pour ne citer que ceux-ci. En d'autres termes, Marmot explique qu'avoir le droit à la santé, c'est avoir le droit aux DSS. Les individus privés de ces droits sont en quelque sorte privés de leurs

libertés¹²⁹ considérées comme fondamentales. Marmot (2015) évoque la question des « libertés fondamentales » des individus qui reflètent la liberté personnelle de vivre une vie considérée comme de « valeur ».

L'approche des DSS permet donc de réduire les écarts tout en promouvant « une plus grande équité en matière de santé entre les différents groupes sociaux et professionnels (Whitehead et Dahlgren, 1991). C'est ce qui permet à Solar et Irwin (2006) de postuler que les DSS restent une question de bon sens et que le problème se situe au niveau de la « conversion de ce bon sens en politique publique » au niveau de la mise en œuvre pour obtenir des résultats. D'où notre intérêt pour l'approche des DSS qui s'avère donc nécessaire pour une meilleure orientation et un meilleur impact sur la santé des populations, des réformes et politiques de santé, notamment dans les pays d'Afrique subsaharienne.

Dans notre étude, nous interrogeons les DSS maternelle y compris l'accès aux soins/ services de santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne et en particulier en Côte d'Ivoire, en nous basant sur le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991). La persistance des mauvais indicateurs de santé maternelle ainsi que des ISS maternelle est sans doute liée à la faible prise en compte des DSS. Leur connaissance permettra d'examiner, de façon systémique, ce qui met incessamment à mal la santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire.

2.2 Une difficulté des études et programmes à aborder de façon pratique les déterminants sociaux de la santé

Cette sous-section nous permet d'examiner le défi encore crucial de dépasser les inégalités de revenus dans l'étude et le traitement des DSS (2.2.1) et propose une piste pour relever ce défi à partir de Eckersley (2015) (2.2.2).

2.2.1 Un dépassement difficile des inégalités de revenus comme défi fondamental dans les déterminants sociaux de la santé

Dans son article portant sur l'impact des inégalités sur la santé, Eckersley (2015) remet en cause la persistante focalisation sur l'hypothèse d'inégalité des revenus dans les recherches actuelles relatives aux ISS. En dépit de l'adoption de l'approche des DSS reconnus comme

¹²⁹ Concept de « libertés fondamentales » attribuables aux travaux d'Amartya Sen.

intégrant les aspects socioéconomiques, environnementaux, psychosociaux, sociopolitiques, culturels, bon nombre de travaux théoriques et empiriques continuent d'accorder la prééminence aux inégalités de revenus entre riches et démunis comme facteur explicatif prépondérant des inégalités de santé.

Pourtant, les seuls facteurs « socio-économiques » ne rendent pas toujours compte des différentes dimensions de la compréhension des complexités associées aux DSS et facteurs de causalité (Eckersley, 2015). En réalité, l'approche des DSS relève d'une certaine complexité qui impose de prendre en compte plusieurs dimensions sociales associées à plusieurs facteurs de causalités plutôt que de se concentrer uniquement sur les facteurs socio-économiques desquels l'on peine à prendre de la distance. En insistant ainsi sur l'hypothèse de l'inégalité de revenus¹³⁰, il paraît légitime que la plupart des programmes¹³¹ de santé se concentrent sur le recouvrement voire la gratuité des soins pour les populations vulnérables¹³² ou pour certaines catégories de soins¹³³. A la fin des années 2000, l'OMS a reconduit l'exemption du paiement de certains traitements ou services de santé pour des catégories ciblées de patients comme une voie importante de renforcement de l'équité des systèmes de santé (World Health Organization, 2008). Cependant, cette gratuité pour certains soins est « insuffisamment connectée avec d'autres volets des politiques de santé tels que la qualité et l'accessibilité des systèmes de santé » (Meessen, Gilson, Tibouti, 2011 cités par Boidin, 2022). La raison est sans doute que les PTF¹³⁴ intervenant dans la santé ne savent pas comment faire et continuent de négliger ainsi les causes des causes (facteurs lointains et intermédiaires) qui influencent les déterminants dits directs¹³⁵ (proches et quelques-uns parmi ceux intermédiaires) de l'état de santé. Bien qu'ils soient largement acceptés comme une trajectoire de réponse aux problèmes de santé, « les mécanismes causaux et les voies du changement restent insaisissables » (Carrey et Crammond, 2015).

¹³⁰ Les inégalités de revenus pouvant être considérés comme un déterminant intermédiaire de la santé.

¹³¹ Programmes de santé mis en place par différents départements tels que l'USAID, les agences de coopération, l'OMS, le ministère de la Santé, les ONG, l'UNICEF, etc. qui sont conduits de manière relativement indépendante (Boidin, 2018).

¹³² Ces personnes vulnérables sont entre autres les femmes enceintes (pouvant être indigentes), enfants de moins de 5 ans, indigents, personnes âgées, etc.

¹³³ Ces catégories de soins peuvent concerner entre autres les actes d'accouchement, de césarienne, tuberculose, VIH, etc.

¹³⁴ L'USAID, les agences de coopération, l'OMS, le ministère de la Santé, les ONG, l'UNICEF, etc.

¹³⁵ Ces déterminants directs sont abusivement considérés par la littérature comme les caractéristiques individuelles des individus qui n'ont pas choisi de se retrouver dans ces conditions socio-économiques si particulières.

2.2.2 Une proposition de pistes par Eckersley (2015) pour une prise en compte effective des déterminants sociaux de la santé dans les études et programmes

Des études menées durant ces dernières décennies indiquent des canaux par lesquels les environnements économiques, sociaux, politiques et culturels influencent les résultats en matière de santé (Marmot, 2015). Eckersley (2015) s'appuie sur « **une analyse transdisciplinaire du progrès et du bien-être incluant les DSS, et en particulier les influences culturelles ainsi que la santé et le bien-être des jeunes** ». Il reconnaît cependant que l'analyse théorique mono causale usuelle accordant une importance aux inégalités de revenu et socio-économiques est quelque peu dévoyée ici car une telle analyse prend difficilement en compte la myriade de problèmes existants dans les « sociétés humaines » non statiques (Eckersley, 2015). La mauvaise répartition des revenus est un phénomène résultant de relations de classes plus larges (Eckersley, 2015). Il argumente cette assertion par le fait **qu'il existe « des échanges constants entre les conditions sociales et les prédispositions naturelles individuelles ayant une incidence sur les systèmes de valeurs et les réponses aux situations sociales** (Eckersley, 2015). Il soutient que les systèmes de santé sont des sous-systèmes complexes en lien avec d'autres sous-systèmes, et dont le concert des actions contribue à l'état du système global.

Il faudrait chercher à comprendre comment fonctionne chaque élément du système en interaction avec la santé, afin de comprendre le fonctionnement de l'ensemble. Ces différents éléments ou sous-systèmes, travaillant parfois simultanément pour atteindre un certain objectif doivent être « surveillés et gérés » en permanence (Eckersley, 2015). Ainsi, plutôt que d'aborder la discussion sur les ISS avec une vision d'un seul facteur causal aboutissant à un résultat correspondant, il préfère l'aborder avec plusieurs facteurs et voies possibles parmi eux, d'où la nécessité de la santé dans toutes les politiques ou Health in All Policies¹³⁶ (HIAP) (Eckersley, 2015). En effet, les variations des taux de mortalité et de morbidité, par rapport aux situations liées à la santé dans le monde, peuvent être attribuées à l'organisation socio-politique (Consortium

¹³⁶ Cette expression sera abordée plus en détails dans le chapitre 4 dans la partie 2. C'est l'initiative politico-publique de l'acceptation des déterminants sociaux de la santé. C'est un paradigme de politiques de santé qui tire les enseignements du fait que la santé est multi déterminée par des causes structurelles ou des déterminants sociaux. Le cœur de HIAP est d'examiner les déterminants de la santé qui peuvent être modifiés pour améliorer la santé, mais qui sont principalement influencés par les politiques des secteurs autres que la santé (Sihto et *al.*, 2006 ; Baum et *al.*, 2014). C'est une approche de politiques intersectorielles visant à « stimuler une action concluante vers la réalisation des déterminants sociaux de la santé en mettant l'accent sur l'imprégnation des problèmes de santé dans les tissus d'autres secteurs non liés à la santé (Sihto et *al.*, 2006 ; Baum et *al.*, 2014).

DETERMINE, 2008). La mise en cause de cet état de fait conduit à penser une distribution plus équitable des DSS entre les différents groupes sociaux en présence.

En somme, en dépit de l'appel à s'engager vers les DSS, l'on assiste à une faible mise en œuvre de l'approche basée sur les DSS dans les pays d'Afrique subsaharienne (Boidin, 2022). Malgré des avancées institutionnelles dans la littérature, les DSS sont largement ignorés dans les pays pauvres (Boidin, 2018). Ainsi, jusque-là, les déterminants dits indirects (intermédiaires et lointains) parmi les DSS sont rarement considérés lors de la mise en place des politiques et réformes visant à améliorer les indicateurs de santé. Ces politiques et réformes, notamment en Afrique, s'échinent à passer à l'action car les travaux consacrés peinent encore à en saisir les tenants.

Les approches sectorielles et cloisonnées demeurent dans la mise en place de politiques de santé, ne faisant intervenir que les acteurs de ce secteur (Boidin, 2018). Ces politiques adressent peu les ISS du fait d'une faible action systémique intégrant, de façon simultanée, les déterminants indirects de la santé. Pourtant ce sont eux la racine du problème, les vraies causes du mauvais état de santé des populations subsahariennes et des ISS (Dahlgren et Whitehead, 1991). Bien que Eckersley (2015) propose une manière de procéder, il se pose toujours une question de l'opérationnalisation des DSS que nous tentons d'adresser dans la sous-section 2.3 à partir du modèle de Dahlgren et Whitehead (1991).

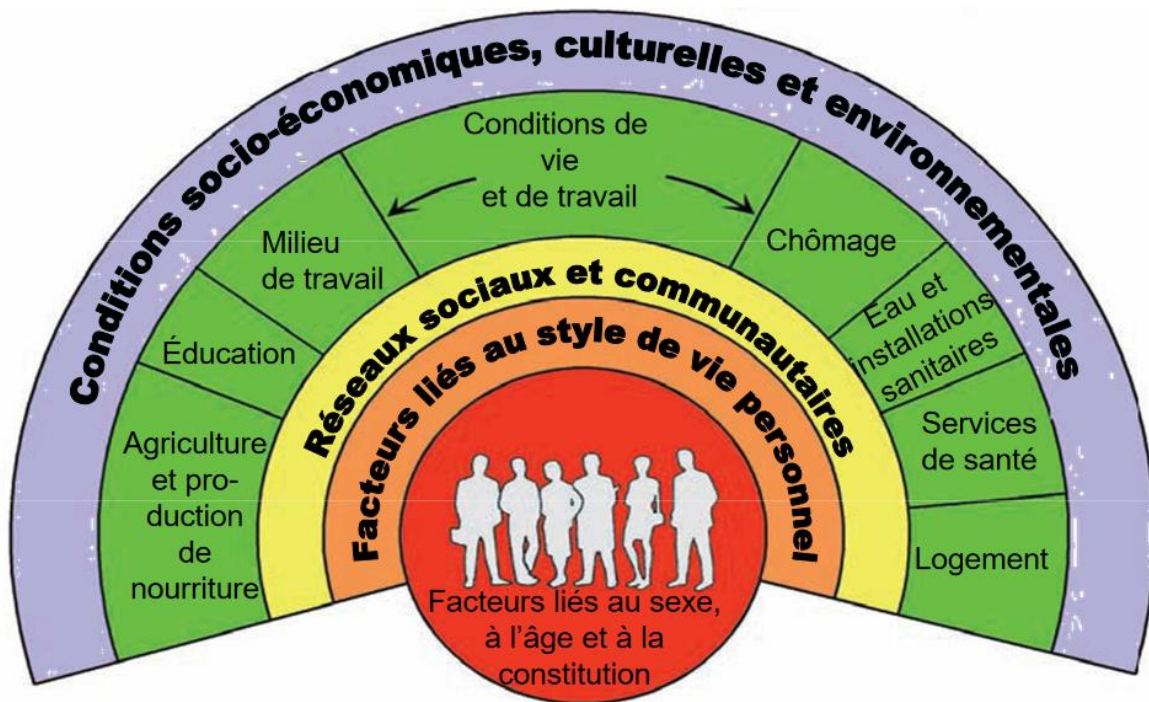
2.3 Le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) : Notre point de départ pour notre tentative d'opérationnalisation des déterminants sociaux de la santé

Un intérêt général est accordé à l'approche des DSS. Cependant, peu sont les propositions concrètes d'interventions appropriées visant à en relever le défi. Afin de passer des discours à l'action, notamment par des interventions appropriées, Bambra et *al.* (2009) ayant repris Dahlgren et Whitehead (1991) préconisent d'identifier ce qui a déjà été fait dans chaque domaine (de l'espace d'étude) et de mettre en évidence ensuite les domaines à développer. Nous tentons, dans la section 3, une application des DSS maternelle, en Côte d'Ivoire.

Pour ce faire, nous nous intéressons au cadre « arc-en-ciel » des DSS de Dahlgren et Whitehead (1991) qui a été souvent utilisé dans plusieurs études sur les DSS. La représentation « arc-en-ciel » de Dahlgren et Whitehead (1991) (cf figure n°8 ci-après) a suscité un intérêt général pour son

caractère plus ou moins opératoire d'une prémisses de l'analyse des DSS. Dahlgren et Whitehead (1991) propose un cadre qui épouse la prise en compte des DSS, dépassant l'unique concentration sur les facteurs socio-économiques tels que perçus et présentés dans la littérature.

Figure n°8 : La représentation des déterminants sociaux de la santé de Dahlgren et Whitehead (1991)



Source : Dahlgren et Whitehead (1991)

Le cadre de Dahlgren et Whitehead (1991) est intéressant, dans la mesure où il propose une matrice stratégique (cf figure n°8 ci-dessus) illustrant la nécessité d'approches globales, afin de « lutter contre les inégalités sociales et professionnelles en matière de santé » (Dahlgren et Whitehead, 1991). Et ce, tout en distinguant différents niveaux de politiques pour les interventions. Toutefois, nous ne prétendons pas fournir les clés d'intervention qu'à partir de ce cadre, pour s'attaquer aux DSS. En effet, en dépit de nombreuses études, il manque encore des preuves sur ce qui peut réellement être fait pour s'attaquer aux DSS, ainsi qu'aux ISS (Bambra et *al.*, 2009). Le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) présente les DSS en quatre niveaux interdépendants les uns des autres et qui interagissent (cf encadré n°13).

Les deux dernières couches ou niveaux supérieurs (3e et 4e) de DSS du schéma « arc-en-ciel » semblent davantage difficiles à traiter dans les études. Ils représentent les facteurs indirects. La plupart des études ayant abordé la question des DSS semblent se référer généralement au troisième niveau qui présente des facteurs directement liés aux conditions de vie et de travail et de l'accès aux soins de santé et services sociaux essentiels (l'accès économique, l'accès géographique et l'accès culturel). Ces conditions de vie et de travail peuvent avoir un poids différent en fonction du contexte dans lequel l'on se trouve (**cf encadré n°14**). La quatrième strate qui est la couche la plus externe du schéma se réfère effectivement à des conditions socio-économiques, culturelles et environnementales plus et peu analysées dans les études précédentes. Toutefois, nous défendons qu'une meilleure représentation du quatrième niveau, qui peut sembler difficile, est nécessaire pour s'attaquer réellement aux DSS et améliorer la santé des populations. La partie 3 de cette thèse est une tentative de combler cette lacune, à travers notre proposition des CI, comme cadre/grille d'analyse des DSS.

Encadré n°13 : Une description des niveaux des différentes strates du cadre de Dahlgren et Whitehead (1991)

Le premier niveau « *Facteurs liés au style de vie personnel* » concerne les comportements et styles de vie personnels influencés par les modèles qui régissent les relations entre amis et dans l'ensemble de la collectivité. Ces rapports peuvent être favorables ou défavorables à la santé. Les personnes désavantagées ont tendance à montrer une prévalence plus élevée des facteurs comportementaux comme le tabagisme, une alimentation médiocre et feront également face à des contraintes financières plus importantes pour choisir un style de vie plus sain. Le deuxième niveau « *Réseaux sociaux et communautaires* » comprend les influences sociales et collectives : la présence ou l'absence d'un soutien mutuel dans le cas de situations défavorables a des effets positifs ou négatifs. Ces interactions sociales et ces pressions des pairs influencent les comportements individuels de façon favorable ou défavorable. Le troisième niveau « *Facteurs liés aux conditions de vie et de travail* » se rapporte à l'accès au travail, l'accès aux services et aux équipements essentiels : eau, habitat, services de santé, nourriture, l'éducation mais aussi à l'accès au travail et aux conditions de travail. Dans cette strate, les conditions d'habitat plus précaires, l'exposition aux conditions de travaux plus dangereux et stressants et un accès médiocre aux services de santé créent des risques différentiels pour les personnes socialement

désavantagées. Le quatrième niveau « *Conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales* » englobe les facteurs qui influencent la société dans son ensemble. Ces conditions, comme la situation économique du pays et les conditions du marché du travail ont une incidence sur toutes les autres strates. Le niveau de vie atteint dans une société, peut par exemple influencer sur les possibilités d'un logement, d'un emploi et d'interactions sociales, ainsi que sur des habitudes en matière d'alimentation et de consommation des boissons. De même, les croyances culturelles sur la place des femmes dans la société ou les attitudes profondes par rapport aux communautés ethniques minoritaires peuvent influencer sur leur niveau de vie et la position socioéconomique.

Nous empruntons le cadre de Dahlgren et Whitehead (1991) comme première base d'une analyse des conditions sociales des femmes en Côte d'Ivoire que nous proposons de mobiliser parallèlement avec le cadre de LHR (2013) déjà adapté et appliqué dans le chapitre 3 à la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Comme présenté ci-dessus, le schéma de Dahlgren et Whitehead (1991) contient quatre strates composées chacune de plusieurs éléments, mieux présentées et connues pour la troisième strate qui se réfère aux conditions de vie et de travail. Le cadre de Dahlgren et Whitehead (1991) nous facilitera l'identification de différents secteurs concernés par chacun des quatre niveaux de DSS plus ou moins distants influençant les caractéristiques des individus. En dépit de l'ancienneté du cadre de Dahlgren et Whitehead (1991) de plus de 30 ans, il demeure pertinent. Nous tentons de l'améliorer, en prenant en compte, dans notre analyse à la section 3, d'autres facteurs importants à considérer dans le contexte ivoirien et qui n'y figurent pas nommément.

Dans notre analyse, nous considérons les catégories de DSS en Côte d'Ivoire au niveau de la troisième strate du cadre proposé par Dahlgren et Whitehead (1991). Nous classons ces DSS en sous catégories et selon les données disponibles, en les illustrant au cas de la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Pour chacune des sous-sections, il s'agira d'analyser, à chaque fois, à quelle catégorie du schéma de Dahlgren et Whitehead (1991) le déterminant concerné fait référence. Puis, dans chaque sous-section, nous essaierons également de décrire comment les dimensions du cadre de l'accès aux soins de santé de LHR (2013) (cf chapitre 3) interagissent pour produire les résultats observés en matière d'accès aux soins de santé maternelle.

D'une part, il s'agit de décrire et évaluer l'environnement en Côte d'Ivoire dans lequel les populations, notamment les femmes en Côte d'Ivoire, vivent et travaillent. D'autre part, cette analyse consiste à identifier les secteurs clés en Côte d'Ivoire ayant une influence sur la santé des mères en particulier, ce qui y a déjà été fait, tout en y tentant déjà de recenser des défaillances institutionnelles. Ainsi, nous analyserons comment cet environnement influence certaines dimensions du cadre de LHR (2013) appliqué en Côte d'Ivoire.

Encadré n°14 : Des DSS universellement partagés aux poids différents d'un pays à un autre

Si l'on se réfère au cadre « arc en ciel » de Dahlgren et Whitehead (1991), les DSS seraient sans doute les mêmes aussi bien dans les PED que dans les pays développés. Cependant, chaque déterminant n'aurait pas le même poids en fonction du fait qu'on se trouve dans un pays riche, ou dans un pays pauvre. Et même en comparant le poids d'un déterminant de l'état de santé des individus dans deux pays pauvres, l'on pourrait se retrouver face à des pondérations différentes pour le même déterminant. Cela pourrait s'expliquer par les facteurs sociaux, culturels, etc., propres à chaque pays et que l'on pourrait considérer comme des facteurs contextuels, environnementaux et institutionnels agissant indubitablement sur l'état de santé des populations, voire sur leur décision à recourir ou non à des soins et services de santé. Tout ceci confirme le fait que la santé est multi déterminée et une meilleure connaissance de ses déterminants, dans une approche systémique au-delà du secteur de la santé, devrait contribuer à davantage l'améliorer.

Section 3 : Déterminants sociaux de la santé maternelle et de l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire

Sur la période 2015-2018, les inégalités en Côte d'Ivoire mesurées par le coefficient de Gini sont passées de 0,38 à 0,35. Cette légère amélioration ne dissimule pas l'existence d'importantes inégalités sociales en Côte d'Ivoire. Dans cette section, nous examinons dans quelles mesures les femmes subissent des ISS, ont droit aux DSS en Côte d'Ivoire et comment les DSS peuvent influencer leur accès aux soins de santé ainsi que leur accès à la santé, de façon générale.

Nous nous servons, à cet effet, du cadre de Dahlgren et Whitehead (1991) et de LHR (2013) pour notre analyse des conditions de vie, de travail et d'accès aux services de santé et services sociaux essentiels, chez les femmes en Côte d'Ivoire. Ainsi, nous tentons dans une sous-section 3.1, une analyse, en suivant la démarche décrite dans la section 2.3 de ce chapitre, à travers les dimensions de la strate 3 du cadre « arc-en-ciel » de Dahlgren et Whitehead (1991). Puis, dans une sous-section 3.2, nous examinons d'autres DSS qui ne sont pas nommément visibles au niveau de la troisième couche du cadre de Dahlgren et Whitehead (1991).

3.1 Déterminants sociaux de la santé maternelle en Côte d'Ivoire basés sur Dahlgren et Whitehead (1991) et à partir de LHR (2009)

La pauvreté est certes un facteur aggravant de la mauvaise santé, notamment par les conditions de vie précaires auxquelles elle expose. Toutefois, le risque de pauvreté est, par exemple, réduit quand les individus savent lire et écrire ou alors quand ils ont atteint le niveau de l'enseignement secondaire (ou l'équivalent). Ce risque de pauvreté est davantage réduit, quand l'individu est en emploi et surtout travaille dans le secteur public ou dans le secteur privé formel¹³⁷. D'après Boidin (2022), le niveau d'éducation et le statut des femmes font partie des facteurs clés des mauvais indicateurs dans les pays d'Afrique subsaharienne parmi les DSS. Il est alors possible d'imaginer que ces facteurs clés et bien d'autres facteurs sociaux les composant influencent davantage la santé maternelle.

Nous souhaitons examiner quelques-uns de ces facteurs sociaux clés, à travers les sous-sections suivantes reprenant les DSS de la strate 3 du cadre de Dahlgren et Whitehead (1991), notamment l'accès aux services de santé et services sociaux¹³⁸(3.1.1), logement et cadre de vie (3.1.2), environnement de travail, chômage et protection sociale (3.1.3), transport et accès aux routes (3.1.4), accès aux infrastructures de base dont l'eau courante et assainissement (3.1.5), accès à l'éducation (3.1.6), agriculture et production de nourriture (3.1.7). Nous nous servons principalement des données de l'enquête sur le niveau de vie des ménages (ENV) de 2015 en Côte d'Ivoire, du poverty assessment (World Bank Group, 2022) en Côte d'Ivoire, des enquêtes

¹³⁷ Cette précision du « formel » est en comparaison aux petites activités informelles. Par contre, dans le secteur d'activités informelles prévalant dans les PED, il existe des acteurs qui s'enrichissent. Il ne s'agit donc pas ici de cette catégorie.

¹³⁸ Comme Bambra *et al.* (2009), il s'agira ici de l'accès économique, culturel et géographique.

qualitatives (E1) et (E2) en Côte d'Ivoire (observations, entretien) ainsi que de l'EIPSS (2021) en Côte d'Ivoire.

3.1.1 Accès aux services de santé et services sociaux

Sur la période 2015-18, l'écart d'accès aux services de santé entre les 20 % de ménages les plus pauvres et les 20 % de ménages les plus riches, bien qu'il se réduise, reste élevé, supérieur à 10 points de pourcentage (World Bank Group, 2022). Ce qui suggère que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour rendre les investissements publics dans la santé équitables. D'après l'ENV (2015), il n'existe pas d'ESPC dans les lieux de résidence de 21 % des ménages. Cette proportion est de 44 % pour l'HG. Ainsi pour accéder à un ESPC, 48,8 % des ménages y vont à pied, 11% en transport en commun, 7,7 % en mobylette.

Dans le cas de l'HG, l'accès est plus problématique. Seulement 43,4 % des ménages sont à moins de 5 km de l'HG quand l'infrastructure existe, tandis que plus de la moitié est à plus de 5 km. En particulier, 27,4 % des personnes se trouvent à plus de 10 km du premier centre hospitalier de référence (cette proportion est de 33,8 % chez les pauvres contre 25,3 % chez les non pauvres). C'est d'ailleurs ce qui justifie qu'ils utilisent en grande majorité, les moyens motorisés pour s'y rendre (ENV, 2015), pour ceux qui en ont à disposition. De plus, il importe de considérer un sous-équipement flagrant en infrastructures routières de qualité dans les zones rurales en Côte d'Ivoire (Yéo et *al.*, 2016). De telles situations peuvent s'avérer davantage risqué pour des femmes enceintes et leurs bébés, lors du recours aux CPN et CPoN.

Une autre difficulté est qu'en dépit de l'évolution culturelle et la modernisation observées en Côte d'Ivoire, notamment en zone urbaine, il subsiste encore des pratiques culturelles et traditionnelles contraignantes pour les femmes et les jeunes filles (mariage précoce et/ou forcé de la jeune fille, faible niveau d'instruction de la petite fille, exclusion de la femme de la succession et droit à la propriété foncière, lévirat, etc.). Comme expliqué dans la section 2.2 du chapitre 3, en ce qui concerne l'acceptabilité des services de santé dans le cadre de LHR (2013), la faible autonomie des femmes, leur dépendance à leurs époux ou belles-familles, leurs devoirs conjugaux et obligations domestiques leur imposent souvent d'obtenir l'aval de ces derniers dans leur processus de recours aux services de santé (Niang et *al.*, 2015).

Ce qui précède permet de comprendre le fait que faute d'accessibilité à des centres de santé voire à des hôpitaux de référence, les populations pourraient être emmenées à construire leurs itinéraires thérapeutiques sur la base d'autres solutions alternatives selon ce qui est disponible et ce qu'elles ont comme moyens. Elles pourraient ainsi en faire des habitudes qui finiraient par s'institutionnaliser, sous réserve de changement structurel et progressif.

En nous référant au cadre de LHR (2013), les femmes et leurs familles ainsi que leurs communautés d'appartenance pourraient avoir **une faible capacité à abandonner des valeurs culturelles préjudiciables pour leur santé, du fait que ces valeurs et coutumes se sont institutionnalisées**. De plus, **la faible accessibilité** des services de santé modernes combinée à des comportements thérapeutiques alternatifs par adaptation, finit non seulement par engendrer **une faible capacité à percevoir leurs véritables besoins de santé** par les femmes et leurs communautés d'appartenance, mais aussi et progressivement, **une faible acceptabilité des services de santé**. Cette faible acceptabilité des services de santé est complémentaire à **une faible capacité à rechercher/demander les soins de santé**. Ceci est valable, et d'ailleurs plus problématique pour des femmes enceintes, nourrices et enfants, qui restent des personnes vulnérables et chez qui la nécessité d'un suivi reste pertinente.

En outre, les femmes vulnérables et/ou vivant dans les zones rurales et vraiment éloignées d'un établissement sanitaire dit de proximité et qui arrivent à passer les étapes précédentes, peuvent se heurter à la question de l'abordabilité des services de santé modernes. Ces femmes ont des désavantages comparatifs par rapport à d'autres catégories de femmes socialement favorisées. Elles subissent au moins **deux chocs qui réduisent davantage leur capacité à payer pour les services de santé maternelle**.

Le premier choc est relatif aux coûts indirects d'accès aux services de santé et d'accès aux services sociaux et le second choc est relatif aux coûts directs (et les coûts définitifs). **Les coûts indirects** pour les femmes vivant dans des zones rurales ou reculées comprennent non seulement les difficultés et le coût du transport pour atteindre l'établissement sanitaire ainsi que le coût d'opportunité à recourir à ces services de santé en abandonnant souvent leurs activités informelles rémunératrices au quotidien.

En ce qui concerne le second choc, c'est celui relatif aux **coûts directs** et par ricochet, le coût final d'accès aux services de santé et d'accès aux services sociaux pour ces femmes déjà défavorisées. Les paiements directs pour ces femmes peuvent être plus élevés. En effet, elles ne sont souvent pas couvertes par une assurance maladie pouvant couvrir une partie ou la totalité de leurs soins, surtout lorsqu'elles doivent faire leurs bilans prénataux, échographies ou recourir à des services spécialisés en cas de complications. L'accès aux services de santé est également lié à **la dimension de disponibilité et d'accueil**. La faible disponibilité d'établissements sanitaires réduit **la capacité des femmes à atteindre les services adéquats, avec les ressources humaines en santé appropriées voire le plateau technique nécessaire, à temps**.

L'absence ou le manque de prestataires de services de santé appropriés peut remettre en cause la **pertinence des services de santé (maternelle)** proposés par les ressources humaines en santé disponibles. Comme le relate ce verbatim ci-dessous d'un gynécologue G.2.1 :

-G.2.1 : « *Le manque de spécialistes échographes en Côte d'Ivoire conduit la politique sanitaire à limiter l'installation de laboratoires en milieu rural* ».

De plus, les services sociaux pouvant être un moyen de recours pour les plus démunis, dans les établissements publics sanitaires (EPS) ne semblent pas très opérationnels. Cela est relevé par divers acteurs enquêtés dont les propos rejoignent le verbatim ci-dessous de cette sage-femme SF.5.1 :

-SF.5.1 : « *Sur place, il n'y a pas de kits d'urgence ou de secours face à des cas sociaux* ».

Ainsi, des femmes de certains villages n'auront pas à proximité, même si le besoin se crée, des moyens adéquats de suivre et contrôler l'évolution de leurs grossesses, voire dans les établissements sanitaires de proximité qu'elles pourront trouver. C'est dire que les femmes de faibles catégories sociales et de zones rurales subissent plus d'inégalités d'accès aux services de santé et d'accès aux services sociaux par rapport aux autres.

Les communautés, notamment les leaders, membres éduqués et ONG locales, peuvent percevoir dans ce difficile accès multidimensionnel, **un délaissement par les gouvernants** et des inégalités dans la distribution des ressources humaines en santé, au détriment de leurs communautés. Une telle perception peut progressivement instaurer un manque de confiance en la

gouvernance de l'Etat. Ce qui peut, si rien n'est fait pour améliorer la situation, entraîner **une faible capacité à s'engager de la communauté**, démotiver ces quelques membres éduqués et avertis de la communauté à sensibiliser les femmes à l'utilisation des services de santé modernes, dès le début du processus d'accès aux services de santé.

3.1.2 Mode et cadre de vie

Au-delà de l'accès aux services de santé, nous défendons qu'il existe d'autres canaux d'accès à une meilleure santé. Nous décrivons, à partir de cette sous-section et des suivantes, comment se traduisent ces autres DSS maternelle en Côte d'Ivoire.

Il existe une relation historique entre le logement/cadre de vie et la santé. L'amélioration du logement est généralement associée à des changements sociaux positifs (Dahlgren et Whitehead, 1991). En Côte d'Ivoire, plusieurs ménages vivent dans des conditions de vie précaires (**cf encadré n°15**) pouvant les exposer fortement à l'insécurité et augmenter ainsi leur risque à une mauvaise santé. Cette mauvaise santé crée le besoin de soins de santé, auxquels la communauté essentiellement pauvre fera difficilement face.

Encadré n°15 : Logement et cadre de vie précaires pour plusieurs ménages en Côte d'Ivoire (ENV, 2015)

En Côte d'Ivoire, les ménages dirigés par une femme sont beaucoup plus pauvres (28,4 %) que ceux dirigés par un homme (21,1%). 47,4 % des femmes y sont pauvres contre 45,5 % des hommes même si ces derniers contribuent légèrement plus à cette pauvreté (ENV, 2015). 69,2 % des ménages pauvres y utilisent essentiellement le bois de chauffe pour la cuisson des aliments (surtout en milieu rural où ils sont 86 % à le faire et dans les autres villes avec une proportion de 54,5 %). A Abidjan, par contre, ils utilisent aussi bien le gaz (40,4 %) que le charbon (42,4 %). En milieu rural, ils évacuent les eaux usées principalement dans la nature (65,3 % des ménages pauvres), tandis que cela se fait dans les fosses septiques à Abidjan (48,4 %) et dans les autres villes (46,4 %).

S'agissant des ordures, 66 % des ménages pauvres les jettent dans une décharge informelle en milieu rural et aussi dans les autres villes (54,5 %) tandis qu'à Abidjan, elles sont ramassées (payant pour 25,2 % des ménages pauvres et public pour 44,7 % d'entre eux). Comme lieu d'aisance, 43,3 % des ménages pauvres utilisent la nature en milieu rural et 20,1 % ont un WC

à l'extérieur du logement, alors que dans les autres villes, 40,5 % des ménages pauvres font usage de latrine dans la cour et 25% dans des WC hors de la cour. A Abidjan, par contre, 31,1 % des ménages ont un WC dans le logement et 33 % des latrines hors du logement. Il faut cependant noter qu'en milieu urbain hors Abidjan, 14 % des ménages pauvres utilisent la nature comme lieu d'aisance. Pour leur douche, les ménages pauvres disposent principalement de douche rudimentaire aussi bien à Abidjan (52,2 %) que dans les autres villes (68,6 %) et en milieu rural (79 %).

En milieu rural, les pauvres vivent essentiellement dans les maisons en bande de particulier (21,2 % d'entre eux), les cours communes (28,4 %), les maisons isolées (20,3 %) et la case traditionnelle (16,7 %). Dans les autres villes, ils vivent surtout dans les cours communes (38,7 %) et dans les maisons en bande de particulier (26,8 %) alors qu'à Abidjan les pauvres vivent majoritairement dans les cours communes (57,6 %). Très peu de pauvres vivent dans les villas (les villas, les opérations immobilières, les appartements): seulement 10 % des pauvres et 9,4 % à Abidjan.

Les principaux matériaux des murs extérieurs ont été regroupés en trois catégories : les matériaux traditionnels (Banco, terre battue, bambou ou feuille), les matériaux précaires (tôle, Planche, semi dur) et les matériaux modernes (dur, géo béton, etc.). Il ressort de cette classification que plus de 54 % des pauvres ont des conditions de logement difficile avec 41,5 % qui sont dans des logements avec des matériaux traditionnels et 13,2 % avec des matériaux précaires. Cette proportion est de 18,1 % à Abidjan, de 37,2 % dans les autres villes et de 68 % en milieu rural.

Le sol des logements des pauvres est essentiellement revêtu de ciment (67,5 %) et de terre (28,3 %) et ces maisons sont faiblement carrelées y compris à Abidjan (1,1 % des pauvres) et en milieu rural (1,3 %).

Toutes les données dans cette sous-section sont issues de l'ENV (2015).

Entre autres, l'utilisation de bois de chauffe pour la cuisson qui est encore une pratique essentielle, notamment chez les ménages pauvres ou en milieu rural peut s'avérer longue, éprouvante et dangereuse pour des femmes enceintes et nourrices. Cette pratique peut agir négativement sur leur santé et/ou augmenter leur coût d'opportunité à recourir à des services de santé modernes ou toute autre activité visant leur autonomisation par exemple. En outre, pour des catégories de ménages, notamment pauvres en Côte d'Ivoire, leur environnement de vie, dans la

nature à proximité de leur logement est souvent utilisé comme lieu d'aisance, décharge d'ordures, sans oublier les habitations de fortune faites souvent de matériaux précaires (bambou ou feuille, banco, etc.).

Ces conditions précaires de logement agissent indirectement sur la santé des communautés, en les exposant à des problèmes de santé auxquels ils seront sans doute limités à faire face, lorsque le besoin se créera. Leur adaptation à ce mode de vie précaire pourrait également finir par réduire leur perception de leur sécurité. Parallèlement, ces conditions de vie difficiles peuvent limiter leur perception de l'intérêt de satisfaire d'autres besoins tels que le besoin de santé ainsi que leur capacité à limiter des valeurs adoptées au fil du temps, institutionnalisées, même si celles-ci sont préjudiciables pour elles.

Ainsi, si l'on se réfère au cadre de LHR (2013), des catégories de femmes peuvent être limitées dès les premières étapes du processus d'accès aux services de santé. Les conditions de vie précaires et difficiles entremêlées à des corvées domestiques chronophages ainsi que des valeurs culturelles préjudiciables réduiraient fortement **leur capacité à percevoir leurs besoins de santé et à rechercher les services modernes de santé maternelle**. La recherche d'un mieux-être les conduirait à **rechercher des moyens les moins coûteux possibles et les plus accessibles (automédication, médecine traditionnelle, etc.)** pour suivre leurs grossesses. Ainsi, les femmes exposées à ce mode de vie et de logement précaires sont, non seulement enclines à la dégradation de leur santé, mais aussi seront limitées dans le processus d'accès aux services de santé, quand bien même le besoin de bénéficier de services de santé modernes se crée.

3.1.3 Environnement de travail, chômage et protection sociale pour les femmes en Côte d'Ivoire

Le marché du travail en Côte d'Ivoire révèle que l'emploi s'y caractérise par la prédominance du secteur informel, l'étendue du travail indépendant, un sous-emploi élevé, une faible productivité du travail et des salaires relativement bas. Ces caractéristiques structurelles du marché de l'emploi sont défavorables aux femmes (ENV, 2015). En effet, selon les données de l'ENSESI¹³⁹ (2013 et 2016 cité par PNDS, 2021-2025)), à diplôme égal, la femme en Côte d'Ivoire a plus de difficultés que l'homme à trouver un emploi salarié (ENV, 2015). L'accès à l'emploi

¹³⁹ Enquête nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel.

salarié formel est particulièrement faible pour les femmes, les pauvres et les habitants des zones rurales, en Côte d'Ivoire (cf encadré n°16).

Encadré n°16 : Un secteur informel prédominant et au détriment des femmes pauvres en Côte d'Ivoire

Les femmes, les pauvres et les habitants des zones rurales représentaient plus de 75 % des emplois informels en 2018 (voir la figure n°9, panels a et b). Selon l'ENV (2015), la probabilité pour les femmes d'être salariées est de 24 % contre 43 % pour les hommes. En plus de leur faible part dans l'emploi salarié, les femmes occupent principalement des emplois non qualifiés ou peu qualifiés (plus de 25 %) y compris les supports/assistants administratifs et les représentants commerciaux et sont généralement moins bien rémunérées que les hommes (ENV, 2015). En termes de rémunération, les hommes gagnent en moyenne près de 30 % de plus que les femmes. Les femmes avaient un salaire moyen (68 801 FCFA) relativement inférieur à celui des hommes (93 829 FCFA), soit un écart d'environ 25 000 FCFA. Mais dans les emplois moins qualifiés, les femmes gagnent plus que les hommes. Chez les plus pauvres (Q1), la prédominance des emplois informels du secteur privé atteint 96 % (Figure n°9, panneau b). De plus, les individus riches qui sont pour la plupart bien connectés semblent avoir un meilleur accès aux opportunités d'emplois formels publics et privés (Figure n°9, panneau b).

Figure n°9 : Distribution de l'emploi salarié

Panel a): by selected characteristics

Panel b): by household welfare quintile



Source: World Bank's staff calculations based on EHCVM2018

L'on note également que les femmes qui n'ont pas accès à l'emploi rémunéré sont les femmes au foyer (ménagères) qui représentent 75,2 % de ces femmes (ENV, 2015). En outre, les salaires sont plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Le taux net d'activité des femmes en milieu urbain est plus important que celui des femmes en milieu rural : 44,2 % de femmes urbaines contre 38,76 % de femmes rurales (ENV, 2015).

En ce qui concerne le chômage, on note pour les jeunes de 15 à 35 ans un taux de 8,6 % dont 12 % pour les femmes et 5,6 % pour les hommes de la même tranche d'âge.¹⁴⁰

A la fonction publique, selon les données de l'annuaire statistique du ministère de la Fonction Publique et des Réformes Administratives, l'indice de parité est de 48 femmes pour 100 hommes en 2017¹⁴¹.

Les femmes pauvres en Côte d'Ivoire sont donc le maillon le plus faible et le plus désavantagé de la population. Non seulement, elles sont majoritairement employées pour celles qui le sont, dans le secteur privé informel, mais aussi elles sont les moins qualifiées et les moins bien rémunérées (à qualifications égales par rapport aux hommes) pour celles qui sont dans le secteur formel. Ces inégalités ne sont pas sans effet négatif sur le bien-être voire l'accès à une bonne santé en général des femmes en Côte d'Ivoire. En effet, les qualifications amélioreraient la chance des femmes de trouver un meilleur emploi ainsi que de meilleures perspectives de rémunération.

Ainsi, leurs conditions de vie se verraient améliorées, et par ricochet leurs possibilités d'obtenir des conditions préalables à la santé, notamment, une alimentation nutritive, un logement sûr, un bon environnement de travail et la participation sociale (Bambra *et al.*, 2009). Par ailleurs, nos entretiens en Côte d'Ivoire (cf chapitre 2 et chapitre 3) ont montré que les femmes travaillant dans le secteur formel bénéficient souvent d'une assurance santé pouvant les couvrir jusqu'à 100 % dépendamment de la structure où elles ou leurs époux sont employés. Il s'agit souvent d'assurance groupe souscrite par leurs employeurs ou ceux de leurs époux ou proches. En ce qui

¹⁴⁰ Diagnostic PND 2016-2020 (ENV, 2015).

¹⁴¹ SIGFAE.

concerne les femmes travaillant dans le secteur informel qui souffre de son manque de régulation, ces dernières ont peu de chance d'adhérer à des assurances à souscription individuelle très chères et/ou mutuelles de santé privées qui pourraient réduire leur « out of pocket payment ».

L'expérience de la mise en œuvre de la CMU en Côte d'Ivoire (cf section 2.7 du chapitre 7) et bien d'autres pays montre à quel point il est difficile d'y tenir compte et d'y intégrer les populations du secteur informel qui sont pourtant celles qui en ont le plus besoin. Quand bien même il est possible d'en enrôler, il demeure difficile de capter les cotisations des acteurs de ce secteur comptant pourtant des personnes aisées pouvant contribuer à la mutualisation des risques, dans le cadre de la CMU. Pour les femmes indigentes ou économiquement faibles travaillant dans le secteur informel, certaines ratent ainsi l'avantage de bénéficier gratuitement des soins de santé. Tandis que les femmes ayant la chance d'être occupées dans le secteur formel ont une plus grande facilité d'être enrôlées, de cotiser et de bénéficier de ce système national d'assurance santé en Côte d'Ivoire, en plus des avantages déjà existants en leur faveur (assurances privées, mutuelles de santé publiques ou privées). Ce qui creuse davantage les inégalités dans l'accès aux soins de santé maternelle ainsi que dans l'accès aux soins de santé, alors que la CMU a paradoxalement pour objectif de les réduire.

En nous référant au cadre de LHR (2013), la situation des femmes, notamment pauvres et/ou travaillant dans le secteur informel en Côte d'Ivoire les prédispose majoritairement à une faible protection sociale et ainsi à un « out of pocket payment » ou paiements directs élevés lorsqu'elles doivent recourir au suivi prénatal et postnatal. **L'abordabilité** des coûts de recours aux services de santé modernes ainsi que **la capacité à payer** de ces femmes doublement défavorisées sont, de ce fait, très faibles, limitant ainsi leur **capacité à rechercher/demander** les services de santé et donc leur utilisation des services de santé modernes. Et ce, bien que pour certaines, elles puissent avoir bonne conscience de l'utilité des services de santé modernes.

En amont de ces trois dimensions, le faible niveau d'instruction ainsi que l'environnement culturel peuvent conduire les femmes dans le secteur informel et/ou sous employées/ ou de zones rurales, à partager **une faible acceptabilité des services de santé** et par ricochet, **une faible capacité à les rechercher**. En amont des contraintes financières et d'accessibilité qui sont plus importantes pour les femmes de zones rurales, ces dernières sont plus limitées dans les moyens d'améliorer leurs conditions sociales, et par ricochet leur accès à une meilleure santé. Tout ce qui

précède peut agir sur **leur capacité à s'engager** et conduire à de mauvaises conséquences pour leur santé ainsi que celle de leurs enfants.

3.1.4 Transport (Accès aux routes)

Le mauvais état des routes dans certaines régions de la Côte d'Ivoire impacte négativement **la capacité à atteindre** les établissements sanitaires. Or les formations sanitaires beaucoup plus concentrées dans les centres villes deviennent rares à mesure qu'on progresse vers la périphérie et les zones difficiles d'accès (Yéo et *al.*, 2016). En plus du fait que certains établissements sanitaires dits à proximité des populations sont en réalité à plus de 5 km de leurs lieux d'habitation (cf 3.1.1 accès aux services de santé de ce chapitre 4), la difficulté d'accès est parfois accentuée par l'absence de transports voire d'infrastructures routières de qualité pour en faciliter la liaison. Quand bien même des routes existent, certaines sont non bitumées ou ce sont encore des pistes villageoises. Une telle situation peut être davantage aggravante pour les femmes enceintes et nourrices. L'enclavement, l'inefficacité des moyens de transport et le sous-équipement sanitaire sont des réalités qui mettent les ruraux dans une situation de vulnérabilité sanitaire (Yéo et *al.*, 2016).

Notre analyse à partir de LHR (2013) nous emmène à comprendre que pour des femmes enceintes vivant dans des zones reculées ou mal loties d'infrastructures routières, **leur capacité à atteindre** un établissement sanitaire pour des services modernes de santé maternelle voire un accouchement s'avère difficile.

L'absence d'infrastructures routières et/ou de transports réduit davantage **l'accessibilité géographique** des établissements sanitaires aux femmes et communautés de zones rurales qui subissent déjà des inégalités spatiales d'accès à l'offre de soins. Parallèlement à cette faible capacité à atteindre les services modernes de santé maternelle, il importe de considérer le temps d'un trajet en situation de référence, qui peut être rallongé par le mauvais état voire les difficultés de transport. Ce qui augmente le risque de morbidité et de mortalité maternelle, en cas de complications. Et ce, davantage pour ces femmes enceintes et accouchées souvent obligées d'utiliser les moyens motorisés¹⁴² pour se rendre dans l'établissement sanitaire le plus proche.

¹⁴² En Côte d'Ivoire, la préférence pour les motos comme moyen de transport a augmenté puisque 19 % des ménages possèdent une moto en 2018 contre seulement 10 % en 2015. Sans surprise, les biens plus traditionnels tels que les

De plus, le mauvais état ou l'absence de routes ainsi que de moyens de transport peuvent augmenter le coût d'opportunité à rechercher les services de santé pour les femmes qui souhaitent tout de même en bénéficier, dans la mesure où elles devront sacrifier pour certaines une journée d'activité rémunératrice de revenus. Ce qui peut **réduire fortement leur capacité à rechercher les services de santé**, quand bien même elles identifient les besoins de santé et peuvent avoir une bonne **acceptabilité des services de santé**. Pour des femmes devant accoucher ou ayant des besoins de santé particuliers, le risque est encore plus élevé. Ce risque peut être accentué par la dimension de **disponibilité et d'accueil**.

Par exemple, dans la région de la Nawa, l'une des régions les plus problématiques en matière de décès maternels en Côte d'Ivoire avec une tendance à la hausse entre 2022 et 2023¹⁴³, l'anémie est l'une des principales causes de décès maternels. Pourtant, des antennes de transfusion sanguine sont quasiment inexistantes dans la région. Après 650 km de route parcourus, à partir de la zone péri-urbaine, dans de bonnes conditions, nous avons atteint la zone rurale. Nous y avons visité un village isolé, lors de notre enquête en Côte d'Ivoire, après avoir parcouru 15 km de « route en gravier », puis 25 km de route à travers la forêt sur un chemin créé par les voitures qui ont emprunté ce chemin ces dernières années. Ce village visité, au cœur de la forêt, à 90 km de la ville la plus proche, fait partie d'un réseau de 10 villages bénéficiant tous du même centre de santé faisant office de leur ESPC.

Les femmes enceintes de ce village devaient parcourir plus de 15 km pour réaliser par exemple une échographie, avec le mauvais état des voies pour y accéder et le transport s'avère très coûteux finalement. C'est dire que **l'abordabilité** est davantage réduite pour ces femmes qui doivent en plus de la distance, du mauvais état des routes, payer plus cher pour accéder à l'établissement sanitaire le plus proche. Le croisement de la faible capacité à atteindre les centres de santé, de leur faible abordabilité et de la faible disponibilité de banques de sang conduirait ainsi à de mauvais indicateurs de santé maternelle. Notons également que toutes les difficultés précédentes peuvent finalement décourager les femmes dans leur processus de recherche des soins, en diminuant **leur capacité à rechercher des soins de santé**. Il ressort également ici la question

bicyclettes et la possession d'une radio ont diminué entre 2015 et 2018. L'augmentation de la préférence pour la moto par rapport à la bicyclette expliquerait le déclin de la possession de cette dernière.

¹⁴³<https://www.aip.ci/cote-divoire-aip-les-acteurs-invites-a-redoubler-de-vigilance-afin-de-reduire-les-deces-maternels-dans-le-district-sanitaire-de-soubre/>.

de la **pertinence des services de santé** proposés : absence d'antennes de transfusion sanguine dans une localité à forte mortalité maternelle causée par l'anémie. Tout ce qui précède peut conduire à interrompre le processus d'accès aux soins de santé maternelle, quand bien même les besoins peuvent être identifiés et conduire les femmes dans le besoin de recourir à d'autres systèmes médicaux (traditionnels) en place.

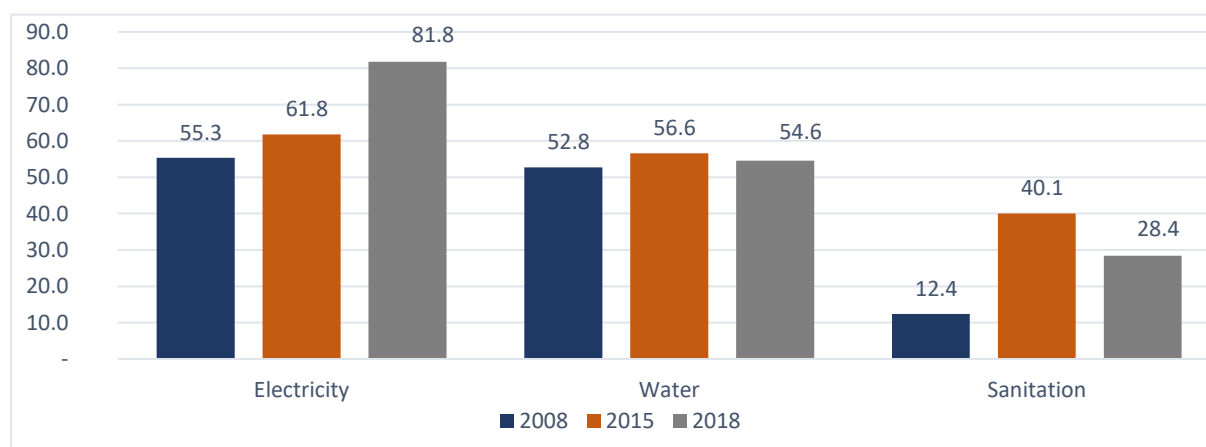
3.1.5 Accès aux infrastructures de base : Eau potable et assainissement

D'après le poverty assessment (World Bank Group, 2022), la Côte d'Ivoire a connu, au cours de la dernière décennie, une amélioration de l'accès aux infrastructures de base, notamment l'eau potable, l'assainissement et l'électricité (**cf encadré n°17**). Nous abordons plus en détails l'électricité dans la section 3.2 de ce chapitre, car c'est un DSS qui n'apparaît pas clairement dans la strate 3 du cadre de Dahlgren et Whitehead (1991).

Encadré n°17 : Accès aux infrastructures de base

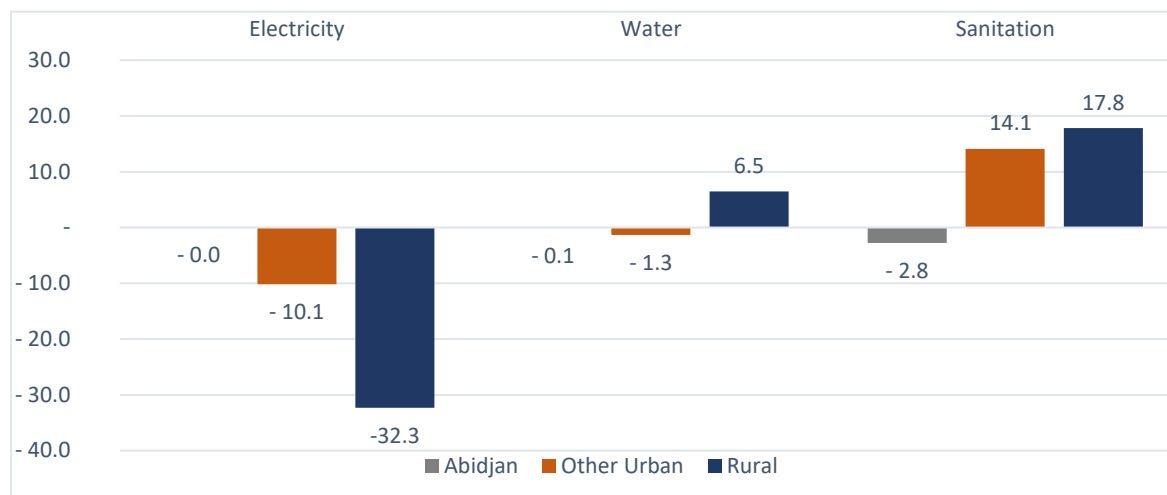
La proportion de personnes ayant accès aux infrastructures de base a augmenté de manière significative entre 2008 et 2015, l'augmentation la plus significative étant observée dans l'accès à l'assainissement et à l'électricité (cf figure n°10 ci-dessous). Cependant, au cours de la période 2015-18, on a observé une baisse de la population ayant accès à un assainissement décent et à une eau potable (cf figure n°10 ci-dessous), notamment la population défavorisée (cf figure n°11 ci-dessous).

Figure n°10: Access to basic infrastructure 2008-18 (%)



Source : World Bank Group (2022)

Figure n°11: Proportion of deprived population in basic infrastructures (Percentage point change by area, 2015-18)



Source : World Bank Group (2022)

Toutefois, les progrès observés dans l'accès à l'eau potable et à l'assainissement ont été inégaux, les personnes les plus riches en bénéficiant davantage que les ménages pauvres des 60 % inférieurs y compris ceux des zones rurales (**cf encadré n°18**). Des ménages pauvres utilisent essentiellement des puits, des pompes villageoises, l'eau de surface. Ces sources sont utilisées également pour la boisson, notamment en zone rurale. Ce qui peut s'avérer dangereux pour leur santé, notamment la santé des femmes enceintes et nourrices. De même, ces dernières, par leurs habitudes de consommation, peuvent négativement influencer la santé de leurs enfants.

L'accès à l'eau courante, en amont du processus d'accès aux soins de santé, est capital pour l'humain. Un faible accès à l'eau courante peut négativement agir sur la santé ainsi que la qualité de la vie. Il peut s'ensuivre des besoins supplémentaires de soins de santé chez les femmes et leurs communautés d'appartenance. En effet, l'utilisation d'eaux stagnantes pouvant être insalubres peut conduire à des problèmes de santé auxquels ces femmes déjà pauvres et fortement limitées ne sauront répondre et faire face d'une manière adéquate. Et ce, du fait de **leur faible accessibilité** à des services de santé modernes appropriés, car vivant dans des zones reculées ou rurales. Enfin, le temps consacré à recueillir pendant longtemps l'eau pour la consommation et les corvées

domestiques peut non seulement accentuer **leur faible capacité à atteindre** les services modernes de santé, mais aussi, en les limitant à exercer des activités génératrices de revenus, accentuer également leur **faible capacité à payer** pour ces services.

Encadré n°18 : Un faible accès à l'eau courante pour les femmes

L'accès à l'eau courante s'est amélioré entre 2015 et 2018, mais l'écart d'accès entre les 40 % inférieurs et les 60 % supérieurs s'est creusé. Environ 50 % des individus vivent dans des ménages ayant accès à l'eau courante en 2018 (World Bank Group, 2022). L'accès à l'eau courante est passé de 36 % en 2015 à 50 % en 2018. Il existe de fortes disparités spatiales en termes d'accès à l'eau courante. Avec un taux d'accès supérieur à 93 %, la Côte d'Ivoire a presque atteint l'accès universel à l'eau courante à Abidjan. En revanche, l'accès à l'eau courante est faible dans les zones rurales, allant de 10 % en 2015 à 33 % en 2018. Il y a plus de ménages dans les 40 % inférieurs sans accès à l'eau courante par rapport à ceux dans la queue supérieure de la distribution de la consommation. En outre, l'écart d'accès à l'eau courante entre les ménages des 40 % inférieurs et ceux des 60 % supérieurs se creuse au fil du temps, passant de 24,5 points de pourcentage en 2015 à 28,4 points de pourcentage en 2018 (World Bank Group, 2022).

D'après l'ENV (2015), la répartition des ménages pauvres dépend fortement du lieu de résidence mais pour l'ensemble du pays, les ménages pauvres ont plus recours au puits (21,2 %), à la pompe villageoise (27,8 %) et à un degré moindre à l'eau de robinet dans la cour (13 %) ou à l'eau de surface (11,4 %). A Abidjan, les ménages pauvres utilisent l'eau de robinet mais principalement dans la cour (49,2 %), à l'extérieur du logement (16,2 %) et dans le logement (25 %). Dans les autres villes, c'est surtout le puits dans la cour (35,5 %) qui constitue la principale source d'eau de boisson des ménages pauvres et 35,1 % utilisent l'eau de robinet (dont 6,6 % dans le logement, 19,3 % dans la cour et 5,6 % à l'extérieur du logement). En milieu rural, c'est la pompe villageoise (40,3 %) qui est la principale source d'eau de boisson et accessoirement le puits public (18,5 %) et le puits dans la cour (17 % des ménages pauvres).

D'après l'ENV (2015), 79,8 % des ménages pauvres ne sont pas raccordés à l'eau courante dont 12,2 % à Abidjan, 72,2 % dans les autres villes et 91,3 % en milieu rural. Les principales raisons évoquées sont le non-raccordement de la localité de résidence (64,5 % dont 34,9 % à Abidjan,

37,4 % dans les autres villes et 75,4 % en milieu rural) et les problèmes financiers (20,1 % des ménages pauvres avec un taux de 36 % à Abidjan, 35,9 % dans les autres villes).

Par ailleurs, des établissements sanitaires dans plusieurs régions en Côte d'Ivoire ne sont pas dotés d'eau courante (EIPSS, 2021) qui est une ressource très importante à leur fonctionnement et davantage pendant l'accouchement des femmes ainsi que pour d'autres besoins vitaux. Ce qui fait du faible accès à l'eau courante une situation assez critique et problématique, pouvant entraîner in fine des conséquences dramatiques sur la santé maternelle voire infantile. Si l'on se réfère encore au cadre de LHR (2013), cette situation également liée à la dimension de **la disponibilité et l'accueil**, peut effectivement jouer sur la **pertinence des services proposés**.

3.1.6 Education (Accès à l'école et à l'éducation en Côte d'Ivoire)

L'éducation a traditionnellement été un moyen de sortir de la pauvreté pour les groupes défavorisés de nombreux pays (Bambra et *al.*, 2009). Et ce, à travers l'amélioration des qualifications permettant d'obtenir un meilleur emploi. L'éducation est un déterminant majeur de la santé et des ISS, du fait de son interaction avec d'autres déterminants. D'après le poverty assessment (World Bank Group, 2022), 96 % des ménages ivoiriens ont accès à une école primaire dans un rayon de 5 km ou à moins de 30 minutes en 2018, ce qui est une amélioration par rapport à 76 % en 2015. L'accès à l'école secondaire, en Côte d'Ivoire, est passé de 30 % à 72 % sur 2015-18 grâce à d'importants investissements du gouvernement.

Pour un enrôlement à l'école primaire des filles de 74,1 %, leur taux de maintien au niveau secondaire n'est que de 35,6 %. Dans les zones rurales, bien que l'accès aux écoles secondaires ait bondi de 22 % à 67% entre 2015 et 2018, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour combler l'écart d'accessibilité avec la zone urbaine (World Bank Group, 2022). Toutefois, les écarts substantiels en matière de scolarisation nette entre les filles et les garçons persistent. Cet écart est particulièrement élevé pour l'école secondaire où 36,9 % des filles sont inscrites contre 42,6 % des garçons. Le taux d'alphabétisation est de 36,3 % chez les femmes contre 53 % chez les hommes (PNDS 2021-2025).

En dépit d'une certaine amélioration, les faibles taux d'alphabétisation et de scolarisation chez les femmes voire les hommes (jouant souvent le rôle de chefs de famille) jouent négativement

sur plusieurs dimensions, dans le cadre de LHR (2013). Ces dimensions sont **la capacité à percevoir les besoins de santé, à rechercher les services de santé** ainsi que **leur acceptabilité**. Le niveau relativement faible d'éducation et de « literacy » en santé, en Côte d'Ivoire, réduit sans doute **la capacité à percevoir leurs besoins de soins de santé par les femmes** ainsi que **leur accessibilité** des services modernes de santé maternelle. Il est possible que ces femmes ignorent également leurs droits à la santé, de sorte à ne pas décrier des situations d'injustice. La proportion de femmes analphabètes étant élevée, ces phénomènes peuvent très vite, à leur détriment, se transformer en des normes sociales.

Sans campagne de sensibilisation de proximité et une transparence de l'information disponible, ces dernières peuvent ne pas accorder de l'importance au suivi prénatal et postnatal, par exemple, dans des services de santé modernes. **Leur acceptabilité des services de santé modernes** en serait négativement impactée, au profit d'autres alternatives. Parallèlement, ces femmes d'un faible niveau d'instruction ou analphabètes pourront difficilement prétendre à un emploi formel voire qualifié. Elles peuvent se retrouver dans une situation où la perception de **l'abordabilité des soins** est faible, dans la mesure où elles pourraient avoir une **faible capacité à atteindre et à payer** pour les services de santé. De même, face à des services qui leur sont proposés, elles auront une faible capacité à apprécier **la pertinence des soins** qui leur sont proposés et à s'engager véritablement.

3.1.7 Agriculture et production de nourriture : Cultures de consommation, de rente et accès aux biens de consommation

D'après le poverty assessment (World Bank Group, 2022), le faible niveau de production des cultures vivrières a contribué au niveau élevé de pauvreté dans les régions fortement productrices de cultures commerciales, en Côte d'Ivoire. Les ménages ruraux ivoiriens sont des acheteurs nets de produits alimentaires. Ils ne produisent pas assez d'aliments pour satisfaire leur propre consommation et doivent recourir aux marchés pour acheter des produits alimentaires. Seul un quart de la consommation alimentaire des ménages ruraux est produit par eux-mêmes. La part de l'autoproduction dans la consommation alimentaire des zones rurales diminue régulièrement, des ménages les plus pauvres aux ménages les plus riches.

Les ménages ruraux les plus pauvres produisent 33 % de leur consommation et les plus riches seulement 13 %. En général, une faible production alimentaire serait compensée par des

revenus suffisants provenant de cultures de rente ou de revenus non agricoles pour permettre aux ménages de satisfaire leurs besoins. Les faibles niveaux de production alimentaire dans les zones rurales rendent les ménages ruraux plus vulnérables aux fluctuations des prix du marché et à l'insécurité alimentaire. Le faible niveau de production de cultures vivrières dans les régions fortement productrices de cultures de rente est dû au manque de terres cultivables et aux semis tardifs.

Conformément à ce qui précède, la faible autosuffisance alimentaire des ménages pauvres, notamment ruraux les conduirait à utiliser une partie de leurs ressources pour recourir aux marchés pour d'autres biens de consommation. Ce qui réduit les ressources disponibles pour recourir à d'autres services, notamment ceux de santé. Ainsi, le faible niveau de production de cultures vivrières jouerait sur **la capacité à payer** des femmes de ces catégories, voire **leur perception de l'abordabilité** des services de santé. En amont de ces dimensions, la perte du temps consacré à l'autoproduction de consommation par les femmes pauvres pour recourir à des établissements sanitaires qui peuvent être éloignés et difficiles à atteindre peut constituer un énorme coût d'opportunité pour elles. En effet, il se pose ici une question de survie pour ces femmes et leurs familles.

Au-delà de la corvée et du danger que cela peut représenter pour elles à un stade avancé de la grossesse par exemple, l'autoproduction de consommation par ces femmes peut réduire leur **capacité à rechercher** et à **atteindre** les services modernes de santé maternelle. De telles corvées peuvent engendrer d'importants besoins de santé qu'elles peuvent ne pas avoir le luxe de satisfaire, du fait de leur faible capacité à rechercher, atteindre et payer. Le processus d'accès aux soins de santé tel que présenté par LHR (2013) peut subir une interruption à l'une ou l'autre de ces étapes. Ces femmes pourraient s'orienter vers **d'autres formes alternatives de soins (médecine traditionnelle et autres systèmes de soins)**.

3.2 Déterminants sociaux de la santé maternelle en Côte d'Ivoire rajoutant des éléments à la strate 3 et basé sur LHR (2013)

Dans cette sous-section, nous examinons d'autres facteurs sociaux clés, qui ne sont pas nommément visibles au niveau de la strate 3 du cadre de Dahlgren et Whitehead (1991), quand bien même ils pourraient correspondre avec des éléments y existant, mais aussi pertinents à considérer et expliciter parmi les DSS de la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Il s'agit de la

nutrition (3.2.1), l'accès aux médias et Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) (3.2.2) et l'accès à l'énergie électrique (3.2.3).

3.2.1 Nutrition

Cette sous-section aurait pu faire partie de la sous-catégorie de la strate 3 de Dahlgren et Whitehead (1991) : « agriculture et production de nourriture ». Toutefois, nous préférons la traiter séparément, du fait de sa grande importance et de son absence dans cette case ou une autre de Dahlgren et Whitehead (1991). Les taux élevés de morbidité, de mortalité et la faible productivité liés à la malnutrition entraînent d'importantes pertes économiques. Une bonne nutrition, plus qu'un problème de santé publique, est une condition primordiale pour l'atteinte de nombreux Objectifs de Développement Durable (ODD 1,2, 3, 4,5, 6, 8,10 et 16). Une bonne nutrition est plus que nécessaire pendant la grossesse de la femme et pendant les 1000 premiers jours de l'enfant, déterminant ainsi son bien-être durant toute sa vie. Une bonne nutrition permet la croissance harmonieuse du bébé et le maintien en parfaite santé de ce dernier et de sa mère. Ainsi, le statut nutritionnel des enfants reflète leur état de santé. Des bébés mal nourris deviennent des adultes avec des carences nutritionnelles et prédisposés à des maladies.

Ainsi une bonne alimentation, au quotidien, notamment pendant la grossesse, prédisposerait moins les mères et leurs enfants à des problèmes de santé. En général, lorsque les mères ont accès à des connaissances sur les bonnes pratiques nutritionnelles, elles en sont les premières bénéficiaires car les enfants reçoivent une alimentation suffisante et équilibrée qui ne les expose plus à des maladies récurrentes. Ils mettent alors à profit toutes leurs potentialités de croissance permettant ainsi à la mère de mener des activités économiques. Malheureusement, les inégalités de genre, le faible niveau de connaissance, d'instruction et d'autonomisation des femmes ainsi que l'insuffisance de temps dont elles disposent pour s'occuper des enfants et de la famille sont quelques-uns des problèmes dont il faut tenir compte, pour garantir un meilleur état nutritionnel des femmes et des enfants.

En Côte d'Ivoire, la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique nécessaire est estimée à 19 % (FAOSTAT¹⁴⁴-2019 cité par le PNDS 2021-2025). Selon l'enquête sur le Suivi de la Saison Agricole et de la Vulnérabilité Alimentaire

¹⁴⁴ Food and agriculture organization Corporate Statistical Database.

(SAVA) réalisé en 2018, 70 % des ménages en Côte d'Ivoire n'ont pas un régime alimentaire diversifié (PNDS 2021-2025). Des efforts pour une alimentation équilibrée et diversifiée dès le bas âge pour les enfants est sans aucun doute bénéfique à long terme. Parmi ces enfants d'aujourd'hui, se trouvent les mères de demain, qui grâce à une bonne alimentation, se trouveraient en meilleure santé, principalement pendant des périodes sensibles telles que la grossesse (pendant et après). En Côte d'Ivoire, 66,4 % des femmes de 15-49 ans et plus de 25 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'anémie (MICS, 2016). Cette morbidité élevée reflète le faible état nutritionnel chez les femmes en Côte d'Ivoire (**cf encadré n°19**).

Par exemple, l'anémie est la traduction d'une carence en fer qui entraîne la fatigue, réduit les capacités d'apprentissage et la productivité et peut dans sa forme sévère causer la mort. Une bonne alimentation permettrait aux femmes et à leurs enfants d'avoir un meilleur état de santé général, d'éviter des problèmes tels que l'anémie, notamment pendant la grossesse, de réduire ainsi la fréquence et donc les coûts d'accès évitables aux services de santé, en éliminant les recours qui sont dus à une mauvaise santé, du fait d'une mauvaise alimentation ou déficience nutritionnelle, pour elles et/ou leurs enfants.

Ce qui pourrait leur permettre, si l'on se réfère au schéma de LHR (2013) de concentrer leurs efforts, pour les ménages dont les ressources sont limitées, aux visites de CPN et de CPoN essentielles pour le bien-être de la mère et de l'enfant, en augmentant sans doute **leur perception de l'abordabilité** des services de santé modernes, **leur capacité à payer**, de même que **leur capacité à s'engager**. En ce qui concerne les femmes déjà défavorisées travaillant dans le secteur privé informel et gagnant au jour le jour, une faible productivité créée par une mauvaise nutrition, voire de l'anémie, impactera négativement leurs rendements et donc leur capacité à payer.

Encadré n°19 : Le faible état nutritionnel de femmes et enfants en Côte d'Ivoire

En Côte d'Ivoire, 87,5 % des enfants de 6 à 23 mois (1,1 million) ne bénéficiaient pas d'un Régime Alimentaire Minimum Acceptable (RAMA) en 2016. Plus de la moitié des enfants (52,3 %) ne mangent pas assez fréquemment.

Selon les dernières statistiques, la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance, dû à la malnutrition chronique, est passée de 29,65 % en 2012 (EDS-MICS, 2011-2012) à 21,6 % en 2016 (MICS, 2016), pour un seuil d'acceptabilité de l'OMS de 20 %. Cet

indicateur prend son origine de la conception jusqu'à l'âge de deux ans. La proportion de malnutrition à la naissance caractérisant les enfants nés avec un faible poids (moins de 2500g), reste quant à elle élevée sur la même période (16,7 % MICS, 2016). Le déficit pondéral à la naissance est lié à la malnutrition de la mère.

Telles sont les raisons pour lesquelles l'Etat ivoirien fait de la lutte contre la malnutrition une priorité nationale, à travers la mise en œuvre de plusieurs initiatives qui ont permis de relancer la dynamique du secteur de la nutrition. Ainsi, le Projet Multisectoriel de Nutrition et Développement de la Petite Enfance (PMNDPE) mis en place dans 14 régions administratives, a abouti à la création de 1867 Foyers de Renforcement d'Activités de Nutrition Communautaires (FRANC).

3.2.2 Accès aux médias et Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)

Cette sous-section aurait pu faire partie de celle relative à l'éducation. La possession d'actifs modernes/ outils de l'information tels que les téléphones portables, les téléviseurs et les ordinateurs a considérablement augmenté en Côte d'Ivoire (**cf encadré n°20**). En fait, de plus en plus de ménages, en particulier les jeunes, comptent davantage sur la télévision et le téléphone portable pour accéder à l'information.

L'accès aux outils d'information et de communication encore très faible chez les femmes en Côte d'Ivoire (**cf encadré n°20**) met en évidence un accès toujours faible à l'information, en plus de leur faible niveau d'instruction, réduisant **leur capacité à percevoir les besoins de santé**, de même que leur connaissance de leurs droits des politiques de santé ainsi que de toute information relative à leur santé. **L'accessibilité** s'en trouve affectée. Ce manque d'accès à l'information peut également réduire leur capacité à atteindre les services de santé, du fait qu'elles auront peu d'informations sur leur **disponibilité et leur accueil**. Ce qui pourrait engendrer également **une faible capacité à s'engager** de ces femmes ainsi que de leurs communautés d'appartenance dans leur propre accès à la santé et aux services de santé modernes ainsi qu'une **faible pertinence des services de santé** pour plusieurs d'entre elles. De mauvais résultats de santé en sont la conséquence inévitable.

Par exemple, en dépit de leur accès beaucoup plus important aux outils d'information, nos entretiens tant avec les femmes enceintes/ accouchées et les professionnels de santé montrent qu'ils n'avaient pas souvent la bonne information sur les politiques de santé existantes, telles que la gratuité ciblée des soins de santé maternelle. Les informations reçues l'étaient de bouche à oreille et provenait souvent de prestataires de services de santé, qui eux-mêmes n'avaient souvent pas la bonne information. Ce gap entre l'information véhiculée dans les médias, issue des décideurs, et la pratique de l'information sur le terrain entraînant parfois des effets pervers (cf section 2.4 chapitre 3), peut remettre en cause **l'acceptabilité des services de santé concernés** (généralement publics) par les populations, leur **capacité à s'engager** ainsi que la **pertinence des services proposés**.

Enfin, l'accès aux TIC est de plus en plus requis, spécialement du fait de la digitalisation de la santé, de nos jours. Le faible accès de certaines catégories de femmes aux TIC pourrait encore constituer un autre facteur d'ISS en réduisant d'entrée de jeu **l'accessibilité** des services pour elles.

Encadré n°20 : Un faible accès aux TIC et médias chez les femmes

Selon l'enquête MICS (Ministère de la santé et de l'hygiène publique, 2016), trois (3) femmes sur 5 (63 %) regardent la télévision au moins une fois par semaine. La radio est le deuxième média le plus suivi par les populations, avec 28 % des femmes et 47 % des hommes. 95 % des ménages possèdent un téléphone portable en 2018, contre 76 % en 2015.

En ce qui concerne les TIC, 29 % des jeunes hommes de 15-24 ans contre 14 % de jeunes femmes ont utilisé un ordinateur au cours des 12 derniers mois.

Plus de 22 millions de personnes sont abonnées au téléphone mobile en Côte d'Ivoire en 2014¹⁴⁵, ce qui équivaut à un taux de couverture de 84 %. Le nombre d'abonnés de genre féminin est de 9,4 millions soit 42,4 %.

¹⁴⁵ Rapport d'activité ARTCI, 2014.

3.2.3 Accès à l'énergie électrique

D'après L'ENV (2015), la principale source d'éclairage du ménage pauvre est l'électricité (46,2 % des ménages pauvres l'utilisent) et la torche (43,2 %). Bien que l'accès à l'électricité ait augmenté en Côte d'Ivoire, il persiste des inégalités d'accès au détriment des zones rurales (**cf encadré n°21**). Tout comme l'eau potable ou courante, l'accès à l'électricité est, d'une part, important dans plusieurs sphères du quotidien, mais aussi à une bonne prestation des services de santé maternels.

Encadré n°21 : Accès inégal à l'électricité au détriment des pauvres et populations rurales

D'après le poverty assessment (World Bank Group, 2022), l'accès à l'électricité a augmenté dans toutes les zones résidentielles au cours de la période 2015-18. En 2018, 65 % des ménages ivoiriens ont accès au réseau électrique ; une amélioration de 2 points de pourcentage par rapport à 2015. Les ménages vivant à Abidjan ont un accès quasi universel au réseau électrique. En moyenne, 97 % des ménages vivant à Abidjan ont accès au réseau électrique sur la période. Il faut noter que 92,5 % des ménages pauvres à Abidjan ont accès à l'électricité ainsi que 70,3 % des ménages pauvres des autres villes et 28,7 % de ceux du milieu rural.

Une analyse par zone géographique (cf figures 10 et 11 dans l'encadré n°17) montre que de nombreux progrès ont été réalisés dans la fourniture d'électricité aux ménages, tant dans les zones rurales qu'urbaines, le changement le plus important étant observé dans les zones rurales. La proportion de ménages n'ayant pas accès à l'électricité a diminué de 32,3 points de pourcentage dans la zone rurale entre 2015 et 2018, tandis qu'elle a baissé de 10,1 points de pourcentage dans les zones urbaines. L'accès à l'électricité reste stable à Abidjan avec une faible évolution sur la période d'étude.

Pendant ce temps, l'accès à l'électricité dans les zones rurales est encore faible malgré une augmentation allant de 39 % en 2015 à 41 % en 2018. L'augmentation de l'accès au réseau électrique au niveau national est tirée par le milieu rural diminuant ainsi les inégalités spatiales d'accès à l'électricité.

Les investissements dans l'accès à l'électricité ont davantage bénéficié aux ménages riches qu'aux ménages pauvres ou du moins en 2018, il y avait moins de ménages dans les 40 %

inférieurs ayant accès à l'électricité qu'en 2015. Pour les ménages des 40 % inférieurs de la distribution des revenus, l'accès à l'électricité a diminué de 2,5 points de pourcentage, alors qu'il a augmenté de 5,4 points de pourcentage pour les 60 % supérieurs. Les investissements dans l'électricité devraient être plus ciblés pour mieux atteindre les plus pauvres.

En nous référant au cadre de LHR (2013), le faible accès à l'électricité réduit la stabilité et la fréquence d'accès à l'information et aux outils de communication chez les femmes et leurs communautés d'appartenance. Les femmes vivant dans des zones n'ayant pas accès à l'électricité auront peu de moyens de savoir les programmes de santé et sociaux mis en œuvre et qui leur sont adressés. Ce qui va influencer négativement, non seulement leur capacité à recevoir les informations ainsi que **leur accessibilité** aux ressources en santé disponibles. Cela va également influencer leur capacité à percevoir l'intérêt des services proposés de santé maternelle et par ricochet, **leur acceptabilité de ces services** ainsi que **leur capacité à demander les services de santé maternelle modernes**.

De même, en l'absence d'électricité, particulièrement en période nocturne, ces femmes ainsi que leurs communautés d'appartenance seront moins enclines à effectuer de longues distances sur des routes de faible qualité et souvent sans transport adéquat ou à motos. Ce qui réduit **leur capacité à rechercher et à atteindre les services de santé modernes**, si le besoin survient à des heures tardives. Or, un accouchement ne prévient pas du moment. Cette situation pourrait conduire à des accouchements à domiciles voire des décès, si une réponse sanitaire n'est pas apportée à temps.

Par ailleurs, l'absence d'électricité dans les établissements sanitaires peut négativement influencer **la disponibilité et l'accueil** des ressources humaines en santé et remettre en cause **la pertinence des services de santé maternels et bien d'autres services** proposés, notamment ceux fonctionnant avec de l'électricité (réalisation d'échographie, scanner, radios, etc.). Cette faible pertinence des services de santé maternels peut également engendrer une **faible capacité à s'engager** chez la communauté et à adhérer aux services de santé. En somme, le faible accès à l'électricité ou autres infrastructures de base, en plus de dégrader les conditions de vies des communautés, peut contribuer à suspendre le processus d'accès aux services de santé modernes, et ce, dès les premières étapes.

Enfin, en mettant ces DSS en sous-catégorie, nous pouvons conclure que toutes ces conditions de vie et de travail sont des éléments qui dépendent bien d'institutions et politiques sociales diverses. Il existe donc des institutions derrière tous ces DSS, à savoir respectivement l'accès à l'éducation, aux services de santé et aux services sociaux, l'accès à l'eau, l'accès à l'électricité ou l'énergie électrique, l'accès aux services de santé, l'alimentation et la production agricole, les transports, les politiques sociales, etc. et in fine, cette approche de DSS pourrait bien s'inscrire dans un cadre de complémentarités institutionnelles CI. S'il y a de bonnes CI entre les institutions portant ces différents DSS, alors, l'amélioration par exemple du niveau d'éducation connectée à une bonne nutrition connectée à un meilleur accès aux transports et routes pourrait favoriser l'amélioration de l'accès aux soins de santé maternelle et de la santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Conclusion du chapitre 4

Ce chapitre permet de comprendre que des DSS existent et sont inégalement répartis entre les populations au détriment des plus pauvres. Par ailleurs, la mauvaise répartition de ces DSS accentue les inégalités d'accès aux services de santé maternelle entre les femmes, au détriment de celles socialement défavorisées. La dernière section nous a permis de mettre en lumière plusieurs questions : (i) Prendre conscience, identifier et mettre à jour l'existence des DSS en Côte d'Ivoire constitue un grand pas, dans la mesure où cette prise en compte n'est pas encore assez effective dans les pays d'Afrique subsaharienne ; (ii) La définition de prochaines étapes qui devront faciliter la considération, dans le système et les politiques de santé, de ces facteurs sociaux indirects dont la faible prise en compte d'une façon plus pragmatique nous éloigne d'un accès équitable à la santé pour toutes les mères et leurs enfants.

Nous pouvons d'ores et déjà tirer quelques enseignements de notre tentative d'application du schéma de Dahlgren et Whitehead (1991). Le schéma de Dahlgren et Whitehead (1991) est très intéressant pour classer un certain nombre de DSS (chômage, agriculture, etc.). Toutefois, dans les études déjà faites, ne sont exploitées qu'une partie des DSS du schéma. Il semble ambitieux d'intégrer le quatrième niveau dans les travaux. La plupart des interventions visant à influencer, réduire ou traiter les DSS ont eu tendance à se concentrer sur la modification des modes de vie tels que le tabagisme (Bambra et *al.*, 2009) dans les pays développés. Cela peut refléter le fait que les

problèmes liés au style de vie sont plus faciles à traiter et modifier, sur la base de preuves ou d'évidences. Il est également possible d'investiguer de façon cloisonnée comment le chômage, l'éducation, etc., et autres DSS qui sont au niveau de la troisième strate peuvent impacter la santé. Tandis qu'il paraît moins évident de trouver des preuves ou évidences sur les DSS plus larges de la 4^{ème} strate du schéma de Dahlgren et Whitehead (1991) qui sont moins apparents et moins accessibles aux politiques et aux praticiens. Il est difficile de démontrer de façon quantitative que des conditions très vastes telles que la gouvernance publique, l'environnement, les institutions, les aspects culturels et environnementaux jouent sur la santé.

Dans notre application du schéma de Dahlgren et Whitehead (1991) à la Côte d'Ivoire, nous avons constaté qu'il y avait déjà des aspects à mettre en évidence, qui ne sont pas dans ledit schéma. Cela ne remet pas en cause la pertinence du schéma. Mais, cela montre qu'on devrait aller plus loin dans les analyses. Ce qui nous incite à proposer une approche plus englobante, à travers les institutions, notamment en questionnant une hypothèse de faibles CI dans le système de santé au sens large. Cette démarche nous conduira à proposer des réflexions aux recherches en sciences économiques sur les questions d'équité, de déterminants d'accès aux soins de santé et de santé maternelle, voire sur les déterminants de la santé, généralement. Une bonne partie des femmes comme de la population en Côte d'Ivoire est privée des droits à un abri de base, à la nourriture saine et équilibrée, à un environnement sûr, à une bonne éducation, aux services de santé de qualité, à des conditions de travail sûres, à un emploi décent et rémunéré, à la protection sociale et bien d'autres besoins essentiels.

Les institutions derrière ces différents secteurs sociaux doivent agir, non seulement de façon bilatérale avec la santé, mais aussi et surtout en synergie, de sorte à valoriser des CI nécessaires à la réduction des écarts entre différents groupes sociaux et professionnels. Ainsi, étudier les DSS revient également à mettre l'accent sur les différents arrangements institutionnels au sein du secteur de la santé et entre la santé et les autres secteurs qui l'influencent indirectement. Les décideurs politiques devraient intégrer la santé dans toutes leurs prises de décisions, en s'assurant que les politiques élaborées, à défaut d'améliorer la santé des populations, ne la détériorent pas. Ainsi, nous proposons dans la partie 3, la construction de notre cadre théorique d'analyse des DSS, à savoir celui des CI. Puis, nous en proposons une application à la santé

maternelle en Côte d'Ivoire, qui serait applicable pour les pays d'Afrique subsaharienne, en contextualisant les données à chaque fois.

PARTIE 3 : LES COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES COMME OUTIL D'ANALYSE DES DETERMINANTS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA SANTE MATERNELLE EN CÔTE D'IVOIRE

Les études institutionnalistes ont initialement permis d'expliquer les diverses performances économiques et les différentes variétés de capitalisme existantes. Pour l'étude des DSS maternelle, nous nous insérons dans le cadre théorique de l'économie politique appliquée au développement (Revue de la régulation, 2009 cité par Boidin, 2022) et à la santé (Boidin, 2022 ; Batifoulier et Domin, 2015). Une économie politique de la santé permettrait d'analyser les problèmes rencontrés par le secteur de la santé, en prenant en compte tous les enjeux y compris extérieurs du secteur de la santé. Mieux, elle nous permettra d'expérimenter les réponses de nouveaux cadres d'analyse institutionnalistes tels que celui des complémentarités institutionnelles (CI) davantage aux problèmes de santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne et particulièrement en Côte d'Ivoire. L'applicabilité de la TR dans le domaine de la santé en Afrique a été confortée par des études telles que celles de **Girard et al. (2022)** et **Lamarche (2021)**. Bien qu'intervenant dans un champ autre que la santé, Girard et al. (2022) mobilise effectivement la TR dans le contexte africain tandis que Lamarche (2021) applique la TR à une échelle méso -économique qui est la nôtre – le domaine de la santé.

L'objectif de cette partie est de pouvoir construire notre cadre d'analyse systémique des déterminants de l'accès aux soins de santé maternelle et de l'accès à la santé maternelle en Côte d'Ivoire dans la partie 4. **L'outil analytique mobilisé** dans cette étude pour son approche systémique est **celui des complémentarités institutionnelles (CI)**.

Le chapitre 5 porte sur une discussion de trois différentes propositions de cadres d'analyse théorique de CI qui retiennent notre attention dans la TR à savoir celles de Aoki (2001 ; 2006), Boyer (2007), Amable et Palombarini (2009).

Nous en proposons une revue critique, qui nous permet de principalement retenir, dans **le chapitre 6**, le cadre de Boyer (2006) que nous trouvons fructueux, comme point de référence, pour une étude des CI du système de santé des pays d'Afrique subsaharienne, notamment celui de la Côte d'Ivoire. Nous mobilisons Amable et Palombarini (2009) en complément de Boyer (2006). **Le chapitre 6** est une tentative de construction de notre cadre d'analyse à partir de la revue de littérature critique effectuée dans le chapitre 5.

CHAPITRE 5 : INTERÊT D'UNE ANALYSE EN TERMES DE COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES ET JALONS THEORIQUES

Introduction du chapitre 5

Ce chapitre vise à mettre en lumière trois propositions de l'économie institutionnaliste en termes de cadres de complémentarités institutionnelles (CI), dont Aoki (2001 ; 2006)¹⁴⁶, Boyer (2007 ; 2015), Amable et Palombarini (2009).

La **section 1** présente de façon synoptique les trois approches à partir de plusieurs études (Aoki, 2001 ; Boyer, 2003 ; 2006 ; 2007 ; 2015 ; Amable, 2005 ; Amable et Palombarini, 2009).

La **section 2** présente l'apport d'Aoki (2001 ; 2006) dont l'ancrage semble peu adapté à notre approche des CI et que nous ne mobilisons pas par la suite.

La **section 3** propose une présentation critique de la conception des CI par Boyer (2007) que nous mobilisons essentiellement par la suite.

La **section 4** propose une présentation critique de la conception des CI par Amable et Palombarini (2009) dont nous mobilisons par la suite, l'approche néoréaliste en complément au cadre de Boyer (2007) pour notre analyse de la santé maternelle en Côte d'Ivoire dans la partie 4.

A partir des hypothèses, définitions et cadrages théoriques retenus par chacun des cadres, l'objectif de ce chapitre est de montrer notre intérêt pour les cadres de la TR qui s'avèrent pertinents, notamment celui de Boyer (2007) afin de poursuivre notre analyse systémique des DSSM en Côte d'Ivoire.

¹⁴⁶ Aoki (2006) est la version française de Aoki (2001).

Section 1 : Tableaux synoptiques des trois approches des institutions et des complémentarités institutionnelles étudiées pour notre analyse

Dans cette section, nous tentons une présentation synoptique, sous forme de tableaux de comparaison de différents éléments des cadres de Aoki (2001), Boyer (2003 ; 2006 ; 2007) et Amable et Palombarini (2009), ainsi que d'autres études des mêmes auteurs visant à conforter leur positionnement théorique. Nous y rappelons les hypothèses de base et propriétés (1.1) (cf tableau n°2) fondant chacun des cadres d'analyse que nous présentons brièvement (1.2) (cf tableau n°3), leurs définitions respectives des institutions (1.3) (cf tableau n°4) et autres aspects importants (1.4) (cf tableau n°5), leurs définitions respectives des CI (1.5) (cf tableau n°6) ainsi que les hypothèses qui sous-tendent ces différentes conceptions de CI (1.6) (cf tableau n°7).

1.1 Tableau n° 2 : Hypothèses de base et postulats théoriques dans l'étude des institutions par les différentes approches

Auteurs	Hypothèses de base et postulats théoriques
Aoki (2001) Economie industrielle	<ul style="list-style-type: none"> - Rationalité limitée, subjective et procédurale des agents économiques - Similitudes entre le processus économique et le jeu - Fondements microéconomiques de l'analyse institutionnelle. - Multiplicité d'équilibres de Nash <p>5 propriétés essentielles</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'endogénéité - la condensation de l'information ou représentation synthétique - la robustesse ou la durabilité par rapport aux évolutions continues de l'environnement et aux déviations mineures des agents vis-à-vis des règles impliquées - la pertinence universelle pour tous les agents d'un même domaine¹⁴⁷ - Multiplicité d'équilibres réversibles et pas forcément optimaux au sens de Pareto (optimum de premier, de second rang, etc.) - Analyse micro et macro des institutions. <p>- Les règles d'action du jeu des autres domaines sont implicitement considérées dans le jeu du domaine étudié comme un paramètre environnemental ou un paramètre technologique, constituant ainsi une donnée dans le domaine étudié.</p>
Boyer (2003 ; 2006 ; 2007 ; 2015) Théorie de la régulation (TR)	<ul style="list-style-type: none"> - Rationalité procédurale - Il faut faire une distinction entre le régime d'accumulation et le mode de régulation. - Formation possible d'un système cohérent à partir de mécanismes de coordination et de gouvernance institutionnelle (MCG) tels qu'entre le marché et l'Etat (plutôt qu'une opposition conventionnelle entre marché et Etat).

¹⁴⁷ Un domaine, selon la mobilisation faite par Aoki (2001) est une entité qui regorge d'agents qui partageraient la même fonction de gain ou d'utilité, et de laquelle se développent ou émergent des institutions issues des stratégies d'équilibre de ces agents et qui soutiennent l'existence dudit domaine.

	-Analyse macroéconomique des institutions sur le capitalisme et d'autres systèmes macroéconomiques.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amable et Palombarini (2009) ➤ Bruno Amable (2005) <p>TR</p>	<p>-Rationalité procédurale</p> <p>-Les différenciations sociales (économiques par exemple) expliquent les conflits d'intérêt des agents et leurs demandes sociales différentes. De ce fait, leur approche insiste sur la distinction à faire entre les institutions en tant que règles et les comportements et stratégies pratiques des agents.</p> <p>-C'est une approche néoréaliste qui permet de construire une théorie politique des institutions (changement institutionnel¹⁴⁸) et qui soit applicable à tout domaine.</p> <p>-Diverses formes institutionnelles plutôt qu'une forme panacée peuvent déboucher sur une bonne performance économique.</p>

Source : Auteure

Une revue des hypothèses qui sous-tendent les différents cadres d'analyse dans le tableau n°2 ci-dessus permet de constater que les trois études partagent la rationalité limitée et procédurale des individus. Toutefois, d'autres hypothèses mobilisées (fonctions de gain supra modulaires, considérations d'équilibres de Nash qui peuvent être multiples dont optimum de 1^{er}, de 2nd rang, etc.) par Aoki (2001) nous font prendre de la distance par rapport à son cadre. Bien que son analyse de domaines d'un système et des institutions en émergeant nous intéresse, ses hypothèses restent tout de même difficiles à mobiliser dans notre analyse de la santé.

1.2 Tableau n°3 : Différents cadres d'analyse

Auteurs	Cadre d'analyse
Aoki (2001)	Théorie des jeux évolutionnaire et supra modulaire
Economie industrielle	
Boyer (2003 ; 2006 ; 2007 ; 2015)	-Economie politique -TR
TR	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Amable et Palombarini (2009) ➤ Bruno Amable (2005) <p>TR</p>	<p>-Economie politique néoréaliste ou encore théorie politique du changement institutionnel (valable pour n'importe quel domaine de l'économie)</p> <p>-Il s'agit d'un cadre théorique intégrant l'équilibre politique dans le processus d'institutionnalisation voire de changement institutionnel.</p> <p>-L'équilibre politique dans l'approche néoréaliste est considéré comme une situation dans laquelle le conflit social est réglé et apaisé au moyen des institutions.</p>

Source : Auteure

Tandis qu'Aoki (2001) mobilise la théorie des jeux évolutionnaire et supra modulaire pour son analyse des institutions, Boyer, Amable et Palombarini s'inscrivent dans la TR. A la différence

¹⁴⁸ Amable et Palombarini (2009).

de Boyer, Amable et Palombarini mettent l'accent sur une approche néoréaliste dans laquelle tout conflit social est suscité, réglé et apaisé au moyen des institutions. Ces derniers définissent une théorie politique des institutions qui soit applicable à tous les domaines et dans laquelle les stratégies politiques font partie intégrante de tout changement institutionnel (cf tableau n°3 ci-dessus).

1.3 Tableau n°4 : Définitions des institutions

Auteurs	Définitions des institutions
<p>-Aoki (2001)</p> <p>Economie industrielle</p>	<p>-Une conception des institutions en termes d'équilibre et de système auto-entretenu de croyances partagées sur la manière dont le jeu est joué.</p> <p>-Elles sont conçues comme des stratégies d'équilibre du jeu. Les institutions peuvent également être assimilées aux acteurs du jeu ou aux règles du jeu (formelles et informelles).</p> <p>-Codification de rapports sociaux contradictoires.</p> <p>-Une « règle » endogène est « institutionnalisée » dans un domaine lorsqu'elle représente le choix d'équilibre des agents de ce domaine.</p>
<p>-Boyer (2003 ; 2006 ; 2007)</p> <p>TR</p>	<p>-Une institution est une procédure immatérielle permettant de structurer les interactions entre les organisations et les individus (Boyer 2003).</p> <p>-C'est la codification des rapports sociaux considérés comme fondamentaux pour comprendre l'évolution de la société.</p> <p>-(Boyer 2003) définit 5 formes institutionnelles fondamentales et régimes d'accumulation définissant la plupart des économies contemporaines qu'il retient conformément avec la TR et qui sont : la forme et le régime monétaires, la forme du rapport salarial, la forme de la concurrence, la forme d'adhésion au régime international et les formes de l'Etat.</p> <p>- Boyer (2003) ne reconnaît pas l'assimilation d'une institution, ni aux acteurs du jeu ni à une organisation.</p> <p>-Selon Boyer (2003), une organisation est liée aux institutions et représente plutôt une structure de pouvoir qui veille à faire respecter les actions selon les institutions et les conventions.</p> <p>- Boyer (2007) distingue 6 mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) différents des cinq (5) formes institutionnelles économiques de base de Boyer (2003). Ces 6 MCG pouvant émerger dans tout système découlent de la prise en compte simultanée du motif de l'action et de la répartition du pouvoir entre les acteurs. L'action peut être motivée par l'intérêt ou l'obligation. La répartition du pouvoir peut se faire de façon symétrique ou typiquement hiérarchique. Il distingue donc les 6 MCG (selon les différentes combinaisons possibles entre le motif de l'action et la répartition du pouvoir) que sont : le marché, la hiérarchie privée des organisations et des entreprises, la communauté, l'Etat, les associations et les réseaux.</p>
<p>-Amable et Palombarini (2009)</p> <p>-Bruno Amable (2005)</p> <p>TR</p>	<p>-Les institutions sont définies comme étant les règles du jeu social et leur rôle est de montrer la limite entre les stratégies socialement acceptées et celles socialement condamnées.</p> <p>- Une institution formelle est une institution où la sanction est explicite et claire. La sanction et les interdictions servent à faire respecter les institutions par les individus. Une institution informelle en est une sans sanction formelle, également définie comme une convention sociale.</p> <p>- Les institutions proposent une réglementation des conflits en structurant les interactions entre les différentes demandes sociales et la médiation politique. Toutefois, elles sont également à l'origine des conflits.</p> <p>- Il se forme toujours un bloc social, quoique temporaire, qui représenterait un apaisement du conflit social et l'existence d'un équilibre politique. Les « groupes sociaux dominants » ou le « bloc social dominant » représentent ceux dont les demandes sont prises en compte dans la définition de politiques publiques mises en place pour contribuer à la formation d'un équilibre politique.</p>

Source : auteur

Pour Aoki (2001) et Amable et Palombarini (2009), les institutions peuvent être assimilées à des règles ou stratégies de jeu tandis que Boyer (2003) les assimile à des procédures immatérielles permettant de structurer les interactions entre les organisations et les individus. Boyer (2007) définit six mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) qui peuvent entretenir elle eux des relations de CI (cf tableau n°4 ci-dessus).

1.4 Tableau n°5 : Autres aspects importants à comparer

Auteurs	Autres aspects importants
<p>Aoki (2001)</p> <p>Economie industrielle</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Possibilité de faire intervenir une autorité afin que ce dernier fasse exécuter la règle (institution) à travers le pouvoir qui lui est conféré. -Notion de domaine de l'économie d'où émergent les institutions qui entretiennent entre elles des liens (entre institutions du même domaine et entre institutions de domaines différents) -Processus diachronique (dans la durée) et synchronique (de manière simultanée) de l'évolution des institutions et de la relation entre elles. -Horizon temporel long de la mise en place d'une institution et du changement institutionnel.
<p>Boyer (2003 ; 2006 ; 2007)</p> <p>TR</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Il existe une multiplicité d'arrangements institutionnels plus ou moins imparfaits entre les 6 MCG. -Rôle déterminant du politique dans la régulation et l'émergence des institutions. -Conception de long terme dans l'étude des institutions (freiné par l'apparition de crises structurelles). -Les 6 MCG sont complémentaires pour atteindre un certain objectif. -Boyer (2007) montre l'intérêt de politiques de justice sociale appropriée permettant de renforcer une croissance dynamique et efficiente. Les bonnes stratégies sont celles qui allient davantage croissance et réduction de la pauvreté.
<p>Amable & Palombarini (2009)</p> <p>Bruno Amable (2005)</p> <p>TR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les institutions ont plutôt un caractère obligatoire et les sanctions joueraient justement un rôle important à cet effet. -L'Etat contraint les stratégies des agents par des sanctions et interdictions. -Ainsi, il est aisé de comprendre à quel point les agents sont limités et contraints par les institutions (au vu de leur caractère obligatoire). -L'acteur politique est le principal acteur de la mise en place des institutions, sur la base des attentes sociales qu'il cherche plus ou moins à satisfaire. - Ainsi ce sont les institutions principalement mises en place par les acteurs politiques qui sont à l'origine des conflits sociaux. -L'émergence d'une institution correspond à un compromis sociopolitique. -Il n'existe pas une institution idéale par domaine.

Source : Auteure

La considération et la présence d'une autorité politique dans l'émergence et la régulation des institutions est indéniable chez Aoki, Boyer, Amable et Palombarini (cf tableau n°5 ci-dessus). Selon Boyer (2007), il existe une multiplicité d'arrangements institutionnels possibles entre les six mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) qui peuvent être complémentaires pour atteindre un certain objectif.

1.5 Tableau n°6 : Définitions de complémentarités institutionnelles (CI)

Auteurs	Différentes définitions de CI
<p>Aoki (2001)</p> <p>Economie industrielle</p>	<p>-C'est une catégorie de liens d'interdépendances entre institutions qui surviennent lorsque les agents ne peuvent pas coordonner les stratégies qu'ils choisissent et adoptent dans les différents domaines, au moins parce que l'étendue de leurs choix et/ou de leur perception de la situation sont limitées ou encore pour toute autre raison. La difficulté à coordonner vient par exemple du fait que les agents du domaine considéré ne participent pas de manière simultanée à l'élaboration et l'adoption de stratégies de choix ayant lieu dans les autres domaines.</p> <p>-Les règles de choix d'action (institutions) qui prévalent dans les autres domaines influencent tout de même les choix ou stratégies des agents du domaine considéré et vice-versa. Ces données d'autres domaines sont considérées comme étant paramétriques car exogènes dans le processus de choix des agents du domaine étudié, constituant ainsi son « environnement institutionnel ».</p> <p>-La viabilité d'une institution d'un domaine peut tenir à la façon dont elle s'ajuste aux institutions d'autres domaines (avec qui elle entretient des liens) et vice-versa.</p> <p>-La CI est un phénomène d'équilibre (de liens synchroniques entre institutions) qui n'est pas nécessairement efficace, bien qu'il soit viable¹⁴⁹.</p> <p>-En présence de CI, la combinaison d'institutions appartenant à des domaines différents représente un arrangement institutionnel viable. Il peut exister des arrangements institutionnels « pareto-ordonnés » ou même « pareto-supérieurs » si par exemple dans chaque domaine, la règle d'action choisie est la meilleure possible au sens de Pareto offrant ainsi un bon environnement institutionnel aux autres domaines.</p>
<p>Boyer (2006 ; 2007)</p> <p>TR</p>	<p>-Selon Boyer, deux éléments E et E' sont dit complémentaires lorsque la performance R de la conjonction des deux éléments E et E' est supérieure à la performance de chaque élément considéré séparément, c'est-à-dire si $R(E, E') > R(E)$ et si $R(E, E') > R(E')$. Il s'agit d'une Normativité à la bonne performance économique.</p> <p>-Par exemple, Boyer (2006) montre que le succès du Danemark relatif à la réduction de moitié de son chômage ou « flexicurité danoise » est le résultat d'une parfaite conjonction entre trois dispositifs¹⁵⁰ (institutions) et du civisme exemplaire danois.</p>

¹⁴⁹ Un arrangement institutionnel viable constitue un tout cohérent dont les éléments (institutions constituant cet ensemble) ne peuvent être facilement conçus et/ou modifiés indépendamment les uns des autres (Aoki, 2001 ;2006).

¹⁵⁰ Boyer (2006) montre que la « flexicurité » danoise (grande flexibilité pour les entreprises et grande sécurité de l'emploi pour les salariés) est le résultat d'une parfaite conjonction de trois dispositifs, à savoir une législation très souple du travail, une couverture sociale ou une générosité des indemnités du chômage et une politique d'emploi active contenant des programmes de formation riches et adaptés aux nouvelles technologies et freinant d'éventuels comportements opportunistes. Une cohérente conjugaison entre ces trois dispositifs majeurs régit les relations entre les trois acteurs que sont les entreprises, les salariés et l'Etat. La complémentarité institutionnelle entre ces trois

ces derniers, le fait que deux institutions soient complémentaires ne signifie pas une meilleure efficacité pour le système. Tandis que pour Boyer (2007), la performance du système observée lorsque deux institutions sont complémentaires est supérieure à celle observée si les institutions sont considérées séparément.

1.6 Tableau n°7 : Hypothèses et postulats des différentes conceptions de CI

Auteurs	Hypothèses et postulats de différentes conceptions de CI
<p>Aoki (2001)</p> <p>Economie industrielle</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Les domaines ne sont pas habités par les mêmes agents. -Les domaines considérés n’interagissent pas directement, bien qu’une institution au moins de l’un des domaines peut influencer (de manière paramétrique) les conséquences des jeux dans les autres domaines par son effet sur leur environnement institutionnel. -L’environnement technologique et l’environnement naturel ne varient pas. -Les agents d’un même domaine partagent la même fonction de gain ou d’utilité, définie sur les ensembles de choix des domaines correspondants et reposant également sur un ensemble de paramètres (dont les règles de choix appliquées dans les autres domaines considérés). -La fonction de conséquence des agents d’un domaine, et donc la fonction d’utilité (gains) qui en dépend, sont influencées par les règles d’action (institutions) dans d’autres domaines. - Les préférences des agents d’un même domaine sont intégrées (au sens restreint) ; ce qui signifie que leurs fonctions de gain sont super-modulaires (dans son modèle complexe). - Une fois toutes ces hypothèses émises, il peut exister autant d’équilibres de Nash purs (arrangements institutionnels) que d’institutions considérées dans le système de domaines étudié. -Et lorsque cette multiplicité d’équilibres apparaît entre les différents domaines du système, il est dit que les domaines sont complémentaires et que les règles d’action concernées respectives pour chaque domaine se complètent institutionnellement. -Considération d’horizon temporel long comme une donnée essentielle dans l’analyse de la complémentarité institutionnelle.
<p>Boyer (2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La performance et la résilience des économies découlent de la cohérence d’un ensemble de mécanismes de coordination et de gouvernance institutionnelle (MCG), qui sont plus complémentaires que substituables au marché ou à l’Etat exclusivement. Certains arrangements institutionnels sont favorables à l’efficacité tandis qu’ils engendrent des problèmes d’équité que visent d’autres arrangements institutionnels (Boyer, 2007). Ainsi, il leur faut s’articuler entre eux, afin que les défaillances des uns soient prises en compte et plus ou moins compensées dans la mise en place d’autres. <li style="text-align: center;">⇨ - une hypothèse de complémentarité institutionnelle est probablement la plus pertinente à prendre en compte dans les économies en développement. Elle s’avère originale et prometteuse car elle se prête davantage à une analyse simultanée entre l’activation des régimes de croissance et les politiques de lutte contre la pauvreté au niveau national. -Boyer nuance la « complémentarité institutionnelle » de la « supermodularité » (difficile à diagnostiquer et très fictif selon lui, remettant ainsi en cause le cadre d’Aoki 2001) et de la « compatibilité ». -E et E’ sont super modulaires si $R(E, E') > R(E, A)$ pour tout $A \# E'$ et si $R(E, E') > R(E', B)$ pour tout $B \# E$ -E et E’ sont compatibles si une économie donnée existe telle que la jonction de E et E’ est différente de l’ensemble vide.

	-Aucun arrangement institutionnel (mécanisme de coordination ¹⁵¹) unique - que ce soit uniquement l'Etat - que ce soit seulement le marché - encore moins une négociation entre les deux sans tenir compte de l'architecture institutionnelle nationale - n'est suffisant pour produire de la croissance équitable et une réduction de la pauvreté (Boyer, 2007).
Amable & Palombarini (2009)	<p>- Les stratégies des acteurs politiques, dans la poursuite de leurs propres objectifs, les conduisent à favoriser les combinaisons de politiques et institutions permettant de satisfaire leurs intérêts.</p> <p>-Les institutions majoritairement créées et validées par les acteurs politiques en tant que règles pour réglementer les conflits sociaux sont également en réalité un instrument au service de ces mêmes acteurs politiques.</p> <p>-Une vision moins normative (qu'Aoki (2001) et Boyer (2007)) de la complémentarité institutionnelle tout comme de toute forme institutionnelle liée à la « bonne performance économique »</p>

Source : Auteure

Dans le tableau n°7 ci-dessus, la revue des hypothèses qui sous-tendent les différentes conceptions de complémentarités institutionnelles (CI) nous conduisent à comprendre que plusieurs types de liens¹⁵² peuvent découler entre les institutions, parmi lesquels des liens de complémentarités institutionnelles (CI). A l'analyse des tableaux synoptiques précédents, la conception de Boyer (2007) nous semble plus intéressante pour expliquer les faibles performances du système de santé maternelle dans des pays d'Afrique subsaharienne, particulièrement en Côte d'Ivoire. Elle s'avère originale et prometteuse car elle se prête davantage à une analyse simultanée entre l'activation des régimes de croissance et les politiques de lutte contre la pauvreté au niveau national (Boyer, 2007).

Nous étayons la non-mobilisation de l'approche d'Aoki (2001) et l'adossement à principalement celle de Boyer (2007) et dans une certaine mesure à celle d'Amable et Palombarini (2009), dans les sections suivantes.

¹⁵¹ Boyer (2007) s'intéresse à des mécanismes de coordination institutionnelle en réalité.

¹⁵² Des liens entre institutions peuvent être des liens institutionnalisés, des liens de super modularité (Aoki, 2001 ; Boyer, 2007), des liens de compatibilité (Boyer, 2007), de la hiérarchie des institutions, tous à nuancer des liens de CI.

Section 2 : L'apport d'Aoki, un ancrage peu adapté à notre approche des complémentarités institutionnelles en dépit de préoccupations partagées

Les travaux d'Aoki (2001) ont le mérite d'avoir initié le concept de CI, de questionner la cohérence d'un système institutionnel et d'ouvrir la voie à des réflexions sur les CI. Toutefois, nous n'utiliserons pas, en toute rigueur, son cadre d'analyse. En effet, bien que sa conception en termes de domaines d'émergence des institutions et des complémentarités institutionnelles (CI) nous intéresse, ses fondements théoriques (théorie des jeux, optimum de Pareto), ses hypothèses (**cf encadré n°22**), ses domaines d'étude (étude des marchés), son positionnement dans la littérature en économie (plutôt l'économie industrielle que l'économie de la santé et du développement) et son caractère très abstrait rend ses analyses assez éloignées de notre sujet d'étude et de notre approche en économie politique.

Cette section présente brièvement les différents types de liens identifiés entre les institutions par Aoki (2001) (2.1), ainsi que la conception de CI prévalant dans le cadre d'Aoki (2001) qui a le mérite de partager certaines de nos préoccupations dans la construction de notre cadre (2.2).

Encadré n°22 : L'approche d'Aoki (2001) : Des hypothèses difficiles à mobiliser dans notre étude

Le choix porté par Aoki (2001) sur la théorie des jeux super-modulaires pour développer son modèle ainsi que les hypothèses qu'il pose rendent difficiles sa mobilisation dans notre approche. Les principales hypothèses de ce modèle (comprenant des domaines, des agents dans chaque domaine et les institutions qui s'y développent) qu'il présente d'abord dans une version simplifiée et ensuite dans une version plus complexe sont les suivantes : Les domaines ne sont pas habités par les mêmes agents. **Les domaines considérés n'interagissent pas directement, bien qu'une institution au moins de l'un des domaines peut influencer (de manière paramétrique) les conséquences des jeux dans les autres domaines par son effet sur leur environnement institutionnel.** Il suppose également que l'environnement technologique et l'environnement naturel ne varient pas. Ce qui est difficile à concevoir dans la vie des agents, spécialement pour des questions de santé. **Les agents d'un même domaine partageraient la même fonction de gain ou d'utilité,** définie sur les ensembles de choix des domaines correspondants et reposant également sur un ensemble de paramètres (dont les règles de choix appliquées dans les autres domaines considérés). **Une autre hypothèse, particulièrement pour le modèle complexe, est que les**

préférences des agents d'un même domaine sont intégrées (au sens restreint) ; ce qui signifie que leurs fonctions de gain sont super-modulaires (Aoki, 2001).

2.1 Différents types/ Origines des liens entre institutions

La conceptualisation par Aoki (2001) des institutions lui permet de dégager deux types de liens pouvant exister entre institutions : le « lien institutionnalisé » (cf encadré n°23) et la « complémentarité institutionnelle ». **Ces différents ordres de liens sont certes considérés comme des phénomènes d'équilibre, mais qui ne sont pas nécessairement efficaces (Aoki, 2001).** Le lien institutionnalisé et la CI peuvent également aider à la compréhension du mécanisme de l'évolution institutionnelle. D'une part, ces liens tendent à rendre les arrangements institutionnels robustes aux transformations des caractéristiques internes et externes. D'autre part, ils sont susceptibles de contraindre l'évolution institutionnelle à suivre une certaine direction particulière parmi plusieurs autres directions possibles. Cependant, le traitement de ces différentes questions nécessite au préalable la compréhension des liens synchroniques (de manière simultanée ou transversale) entre les institutions (Aoki, 2001).

Encadré n°23 : Lien institutionnalisé

Les liens institutionnalisés sont **des liens entre institutions lorsque les agents coordonnent et étendent les stratégies qu'ils adoptent dans différents domaines¹⁵³**, pour la simple raison qu'ils en ont la possibilité. Ce qui est contraire dans le cas de la CI où les agents ne peuvent pas coordonner leurs stratégies. Les liens institutionnalisés sont des liens stratégiques entre les domaines qui engendrent les institutions en même temps que les domaines considérés sont soutenus par les institutions en question. **Le lien institutionnalisé est caractérisé par des « jeux liés », dans lesquels les agents d'un domaine étendent à d'autres domaines l'ensemble des choix viables qui s'offrent à eux, permettant ainsi l'émergence d'institutions qui seraient impossibles en l'absence de ces liens.** Ce type de lien est en mesure de générer certaines externalités plutôt positives pour les agents à l'origine du lien considéré pouvant être différents les uns des autres. Bien que cela soit possible, une

¹⁵³ Selon Aoki (2001), l'économie est constituée de *plusieurs domaines* qui en forment des unités d'analyse. **Un domaine est composé d'un ensemble d'acteurs (individus ou organisations) et des ensembles de toutes les actions techniquement réalisables par chacun d'entre eux.** Un domaine, selon la mobilisation faite par Aoki (2001) est donc une entité qui regorge d'agents qui partageraient la même fonction de gain ou d'utilité, et de laquelle se développent ou émergent des institutions issues des stratégies d'équilibre de ces agents et qui soutiennent l'existence dudit domaine.

configuration qui tendrait à rénover ces liens à travers par exemple une innovation technologique ou une amélioration des connaissances reste difficile.

2.2 La complémentarité institutionnelle (CI) selon Aoki

2.2.1 Définition et cadrage théorique

La CI est le second genre de liens que peuvent entretenir entre elles, des institutions, en plus des « liens institutionnalisés » (Aoki, 2001). Selon Aoki, **cette seconde catégorie de liens se rapporte aux interdépendances entre institutions qui surviennent lorsque les agents ne peuvent pas coordonner les stratégies qu'ils choisissent et adoptent dans les différents domaines¹⁵⁴, au moins parce que l'étendue de leurs choix et/ou de leur perception de la situation est limitée ou encore pour toute autre raison. La difficulté à coordonner** vient par exemple du fait que les agents du domaine considéré **ne participent pas de manière simultanée** à l'élaboration et l'adoption de stratégies de choix ayant lieu dans les autres domaines.

Les règles de choix d'action (institutions) qui prévalent dans les autres domaines influencent tout de même les choix ou stratégies des agents du domaine considéré et vice-versa. Et étant donné qu'ils ne peuvent interagir entre eux au moment de faire des choix individuels, cette influence des institutions des autres domaines (considérées comme des entités objectivées) est considérée comme étant paramétrique. Autrement dit, les institutions d'autres domaines sont considérées comme des paramètres ou des données exogènes dans le processus de choix des agents d'un domaine étudié, constituant ainsi son « **environnement institutionnel** ».

Cela révèle que les institutions appartenant à des domaines différents sont susceptibles de dépendre les unes des autres. Ce sont ces relations d'interdépendances qu'Aoki (2001) qualifie de « complémentarités institutionnelles » qui se traduisent par des équilibres de Nash purs (**cf encadré n°24**). Ainsi, il peut exister de fortes relations d'interdépendances ou de fortes CI entre des institutions sans que cela ne soit forcément efficace pour le système.

¹⁵⁴ Selon Aoki (2001), l'économie est constituée de *plusieurs domaines* qui en forment des unités d'analyse. **Un domaine est composé d'un ensemble d'acteurs (individus ou organisations) et des ensembles de toutes les actions techniquement réalisables par chacun d'entre eux.** Un domaine, selon la mobilisation faite par Aoki (2001) est donc une entité qui regorge d'agents qui partageraient la même fonction de gain ou d'utilité, et de laquelle se développent ou émergent des institutions issues des stratégies d'équilibre de ces agents et qui soutiennent l'existence dudit domaine.

Encadré n°24 : Une description des complémentarités institutionnelles basée sur des équilibres de Nash purs

Pour mieux comprendre la relation de complémentarité entre les institutions, Aoki (2001) définit une institution comme une représentation synthétique d'équilibre stable et de croyances partagées. Il construit une définition de la CI qui est conforme à sa conception des institutions fondée sur l'équilibre (comme des résultats d'équilibre). **L'implication de cette conception des institutions est qu'une « règle » endogène est « institutionnalisée » dans un domaine lorsqu'elle représente le choix d'équilibre des agents de ce domaine.** Selon Aoki (2001), il peut exister autant d'équilibres de Nash purs (arrangements institutionnels) que d'institutions considérées dans le système de domaines étudié. Plus précisément, si l'on considère deux domaines D et G ainsi que deux règles d'action (ou institutions) respectivement pour chaque domaine, (par exemple X et X' pour le domaine D ; Y et Y' pour le domaine G) et parmi lesquelles les ensembles d'agents respectifs de chaque domaine doivent choisir, **la condition de « super modularité », dans la théorie des jeux supermodulaires qu'Aoki (2001) mobilise, implique qu'il peut exister dans le domaine formé de D et G, deux équilibres de Nash purs.** Et lorsque cette multiplicité d'équilibres apparaît, il est dit que les domaines D et G sont complémentaires et que les règles d'action concernées respectives pour chaque domaine se complètent institutionnellement (Aoki, 2001). **C'est dire que les institutions constituant des résultats d'équilibre dans des domaines individuels sont susceptibles de présenter entre elles des relations d'interdépendance synchronique.** Le bénéfice additionnel pour un domaine peut évoluer (augmenter, stagner ou se dégrader) en fonction de la valeur des paramètres¹⁵⁵ et réciproquement. En dépit de l'intérêt d'une telle innovation, la mobilisation de ce cadre reste inappropriée pour notre étude. En effet, les hypothèses pour un équilibre de Nash, selon lesquelles chaque joueur prévoit correctement le choix des autres et maximise sa fonction de gain ou d'utilité en fonction de ces prévisions, ne peuvent être retenues dans le secteur de la santé pour les raisons évoquées dans la partie 1 de cette thèse.

¹⁵⁵ Choix stratégiques des autres agents du même domaine et institutions en place dans les autres domaines.

Pour généraliser, lorsque pour un système de domaines, une multiplicité d'équilibres de Nash purs (**cf encadré n°25**) apparaît entre plusieurs domaines considérés, alors il est possible de dire que les domaines du système (arrangement global considéré) sont institutionnellement complémentaires et que les règles d'action ou institutions (constituant les meilleurs résultats d'équilibre possibles dans chaque domaine) se complètent institutionnellement.

Encadré n°25 : Une multiplicité possible d'arrangements institutionnels

Aoki (2001) soutient que lorsque des arrangements institutionnels existent entre des domaines différents, certains arrangements institutionnels globaux sous-optimaux peuvent être viables. « Plusieurs arrangements institutionnels globaux non pareto-ordonnés peuvent également exister ». Les implications de cette conceptualisation de la CI par Aoki sont nombreuses. La viabilité d'une institution d'un domaine peut tenir à la façon dont elle s'ajuste aux institutions d'autres domaines (avec qui elle entretient des liens) et vice-versa (Aoki 2001). C'est la possibilité d'une telle interdépendance entre institutions qu'Aoki qualifie de « complémentarité institutionnelle ». **En présence de CI, la combinaison d'institutions appartenant à des domaines différents représente un arrangement institutionnel viable.** Les situations de CI découlant des arrangements institutionnels peuvent ne pas être performantes, bien qu'étant viables. Selon Aoki (2001), il peut exister des arrangements institutionnels « pareto-ordonnés » ou même « pareto-supérieurs » si par exemple dans chaque domaine, la règle d'action choisie est la meilleure possible au sens de Pareto offrant ainsi un bon environnement institutionnel aux autres domaines.

Aoki (2001) s'interroge sur **l'opportunité d'une approche par le « big bang » ou d'une approche « séquentielle » pour remédier à un arrangement institutionnel « pareto-dominé » par exemple.** Comment procéder alors si l'on considère l'hypothèse d'Aoki de **l'impossibilité des agents d'interagir** ? Bien qu'Aoki lève cette hypothèse en affirmant que le modèle reste inchangé quand bien même ce sont les mêmes agents qui jouent dans les domaines en question, il considère par ailleurs que **même si les agents (de domaines) constituent des subdivisions d'une population totale, ils ne chercheront pas à interagir. Ils sous-estimeront l'effet de leurs stratégies individuelles se décourageant ainsi à coordonner et ils adopteront leur stratégie de façon isolée en considérant les institutions d'autres domaines comme donnée et invariante.**

2.2.2 L'approche par Aoki (2001) des complémentarités institutionnelles : Des éléments pertinents mais à dépasser pour notre étude

Bien que Aoki (2001) raisonne sur une hypothèse de rationalité limitée et procédurale, il se positionne tout de même sur des questions d'optimum de Pareto. Bien que son approche de la rationalité limitée et procédurale telle que définie par Herbert Simons (1976-1979), contrairement à bon nombre d'auteurs de la NEI¹⁵⁶) soit un véritable pas en avant, c'est une approche qui mobilise également des éléments de l'économie standard (équilibre de Nash, optimum de Pareto, optimum de second rang, etc.), à côté de l'économie hétérodoxe. Or notre thèse se positionne explicitement en économie politique et à cet égard s'éloigne de certaines caractéristiques de l'approche d'Aoki (2001). Les fondements (théorie des jeux) et implications théoriques ainsi que la majorité des hypothèses qu'il pose ne peuvent prévaloir pour une étude des problèmes de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Le besoin en santé repose sur des besoins physiologiques et les aspirations sont diverses en fonction des caractéristiques individuelles. De plus, en santé, on ignore généralement la meilleure solution.

Toutefois, nous souhaitons discuter l'intérêt de certaines des idées de Aoki (2001) qui débouchent sur des approches communes avec notre approche. Nous présentons ci-dessous quelques éléments d'Aoki (2001 ;2006) qui ont contribué à enrichir notre réflexion :

- (i) *Processus d'émergence des institutions par domaine* : La conception des CI par Aoki (2001 ; 2006) permet tout de même de prendre conscience d'un processus d'émergence des institutions, des types d'arrangements institutionnels pouvant exister et des implications susceptibles d'en découler.
- (ii) *Assimilation de l'économie à un rassemblement cohérent de domaines complémentaires* : Il s'intéresse au fonctionnement d'une sphère plus large que la santé, à savoir l'économie, qu'il compare à un rassemblement global et cohérent de domaines¹⁵⁷ (Aoki, 2001 ; 2006) afin de mieux en cerner le fonctionnement. Son analyse présente l'avantage de considérer la façon dont les jeux des différents domaines (ou sous domaines dans mon cadre d'analyse) sont reliés entre eux, à la fois de manière diachronique, c'est-à-dire dans la durée (Aoki, 2001) et surtout de manière synchronique, c'est-à-dire de façon simultanée. **Il est**

¹⁵⁶ Nouvelle Economie Institutionnelle.

¹⁵⁷ Chaque domaine étant constitué d'institutions.

aisé de comprendre que deux ou plusieurs secteurs qui sont interdépendants (du fait qu'une institution au moins d'un domaine agit sur l'environnement institutionnel de l'autre domaine, bien que ne pouvant pas coordonner) sont systématiquement complémentaires. Ils se complètent pour produire des résultats. Les résultats produits par cette relation d'interdépendance ou de complémentarité, selon Aoki (2001), peuvent être bons comme mauvais.

- (iii) *Ouverture à des questionnements* : A l'issue de cette revue du concept de CI, nous nous posons des questions similaires à celles posées par Aoki (2001). Pour améliorer l'efficacité d'un domaine voire d'un arrangement institutionnel global (qui ne répond pas au mieux à un certain objectif social et/ ou qui se fait au détriment d'une partie de la population), ce qu'il conviendrait de faire serait une action simultanée sur les institutions du domaine et sur celles des autres domaines ? Ou l'on peut s'attendre à ce qu'un changement institutionnel dans l'un des domaines engendre une réaction en chaîne du fait des CI existantes ?

Dans la poursuite des questionnements relatifs à cette conception par Aoki (2001), des CI, il ne ressort pas clairement l'existence d'un mode de régulation explicite qui facilite l'émergence des institutions et les relations entre elles. Nous nous interrogeons sur le caractère autorégulateur de ce modèle, qui est d'ailleurs une limite perçue par Aoki de sa propre étude. L'impossibilité pour les agents d'interagir pour résoudre une situation inintéressante (situation « Pareto-dominée ») pour eux, relevée par Aoki (2001), serait due à l'absence d'un mode de régulation de tout ce processus par le politique.

Nous questionnons la nécessité dans son modèle, de l'existence d'un ou plusieurs acteurs clés qui centraliseraient les différentes stratégies de choix basées sur les valeurs et l'environnement institutionnel et qui pourraient finalement agir sur les institutions (les règles de choix) résultantes. Tout comme pour les économies de marché, dans la coordination des échanges par exemple, ne faudrait-il pas une intervention étatique ou la présence d'une instance politique qui puisse œuvrer à identifier de bonnes configurations institutionnelles possibles. Les agents de différents domaines ont certes une étendue de leurs stratégies et une perception de la situation limitées de sorte à entretenir un défaut de coordination avec les agents d'autres domaines.

Toutefois, le rôle de cette instance politique pourrait être d'œuvrer à ce que des changements institutionnels avantageux dans certains domaines apparaissent et puissent avoir un effet d'entraînement vertueux sur les autres domaines. Son rôle serait justement de coordonner

ces stratégies, tout en visant le bien-être général. La prise en compte de cette instance qui est sensée œuvrer pour le bien-être général peut permettre une interaction plus poussée entre les acteurs de différents domaines. Et ce, dans le but de créer pour chaque domaine l'environnement institutionnel qui lui favorise des situations intéressantes pour ses agents. En le faisant pour chaque domaine, il serait possible d'ajouter à la viabilité de CI, un caractère vertueux pour le système, le temps d'un choc qui engendrerait la modification des institutions. Cette instance pourrait agir sur toutes les institutions complémentaires ou interdépendantes, de façon synchronique et diachronique (dans la durée).

Enfin, s'il existe à la fois des liens institutionnalisés et des CI entre des institutions de domaines, l'amélioration d'un arrangement institutionnel global défaillant pourrait-il doublement s'avérer difficile dans la mesure où les liens institutionnalisés se caractérisent également par une certaine inertie et une certaine robustesse des institutions en place ?

Section 3 : La complémentarité institutionnelle selon Boyer (2006 ; 2007)

Cette section sur les complémentarités institutionnelles (CI) dans l'approche de Boyer (2007) justifie notre préférence pour son cadre d'analyse que nous compléterons par quelques apports de Amable et Palombarini (2009). Quelques années après les travaux d'Aoki¹⁵⁸ (2001), et suite à Boyer (2006) (cf section 1.5 tableau n°6), Boyer (2007) formule également une hypothèse de CI que nous considérons très pertinente dans le contexte des économies en développement. **La prise en considération de cette hypothèse de CI dans les pays pauvres, au-delà des précédents « remèdes » proposés et importés jusque-là du monde développé et industrialisé, s'avère originale et prometteuse.** En effet, le cadre de cette CI se prête davantage à une analyse d'activation des politiques sociales de lutte contre la pauvreté au niveau national. En dépit de la différence d'échelles d'analyse, le cadre d'analyse proposé par Boyer (2007) présente une conception des CI qui pourrait être transposable pour l'analyse de tout système y compris celui de la santé.

3.1 Définition de la CI par Boyer (2006 ; 2007)

Selon Boyer (2007), deux éléments E et E' sont dits complémentaires lorsque la performance R de la conjonction des deux éléments E et E' est supérieure à la performance de chaque élément considéré séparément, c'est-à-dire si $R(E, E') > R(E)$ et si $R(E, E') > R(E')$ (Boyer 2007). Pour parler de complémentarité entre deux institutions, **il faut que la conjugaison**

¹⁵⁸ Aoki qui n'est pourtant pas connu comme un hétérodoxe à proprement parler et dont la position par rapport aux deux grandes approches institutionnalistes (NEI et Hétérodoxe) reste ambiguë.

des deux institutions améliore le résultat (bien-être) produit, relativement au résultat observé si l'on se focalisait sur seulement une des deux institutions. Le long terme est une donnée essentielle dans l'analyse de la CI.

La performance et la résilience des économies découlent de la cohérence d'un ensemble de mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG), qui sont plus complémentaires que substituts au marché (Boyer 2007). L'hypothèse de CI¹⁵⁹ prend sa source dans les tentatives d'explication des différentes formes de capitalisme par les théories institutionnalistes. Les différentes formes de capitalisme sont ainsi comprises comme la manifestation de complémentarités différentes entre les économies de marché nationales respectives et bien d'autres institutions (plutôt que des substituts). Boyer (2006) relève par exemple, l'articulation de complémentarités possibles entre le système d'innovation, le type de compétition, les institutions du marché du travail et la couverture sociale, dans une économie développée. Bien qu'il souligne que de telles configurations sont généralement difficiles d'application dans les PED, il relate la possibilité d'en créer des équivalents de cercles vertueux au sein desquels se renforcent stimulations de la croissance et programme anti-pauvreté (UNSIRD, 2005 cité par Boyer, 2007).

Cependant Boyer met en garde quant à la compréhension de la CI qui nécessite une grande vigilance et une grande attention du fait d'autres types de liens pouvant exister et qui en sont dérivés. Il y a effectivement un risque de confusion entre la CI et d'autres concepts apparemment similaires mais différents en réalité. Il s'agit des concepts de « super modularité » et de « compatibilité ». Une définition rapide de ces concepts nous aiderait à mieux en percevoir les nuances.

On dit que deux éléments E et E' sont « super modulaires » lorsque la performance R de la conjonction des deux éléments E et E' est supérieure à la performance de n'importe quelle autre combinaison de ces éléments, c'est-à-dire si $R(E, E') > R(E, A)$ pour tout $A \neq E'$ et si $R(E, E') > R(E', B)$ pour tout $B \neq E$ (Boyer 2007). **Selon Boyer, la « super modularité » est**

¹⁵⁹ Selon Boyer (2007), la présentation de quelques exemples de complémentarité dans le domaine de la finance et celui du travail, par plusieurs auteurs dans la littérature, pourrait aider à saisir concrètement la nature de ce concept. Ces exemples permettraient de montrer la différence entre la complémentarité institutionnelle et les autres concepts aussi proches (super modularité et compatibilité). Par exemple, un régime financier régi par la finance directe est complémentaire avec des unions faibles et la domination de stratégies à court terme et inversement. De même un régime financier patient construit sur le crédit bancaire est complémentaire à une union forte, toutes deux impliquées dans une stratégie à long terme. Une politique monétaire accommodante serait complémentaire avec une flexibilité des marchés du travail (configuration typique américaine) tandis qu'il existerait plutôt une complémentarité entre le régime monétaire associé à un banquier central conservateur et des marchés du travail rigides (situation expliquant en partie le chômage européen) (Boyer, 2007).

difficile à diagnostiquer. Son diagnostic ne peut se faire par observation directe car elle nécessite la construction d'un modèle formel engendrant une série de mondes fictifs.

La seconde nuance beaucoup plus délicate concerne celle à faire entre la CI et le concept de compatibilité¹⁶⁰. Deux éléments E et E' sont compatibles s'ils peuvent être conjointement observés dans des économies et sociétés existantes ; c'est-à-dire il existe une économie donnée telle que la jonction de E et E' est différente de l'ensemble vide (Boyer 2007). Est-ce à dire que la compatibilité est une étape séquentielle vers la complémentarité ? Ou est-ce que deux institutions complémentaires sont nécessairement compatibles ? Ce sont autant de questions que nous nous posons au regard de cette nuance entre CI et compatibilité.

Selon Boyer (2007), la preuve de complémentarité nécessite un modèle théorique additionnant et/ou soustrayant une série complète d'institutions et évaluant l'impact connexe sur une mesure de performance convenue. Il serait important de savoir comment il définit la validité du modèle théorique choisi et ce que l'on met dans la « mesure de performance convenue ».

3.2 Le bien-fondé du cadre des complémentarités institutionnelles selon Boyer

Boyer (2007) définit une hypothèse de CI entre 6 mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) permettant de favoriser la croissance et réduire la pauvreté. Ces 6 MCG qu'il distingue, selon les différentes combinaisons possibles entre le motif de l'action et la répartition du pouvoir, sont complémentaires pour atteindre un certain objectif. Ce sont **le marché, la hiérarchie privée des organisations et des entreprises, la communauté, l'Etat, les associations et les réseaux.**

Le cadre des CI permet de dépasser l'antagonisme conventionnel entre le marché et l'Etat, vus pendant longtemps comme des MCG exclusifs. Boyer (2007) définit ainsi une **économie de marché** comme une **construction sociale et complexe entre le marché et un certain cadre institutionnel, que se sont difficilement approprié les économies en développement.** Les expériences dans ces économies en développement ont suffisamment montré qu'une institution (économie de marché par exemple) plutôt efficace dans un pays donné peut s'avérer préjudiciable pour les performances économiques d'un autre pays avec des valeurs sociales, une organisation productive et une intermédiation politique différentes. De même, aucun MCG ne peut garantir

¹⁶⁰ Boyer (2007) reprend un exemple de Martin Höpner (2003) investiguant les liens entre le système dual du conseil d'administration allemand et la codétermination des employés. Il relate que les tenants d'un grand courant de la « Varieties Of Capitalism » qualifieraient ces institutions de complémentaires - ayant observé de bonnes « performances » de l'économie allemande jusqu'au début des années 1990 – alors que l'observation ne fait que dire qu'elles sont compatibles (Boyer 2007). Il est clair pour Boyer que l'observation de la situation qualifiée de « performance » dans l'exemple cité de Martin Höpner ne suffit pas pour affirmer que les institutions considérées sont complémentaires.

tout seul la viabilité et l'efficience d'une économie nationale. Aucun arrangement institutionnel¹⁶¹ unique - que ce soit l'Etat - ou le marché - encore moins une négociation entre les deux sans tenir compte de l'architecture institutionnelle nationale - n'est suffisant pour produire de la croissance équitable et une réduction de la pauvreté (Boyer, 2007).

Ainsi, pour parvenir à un objectif social dans le cas de notre thèse, il faudrait combiner les différents MCG en fonction des spécificités respectives de chaque pays. En effet, tout arrangement institutionnel agit dans un domaine d'application limité, des forces, des faiblesses pour l'atteinte d'un certain objectif économique. Selon Boyer (2007), tout arrangement institutionnel unique (tel que le marché) requiert des exigences¹⁶² qui doivent être construites par la mobilisation de ressources à l'extérieur de cet arrangement. Par exemple, certains arrangements institutionnels sont favorables à l'efficacité tandis qu'ils engendrent des problèmes d'équité que visent d'autres arrangements institutionnels (Boyer, 2007). Ainsi, il faut que le marché, l'Etat et les autres MCG s'articulent entre eux, afin que les défaillances des uns soient prises en compte et plus ou moins compensées dans la mise en place d'autres. Ces MCG sont plus complémentaires que substituables et ils diffèrent d'un pays à un autre (Boyer, 2007). Ils peuvent s'articuler les uns aux autres de sorte à être plus ou moins complémentaires.

Ainsi, même si l'objet d'étude de Boyer (régime de croissance et lutte contre la pauvreté) n'est pas strictement convergent avec le nôtre (l'amélioration de la santé maternelle, équité et réduction des ISS maternelle) il nous semble pertinent dans le cas de notre étude. En effet, les domaines socio-économiques tels que la santé requièrent un réseau complexe d'institutions – Etat - organisations – communautés - et – marchés – y compris, devant se combiner entre eux pour atteindre à la fois des objectifs d'efficacité et de justice sociale.

Les données de l'enquête 1 (E1) illustrent bien combien le grand¹⁶³ secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire est apprécié pour la qualité de son plateau technique, de ses ressources humaines et de sa prestation de services, mais seulement au profit des nantis. Et ce, à faible coût, car les catégories sociales qui y ont facilement accès bénéficient souvent d'assurances maladie leur facilitant finalement un coût d'accès faible. Il se présente un secteur privé de la santé dans lequel les arrangements institutionnels semblent produire de meilleurs résultats au profit de ses

¹⁶¹ Pour Boyer (2007), un MCG est assimilé à un arrangement institutionnel (AI). L'Etat est donc un AI, de même que le marché ou les communautés ou encore les réseaux, tout comme les associations ou les hiérarchies privées.

¹⁶² Règles, normes, organisation précise, moyens de conformité individuelle et collective .

¹⁶³ Les grands établissements sanitaires privés reconnus, renommés, réputés. Dans le contexte ivoirien, il en existe des petits, n'ayant souvent pas l'autorisation légale d'exercer et dont la qualité est soins laisse à désirer.

seuls utilisateurs. Toutefois, ce secteur privé, efficace, n'est malheureusement pas accessible à la majorité de la population qui est pauvre. Cette dernière n'ayant pas souvent le choix, quand il s'agit d'accès aux services de santé modernes, doit se contenter des services de santé publics peu appréciés et de qualité souvent médiocre, tout en subissant parfois des dépenses catastrophiques. Il se pose donc un problème d'équité que le marché ne peut résoudre, tandis que l'Etat pourrait œuvrer à s'en rapprocher. Comme illustration à ce qui précède, citons les verbatims suivants mettant en exergue un manque de complémentarités institutionnelles performantes pour le système (CIP) entre MCG (au moins entre « Etat » et « marché »), prenant part au système de santé, au détriment de l'équité sociale :

-MFFE.1¹⁶⁴ : *« Il existe une différence quoique les prestataires de services sont formés dans les même lieux dans les mêmes conditions. Ce sont les mêmes médecins très souvent qui travaillent au public qui sont au privé. En milieu urbain, l'offre de soins des CHU et grands hôpitaux, cliniques (pour ceux qui sont au même niveau) est la même. Par contre dans le public, il y a la sur effectivité, les médecins sont très vite débordés, donc la qualité prend un coup. Au niveau du matériel technique, il y a la vétusté du matériel et appareils tandis que ceux des cliniques sont à la pointe. Les services publics sont débordés par ce genre de problèmes »*

-FNUAP.1¹⁶⁵ : *« Au niveau du secteur public, la conscience professionnelle du personnel est en manque malgré tout le matériel et le personnel ; du fait du manque de motivation, de moyens, mais aussi du manque de contrôle régulier. Or au niveau du privé qui est géré comme une entreprise et où il y a une obligation de chiffre d'affaire, il s'impose un meilleur traitement du personnel. Ce qui entraîne une bonne qualité des soins au privé et qualité de l'offre au public moins bonne ».*

L'analyse par la CI permet non seulement de comprendre l'enchevêtrement des liens entre l'ossature des institutions nationales et les performances observées en termes d'efficacité économique et de justice sociale, mais aussi de proposer un changement de configuration institutionnelle si besoin il y a. En outre, la pertinence de l'analyse de Boyer (2007) pour notre objet d'étude tient également au fait qu'il étudie les CI entre des MCG ; or ces MCG sont tout à fait observables dans le champ de la santé en Côte d'Ivoire.

¹⁶⁴ Acteur du ministère de la femme, de la famille et de l'enfant en Côte d'Ivoire (MFFE) interviewé pendant l'enquête 1 (E1).

¹⁶⁵ Acteur du fonds des nations unies pour la population (FNUAP) interviewé pendant l'enquête 1 (E1).

3.3 Un cadre d'analyse fructueux pour notre analyse systémique et institutionnelle de la santé maternelle en Côte d'Ivoire

Cette conception des CI selon Boyer (2007) est particulièrement intéressante pour la construction de notre cadre d'analyse des DSS maternelle en Côte d'Ivoire. Elle nous permet d'aborder, dans notre analyse, la dimension normative¹⁶⁶ de la CI. La santé étant multi-déterminée, une conjonction des stratégies et actions entreprises dans le secteur de la santé et entre le secteur de la santé et les secteurs de DSS qui l'influencent indirectement conduirait à une meilleure performance du système de santé. Autrement dit, la performance du système de santé serait forcément meilleure, si non seulement ses acteurs et institutions travaillaient conjointement, mais aussi et surtout si ces derniers travaillaient conjointement avec d'autres secteurs qui influencent la santé des individus en concordance avec le principe « health in all policies »¹⁶⁷.

Nous nous inscrivons donc dans cette approche de CI par Boyer (2007) pour les raisons suivantes :

- (i) La pertinence d'une approche distinguant 6 MCG dans une perspective méso-économique qui convient bien à la configuration d'un système de santé.
- (ii) La place du capital social et son intérêt pour les politiques sociales dans son modèle.
- (iii) Son approche normative à la performance ou à l'efficacité de l'hypothèse de CI¹⁶⁸.
- (iv) Son approche assez simplifiée et concrète de la CI davantage favorable à un objectif d'équité dans la santé maternelle et la réduction de la pauvreté dans les PED.
- (v) Sa proposition concrète et généralisable du diagnostic¹⁶⁹ de l'existence de CI entre deux institutions au moyen d'une observation directe ; et surtout (vi) l'idée du rôle important d'une instance politique ou d'un cadre constitutionnel pour faciliter une régulation du système économique (Boyer 2007). Dans la conception des CI de Boyer (2007), le rôle du politique est déterminant dans l'émergence des formes

¹⁶⁶ Notre compréhension de cette approche normative est de dire que lorsque des institutions complémentaires dans un système donné, alors la performance dudit système est meilleure.

¹⁶⁷ Le principe « health in policies » brièvement abordé dans le chapitre 4 est la traduction en politiques publiques de l'approche des DSS.

¹⁶⁸ C'est dire que lorsque deux institutions d'un système sont complémentaires, la performance observée du système est plus importante que leurs performances respectives prises séparément.

¹⁶⁹ Ce diagnostic consiste en une analyse qualitative comparative d'une part qui nous semble bien intéressante pour notre cadre d'analyse et les diagnostics des facteurs limitant la croissance d'autre part.

institutionnelles ainsi que les arrangements pouvant en découler. L'intervention du politique est loin d'être un accident historique ou d'interférence dans le domaine économique. En effet, l'une des limites que nous attribuons aux études institutionnelles reposant sur la théorie des jeux dans tous ses développements est que les domaines pris individuellement sont limités dans leur capacité à dégager des formes de coordination qui peuvent pourtant s'avérer mutuellement profitables. Par conséquent, un espace de délibération est nécessaire afin qu'émergent des institutions économiques (Boyer et Orléan 1992 ; 1994 cités par Boyer 2003).

- (vi) Boyer s'inscrit dans la TR dont les cadres d'analyse ont le mérite de ne pas reposer sur un équilibre hypothétique basé sur la théorie des jeux qui nous paraît difficile à mobiliser, du fait de son domaine d'application se prêtant davantage à des situations simplifiées avec peu d'acteurs de jeu. A contrario, le système de santé est un système complexe avec de multiples acteurs aux pouvoirs différents. Tout en s'éloignant de la théorie des jeux, le cadre et l'analyse de Boyer (2007) facilitent l'étude de ces concepts (institutions, MCG, CI) qui nous intéressent pour l'analyse systémique de la santé maternelle dans les pays pauvres. La TR insiste également sur l'émergence et la construction des institutions sur une longue période de l'histoire. Une fois mises en place, elles ont une durée de vie limitée par l'apparition de crises structurelles.

L'idée de MCG émergeant de façon endogène nous conforte dans notre analyse des arrangements institutionnels et des liens de CI pouvant exister à l'intérieur d'un secteur et entre plusieurs secteurs. L'analyse des liens de CI entre MCG chez Boyer (2007) nous semble pertinente pour analyser, dans notre étude, l'hypothèse selon laquelle les mauvais indicateurs de santé maternelle persistent en Côte d'Ivoire, du fait de faibles complémentarités institutionnelles performantes (CIP).

Son accent mis sur la nécessité d'un mode de régulation, dans le processus d'institutionnalisation, nous sera donc utile dans l'analyse de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Les entretiens de l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2) sur la santé maternelle en Côte d'Ivoire ont permis d'identifier des difficultés issues sans doute d'un manque de CI entre les MCG qui y prennent part, dans le système de santé. Pour illustrer l'existence de faibles CIP dans le système de santé en Côte d'Ivoire, citons le verbatim suivant mettant en jeu les MCG « Etat » et

« hiérarchies privées », les ASC relevant de l'Etat et les PTF ou bailleurs relevant des hiérarchies privées dans le cadre de notre thèse :

- ASC (Z) : « *Quand il n'y a pas d'activités, les ASC sont complètement détachés du district sanitaire et peuvent avoir des moments longs d'inactivité tant qu'un bailleur, organisme international ou ONG n'envoie pas de projets nécessitant leur implication. Au-delà de ces activités, chacun reste dans son coin. Les campagnes de sensibilisation n'existent que si les activités mises en place par les ONG ont lieu. Et il n'y a pas souvent grande chose en termes d'activités que nous menons sur la sensibilisation des femmes enceintes au suivi prénatal et sur les bonnes pratiques pendant et après la grossesse, dans nos communautés.* »

Pour tout ce qui précède, nous portons notre choix sur le cadre des CI de Boyer (2007) que nous mobilisons principalement pour la construction de notre cadre d'analyse (cf chapitre 6) et que nous développons dans le chapitre 8.

Cependant, nous souhaitons ajuster la définition d'une institution donnée par Boyer (2003) à notre étude. Pour Boyer (2003), les organisations ne sont pas des institutions à proprement parler, quand bien même il considère, parmi les cinq formes institutionnelles qu'il identifie, les formes de l'Etat (Boyer ; 2007). D'après sa définition de ce qu'est **une organisation** (cf tableau n°4), l'on pourrait également assimiler **l'Etat à une organisation**. Plus tard, Boyer (2007) considère l'Etat comme l'un des 6 MCG entre lesquels se façonnent des relations de CI.

Si l'on s'en tenait uniquement à cette définition de Boyer (2003), les MCG qu'il a identifiés dans son cadre des CI (2007) ne seraient pas considérés comme des institutions. Selon la définition de Boyer (2003), il semble difficile de définir le ministère de la santé ou l'Etat, les réseaux ou associations, les ONG comme des institutions ou des arrangements institutionnels. Toutefois, nous soutenons que les organisations peuvent porter des procédures immatérielles qui sont des institutions. Quand bien même aucune procédure immatérielle ne peut se résumer en une organisation, nous soutenons qu'une organisation peut cristalliser certaines grandes caractéristiques d'une procédure immatérielle et donc l'incarner en grande partie, tout en n'étant pas complètement cette procédure. C'est à l'image du système de valeurs qui transcende l'organisation ; certaines sont plus proches de tels systèmes de valeurs tandis d'autres sont plus proches d'un autre. Nous pouvons considérer les acteurs à la tête de ces organisations comme ceux qui contribuent à activer ladite procédure. Ce qui précède nous conforte dans la considération des organisations comme des formes institutionnelles. D'après Aoki (2001),

certaines économistes de la NEI assimilent les institutions à de grandes formes institutionnelles en les identifiant à des joueurs spécifiques tels que les administrations, le corps législatif, les tribunaux, les universités, les entreprises industrielles, les associations professionnelles, etc. (Nelson 1994) P 57. C'est donc une conception que nous souhaitons également mobiliser, dans l'adaptation du cadre de Boyer (2007) au contexte de notre étude.

Section 4 : La complémentarité institutionnelle selon Amable et Palombarini (2009)

4.1 Deux types de complémentarités institutionnelles à considérer

Dans leur analyse de l'impact des institutions sur le règlement des conflits sociaux, Amable et Palombarini (2009) étudient deux concepts à savoir la complémentarité institutionnelle (**CI**) et la **hiérarchie des institutions** (Amable, 2005 ; Chapitre 2). **La CI**, tout comme la hiérarchie, sont étudiées **selon divers angles de vue**¹⁷⁰. Nous développons, dans cette section, leurs analyses relatives à la CI. Selon que l'on se trouve au niveau des groupes sociaux ou au niveau des acteurs politiques (stratégie politique), la CI est vue différemment, tout en sachant que de part et d'autre persistent divers conflits d'intérêt.

Du point de vue **des groupes sociaux, deux institutions sont complémentaires lorsque leur coexistence concourt à davantage protéger les intérêts spécifiques aux groupes** (Amable et Palombarini 2009).

Tandis que du point de vue **d'une stratégie politique, deux institutions sont complémentaires lorsqu'elles permettent un élargissement de l'espace de médiation politique entre les groupes susceptibles de former le bloc social dominant** (Amable et Palombarini 2009). Les stratégies des acteurs politiques, dans la poursuite de leurs propres objectifs, les conduisent à favoriser les combinaisons de politiques et institutions permettant de satisfaire leurs intérêts (c'est dire la stabilité d'un équilibre politique et d'un bloc social dominant). **C'est dire que les institutions majoritairement créées et validées par les acteurs politiques en tant que règles pour régler les conflits sociaux sont également en réalité un instrument au service de ces mêmes acteurs politiques.** Ainsi, les acteurs politiques œuvreront à combiner des institutions qui satisfont leur objectif d'équilibre politique correspondant également à la formation d'un bloc ou compromis social dominant. Deux

¹⁷⁰ C'est-à-dire selon que l'on se trouve au niveau des groupes sociaux ou selon que l'on se trouve au niveau du politique (Amable et Palombarini (2009, p 134).

institutions agissant ainsi pour la stabilité du compromis sociopolitique seront dites complémentaires, du point de vue d'une stratégie politique.

Bien que s'inscrivant également dans la TR, Amable et Palombarini (2009) ont une vision beaucoup moins normative que Boyer (2007) de la CI tout comme de la forme institutionnelle liée à la « bonne performance économique ». Ils reprochent à certains travaux de l'économie politique de commettre la même erreur de « fonctionnalisme économique » que l'économie standard¹⁷¹. Selon eux, il est important de rompre définitivement avec ce fonctionnalisme économique dont a usé et abusé l'économie *mainstream*. Ils trouvent fonctionnaliste le fait d'analyser « l'émergence des institutions en référence directe à la fonction que les institutions exercent en tant que règles du jeu social ». C'est faire preuve de normativité, selon les auteurs. Ils considèrent que **la notion de CI pourrait permettre de décrire un système d'institutions où se crée une certaine cohérence sans que ce soient forcément des performances qui sont considérées comme « bonnes »**. Ce sont plutôt des performances qui sont utiles pour les acteurs sociopolitiques présents ou dominants et qui les conduisent à continuer d'adhérer au système en vigueur sans que celui-ci soit conforme à l'intérêt général ou au bien-être commun.

4.2 Intérêt de l'approche néoréaliste d'Amable et Palombarini (2009)

La conception de la CI par Amable et Palombarini (2009) nous interroge sur certains points. En référence à leur définition de la CI du point de vue d'une stratégie politique, deux institutions peuvent être complémentaires à la fois du point de vue de la stratégie politique et de celui de groupes faisant partie du bloc social dominant. Si une telle situation prévaut, nous soutenons que ces institutions complémentaires et avantageuses pour des acteurs politiques et certains groupes sociaux peuvent s'avérer inopportunes pour d'autres groupes sociaux, les « dominés », selon toute vraisemblance. Cette situation peut s'installer dans le long terme. C'est d'ailleurs ce qui se passe dans les PED. Lorsqu'une telle situation prévaut dans un champ constituant un droit humain pour tous, à savoir la santé, il peut alors se poser un problème d'équité sociale.

Par exemple, si l'on se réfère aux données d'entretien dans les chapitres précédents et les verbatims mobilisés dans la section 3 de ce chapitre 5, il est possible de dire qu'en Côte d'Ivoire,

¹⁷¹ Amable et Palombarini (2009) prennent leur distance avec des travaux en économie politique, qui selon eux, restent encore attachés à l'idée d'efficacité et de performance des institutions et des politiques publiques. Selon Amable et Palombarini (2009), ces travaux en économie politique seraient à la recherche d'une évaluation de la performance et d'un intérêt à l'efficacité de la puissance publique. Tandis que pour Amable et Palombarini, ce serait un objectif sans fin, du fait de la situation qui plus complexe en réalité.

il existe des liens de CI dans le système de santé en faveur des familles (aisées ou favorisées) plus ou moins éduquées et constituées d'au moins un parent salarié. Pourtant, la plupart des pays d'Afrique subsaharienne sont des pays à dominante rurale, où l'emploi salarié est minoritaire, l'emploi informel majoritaire et dont le quotidien des populations était principalement consacré aux pratiques médicales traditionnelles (Boidin et Guennif, 2018).

En Côte d'Ivoire, on remarque un système assez cohérent d'assurances privées et d'établissements sanitaires privés en direction des classes moyennes, supérieures ou riches, qui représentent en réalité la minorité. Ces dernières ont un accès facilité à un système de santé libéral privé qui fonctionne plutôt bien (Navarro, 2009) avec en plus des contrats collectifs d'entreprise qui permettent aux compagnies d'assurance une certaine sécurité, étant donné la solvabilité des assurés et le paiement sécurisé. Parallèlement à ce système privé, la médecine publique sert d'assistance publique et écrème ceux que la médecine libérale et l'assurance privée ne peuvent pas assurer (ou ne veulent pas car ce n'est pas rentable pour eux).

Le secteur privé de la santé y semble peu régulé par l'Etat. Ce qui entretient ces inégalités au détriment des populations pauvres. Les verbatims insérés dans les chapitres 1, 2 et 3 confortent cette analyse. Et puisque la médecine publique écrème partiellement ou la quasi-totalité du reste de la population, cela permet de ne pas soulever la question de la légitimité de l'assurance privée ou du secteur privé de la santé faiblement régulé par l'Etat. Avec des stratégies politiques en faveur des plus vulnérables ayant conduit à la mise en place d'une politique de gratuité ciblée en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans ou de réformes telles que la CMU, il semble s'être formé un équilibre politique correspondant à un compromis social dans le champ de la santé : (i) une santé privée pour les riches et (ii) une santé publique s'accrochant à une CMU encore largement à construire pour les pauvres.

Cependant, les taux élevés de mortalité maternelle et les mauvaises conditions d'accès aux soins de santé maternelle et de santé, en général, en disent long sur l'existence d'un compromis social inéquitable au détriment des plus pauvres et/ou des moins éduqués. Et pour ces derniers, il est difficile de faire entendre leurs voix et de stimuler une véritable crise qui puisse favoriser un changement institutionnel. De sorte que l'équilibre politique, tout comme les CID dans le système, n'existent qu'en faveur des politiques et des groupes sociaux dominants (les plus riches et les plus éduqués), et ce, au détriment des plus pauvres (qui restent dominés).

Malheureusement, l'absence d'une classe moyenne forte dans les économies en développement entretient ces inégalités sociales intra et inter-générationnelles qui sont creusées au fil du temps.

Pour Amable et Palombarini (2009), contrairement à Boyer (2006 ; 2007), la CI ne serait pas forcément gage d'efficacité (cf encadré n°26). C'est un cadre qui permet de parler de (nécessité de) cohérence du système quel que soit le résultat. Leur conception de la CI réside dans l'existence d'un système qui fonctionne de sorte que ses éléments fonctionnent ensemble, soient cohérents, dans leur capacité à maintenir globalement le système et qui aboutissent à un résultat qui n'est pas forcément le résultat attendu pour l'intérêt général.

Bien que mobilisant des cadres théoriques différents, Amable et Palombarini (2009) ont une conception des CI similaire à celle d'Aoki (2001) dans leur rapport à la performance. Par exemple si l'on considère le système de santé français, est ce que la solvabilité des assurances complémentaires et compagnies d'assurance est l'objectif du système ? Non. Est-ce que cette nouvelle distribution fournit de meilleurs résultats de santé ? Non¹⁷². Mais en tout cas, il est fourni un système qui est quand même cohérent, dans sa capacité à mettre en œuvre une privatisation du financement des soins¹⁷³.

Encadré n°26 : Amable et Palombarini (2009), dans leur critique de la « varieties of capitalism » considérant l'existence de CI dans un système comme gage de performance

Selon ces auteurs, il persiste de la normativité dans l'étude des institutions et des liens pouvant exister entre elles, dans les conceptions de leurs prédécesseurs, principalement de l'économie politique. Ce qu'ils trouvent fonctionnaliste. Dans sa manière d'approcher la CI en termes de meilleure performance du système global, l'approche de Boyer (2007) n'est pas fausse. C'est le point de départ de cette théorie. Mais, ce que disent Amable et Palombarini (2009), c'est que la notion d'efficacité globale est un bien qui partagé entre des individus pour leurs intérêts. En fait, ce sont des groupes socio-politiques qui se disputent la définition du bien commun, la définition de ce qu'est une bonne et une mauvaise performance. Et il faut regarder comment le système en termes de CI réussit à être stable. Il faut également regarder comment en termes d'équilibre politique, la CI en place arrive à satisfaire les groupes qui l'ont soutenue, qui en

¹⁷² Rapport (2021) sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (Ministère de la santé et de la prévention en France, 2021).

¹⁷³ Rapports (2021 ; 2022) sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (Ministère de la santé et de la prévention en France, 2021 ; 2022).

profitent et qui continuent d'avoir le pouvoir de dicter et d'imposer l'édiction de ce qui est bon et ce qui est mauvais. C'est un autre niveau d'analyse pour les perspectives.

Ainsi, des éléments d'un système peuvent être très complémentaires mais très complémentaires pour produire des résultats qui ne sont pas forcément performants en termes d'équité. Tout dépend également de l'objectif visé (efficacité, équité, etc.) dans nos analyses.

Conclusion du chapitre 5

Lorsqu'il y a une complémentarité entre institutions de domaines différents, il peut s'en suivre une efficacité du système formé par ces domaines. Cependant, cette efficacité si elle ne concerne qu'une partie de la population, peut finalement poser un problème d'équité sociale. Cette revue des différents cadres de complémentarités institutionnelles (CI) nous permet de constater la pertinence de l'approche de la régulation, dans son ensemble, notamment le cadre de Boyer (2007) qui nous paraît le plus pratique d'application.

Dans notre étude, ce qui nous intéresse, c'est effectivement le cadre des CI qui sera le plus opératoire afin d'examiner l'hypothèse selon laquelle les mauvais indicateurs de santé maternelle en Côte d'Ivoire sont liés à une faible complémentarité (un manque de CIP) entre les institutions intervenant dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Nous assumons que ce manque de CIP est souvent en lien avec une faible prise en compte des DSS dans le système. Notre étude serait donc guidée par la recherche de complémentarités institutionnelles performantes (CIP) pour le système de santé dans son ensemble. Ainsi, dans le chapitre 6, nous approfondissons la façon dont nous mobilisons l'approche de Boyer (2007). Nous complétons également ce cadre par une perspective néoréaliste inspirée d'Amable et Palombarini (2009).

CHAPITRE 6 : NOS CHOIX EN TERMES DE COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES POUR UNE APPLICATION A LA SANTE MATERNELLE EN COTE D'IVOIRE

Introduction du chapitre 6

Ce chapitre propose une application des complémentarités institutionnelles (CI) à la santé maternelle en Côte d'Ivoire, en tenant compte des réalités contextuelles. Ce chapitre met en évidence, à travers :

La **première section**, les caractéristiques de la santé comme un domaine d'analyse des institutions et des CI.

La **seconde section**, notre conception des institutions appliquée au terrain des systèmes de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire.

La **troisième section**, un approfondissement de notre proposition d'un cadre hybride des CI pour une analyse de la santé maternelle, dans les pays d'Afrique subsaharienne, particulièrement en Côte d'Ivoire.

Section 1 : Spécificités de la santé comme domaine d'analyse des complémentarités institutionnelles

Cette section a pour but de montrer l'intérêt de notre analyse des complémentarités institutionnelles (CI) à l'échelle d'un domaine de l'économie : la santé. En effet, l'un des défis de notre thèse sera de considérer le cadre des CI à un niveau d'analyse quelque peu différent de celui des auteurs qui l'ont développé dans leurs travaux et analyses. Ainsi, nous présentons la possibilité d'une application à plusieurs échelles de la grille en termes de CI (1.1), puis la santé comme objet de CI et en interaction avec d'autres domaines (1.2).

1.1 Une application multi-échelles de la grille en termes de complémentarités institutionnelles

Les études y ayant accordé un point d'honneur et auxquelles nous nous sommes référés (Aoki, 2001 ; Boyer, 2006, 2007 ; Amable, 2005 ; Amable et Palombarini, 2009) abordent les institutions ainsi que le concept de CI selon de grandes échelles, à savoir de grands systèmes macroéconomiques. Toutefois, nous soutenons que la TR peut être mobilisée à différentes échelles et dans divers contextes. Plusieurs études précédant la nôtre l'ont mobilisée en Afrique subsaharienne à secteurs et niveaux d'analyse différents. Girard et al (2022) mobilisent la TR et la complémentarité entre des formes institutionnelles¹⁷⁴ pour décrire l'évolution structurelle relative au rapport salarial d'activité qui a lieu en milieu rural africain. Ils établissent une différence entre **le rapport salarial**¹⁷⁵ et **le rapport social d'activité qui est plus adapté en milieu rural africain caractérisé par une économie solidaire (Girard et al., 2022)**. Ils démontrent ainsi que le revenu des paysans dépend de leur contexte, de leurs réalités, de leur place dans la fratrie, de leur niveau de solidarité familiale, tout en précisant que ce rapport social d'activité est en train de changer¹⁷⁶ (Girard et al., 2022).

Pour la construction de notre cadre d'analyse dans cette étude, nous mobilisons principalement Boyer (2007), qui, en intégrant la lutte contre la pauvreté à son étude des CI, lui attribue également un caractère sectoriel. D'ailleurs, notre préférence pour le cadre de Boyer (2007) réside non seulement dans les avantages que présente son analyse d'une hypothèse de CI

¹⁷⁴ Cf 5 formes institutionnelles de Boyer (2003).

¹⁷⁵ Une théorie, valable dans les pays développés admettant que le salaire est souvent lié à l'activité. Tandis que la TR peut être mobilisée pour comprendre que c'est plutôt le rapport social d'activité qui prévaut en Afrique, le revenu étant dépendant de facteurs autres et variés tels que leur contexte, de leurs réalités, de leur place dans la fratrie, le niveau de solidarité familiale.

¹⁷⁶ C'est-à-dire qu'en milieu rural, les jeunes s'éduquent davantage, se forment et souvent vont devenir salariés d'une entreprise étrangère...et refusent désormais d'être dans cette économie solidaire. Ils soutiennent que de plus en plus, il y a donc un changement structurel.

entre 6 mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG¹⁷⁷), mais aussi dans l'analyse que Boyer (2015) fait de la santé comme levier central des politiques de développement. Il y mobilise la notion de complémentarité d'une autre façon. En effet, sans traiter exactement d'institutions et de CI en dehors de systèmes capitalistes, Boyer (2015) présente cependant l'intérêt d'analyser les complémentarités entre les domaines que sont la santé, l'éducation et la culture qui sont des domaines essentiels à soutenir pour un meilleur développement. Selon lui, ce modèle de développement qu'il qualifie d'approche anthropogénétique¹⁷⁸ doit désormais constituer le socle des politiques de développement. D'une certaine façon, l'article de Boyer (2015) parle bien de complémentarité, mais pas de CI telle que Boyer (2007) la définit entre six MCG. Cette approche nous semble pertinente à mobiliser dans notre cadre d'analyse des CI. Cependant, nous ne la mobilisons pas en tant qu'approche de CI, mais plutôt en tant qu'approche anthropogénétique qui souligne des articulations entre des institutions. Il ne s'agit pas exactement des mêmes questions. Il y a des points d'intersection entre ces deux articles, cependant il ne s'agit pas pour Boyer de la même analyse.

En somme, notre étude présentera deux grandes caractéristiques. La première concerne l'objet de notre étude qui diffère de ceux de nos auteurs de référence. La seconde concerne l'approche multi-échelles de la grille en termes de CI.

En ce qui concerne la première caractéristique, nous sommes à la recherche d'un objectif ciblé de santé publique, la santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire. Tandis que les études pionnières sont plus économiques, soit macroéconomiques (Boyer, 2007 ; Amable et Palombarini, 2009), soit ancrées dans les stratégies du secteur marchand ou industriel (Aoki, 2001).

La seconde caractéristique est l'approche d'emblée multi-échelles que nous privilégions dans notre étude, avec des acteurs nationaux, internationaux ou globaux, des acteurs du secteur de la santé (subdivisée elle-même en sous-secteurs) et d'autres secteurs qui l'influencent. Notre niveau d'analyse multi-échelles s'inscrit donc dans une perspective trans-sectorielle, à la fois

¹⁷⁷ Ces 6 MCG sont : Etat, communautés, associations, hiérarchies privées, marchés.

¹⁷⁸ Au-delà de cet aspect, la santé notamment dans les pays développés est en train de conquérir une attention supplémentaire dans les sociétés capitalistes. En effet, la quête de nouveaux marchés par le capitalisme le conduit à s'étendre vers des domaines ne s'inscrivant pas spontanément dans sa logique (Batifoulier et Domin 2015). Selon Batifoulier : « la santé est au nouveau capitalisme ce que l'automobile était à l'ancien ». C'est un nouveau régime qui se met en place et qui vise la reproduction de l'homme par le travail humain (Boyer 2015). Régime que Boyer propose de ce fait de baptiser de modèle « anthropogénétique ». Cette nouvelle attention portée au secteur de la santé dans certains pays développés provient de la croissance de ses coûts pesant sur les déficits des comptes publics. Tout ce qui précède montre bien l'intérêt que représente la santé pour toute économie, notamment dans le contexte des PED.

nationale et internationale. La perspective trans-sectorielle relève du fait que nous nous positionnons dans un examen des CI à l'intérieur du domaine de la santé au sens large. Autrement dit, il s'agit d'étudier les CI, non seulement à l'intérieur du système de santé maternelle de la Côte d'Ivoire, mais aussi en lien avec d'autres secteurs que le système de santé, influençant fortement le secteur de la santé (approche des DSS et de la stratégie HIAP)¹⁷⁹. Notre perspective d'analyse se veut également internationale, parce que la santé relève non seulement d'acteurs nationaux mais aussi d'acteurs internationaux. Le domaine de la santé en Côte d'Ivoire, et plus généralement dans les pays d'Afrique subsaharienne et autres PED, est particulièrement multi-échelles et multi-acteurs compte tenu du poids des acteurs internationaux dans les programmes et dans les orientations

Non seulement le secteur de la santé dans les pays d'Afrique subsaharienne voit intervenir des acteurs globaux, mais aussi plusieurs pratiques et programmes adoptés dans les pays riches ont été importés et reproduits dans les territoires de bon nombre de pays du Sud. Par ailleurs, ces systèmes de santé sont fortement financés de l'extérieur. A cet effet, certains acteurs internationaux deviennent des éléments¹⁸⁰ importants du système de santé de ces pays. Ils prennent tout de même part aux interactions en termes de financement, orientation, formulation, mise en œuvre des différentes politiques de santé, à l'instar des Etats Unis à travers l'USAID¹⁸¹, l'un des grands PTF de la Côte d'Ivoire et bien d'autres PED.

Nous nommons « institutions internes au système de santé local » ou « INSTINT », les institutions qui émergent directement du système de santé à l'échelle nationale. Et nous appelons « institutions externes nationales et internationales » ou « INSTEX », celles issues des interactions entre acteurs du système de santé considéré et acteurs d'autres domaines, tant au niveau national qu'international. Nous y reviendrons dans la partie présentant notre définition des institutions.

1.2 Positionnement de la santé comme objet de CI : un « domaine » en interaction avec d'autres « domaines »

Dans cette section, nous précisons la façon dont nous mobilisons la notion de « domaine » pour l'appliquer à la santé afin d'aboutir à une analyse adaptée des CI à la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Non seulement Amable et Palombarini (2009) s'insèrent dans une approche de

¹⁷⁹ Se référer au chapitre 4. HiAP est l'initiative politico-publique de l'acceptation des déterminants sociaux de la santé. C'est un paradigme de politiques de santé qui tire les enseignements du fait que la santé est multi déterminée par des causes structurelles ou des déterminants sociaux.

¹⁸⁰ Cas des bailleurs de fonds.

¹⁸¹ Agence des Etats-Unis pour le développement international.

politique économique qui s'avère intéressante pour notre étude, mais ils proposent également une théorie du changement institutionnel qui est applicable à tous les domaines de l'économie (Amable et Palombarini, 2009). Ce qui sous-entend que les institutions et les possibles analyses afférentes ne concernent pas seulement les grands systèmes économiques (e.g. capitalisme).

Lamarche T. (2021) applique la TR à une échelle méso qui est également la nôtre (système de santé). Dans son article, Lamarche montre effectivement que les concepts de la TR permettent de fonder une analyse méso-économique. D'ores et déjà, nous pouvons affirmer que la santé constitue un domaine d'étude de l'économie en interaction avec d'autres domaines de l'économie.

Par ailleurs, de récentes études sur la CI appliquée au système de santé ont précédé la nôtre. Entre autres, nous pouvons citer celle de Helderman et Stiller (2014), qui étudie la complémentarité dans des systèmes de réformes d'assurance maladie néerlandais et allemand. Cette étude s'inscrit dans la littérature sur les récentes théories du changement institutionnel, en se concentrant sur les changements institutionnels systémiques par le biais de modèles séquentiels de changement. Helderman et Stiller (2014) soutient que, sous certaines conditions, les acteurs politiques réformateurs peuvent mettre en œuvre des réformes systémiques par le biais d'une séquence de réformes progressives. Ils montrent, à partir des systèmes d'assurance maladie bismarckiens allemand et néerlandais que cela est possible si le changement institutionnel est anticipé par les acteurs réformateurs et si des stratifications et transformations sont entreprises au fil du temps pour ouvrir la voie par rapport à un changement institutionnel.

Nous considérons qu'à l'intérieur du système de santé (au sens large) et étant donné des interactions dynamiques s'y déroulant, émergent plusieurs institutions qui entretiennent, entre elles, des relations stratégiques et interdépendantes. Nous supposons que ces interactions stratégiques et interdépendantes se font non seulement à travers les institutions de sous-secteurs de la santé au sens strict, mais aussi entre ces dernières et les institutions issues de secteurs extérieurs à la santé mais l'influençant. En d'autres termes, l'étude des CI peut être à la fois faite entre différentes institutions de différents domaines (entre la santé et d'autres domaines), mais aussi entre les institutions d'un même domaine (les interactions institutionnelles au sein de la santé).

Les données des autres domaines constituent pour le domaine étudié son environnement institutionnel et des paramètres pour le secteur étudié (Aoki, 2001). Ce qui se passe dans les autres domaines influence indirectement les stratégies, les interactions, la situation et le bien-être

des acteurs du domaine considéré, à savoir la santé dans notre étude. Ce qui se passe également au niveau d'un sous-domaine de la santé peut influencer les institutions des autres sous-domaines de la santé.

Ces interactions stratégiques et interdépendantes peuvent, en fonction des choix opérés, aboutir à de meilleures ou de mauvaises performances. Cette hypothèse est vérifiée par l'approche des DSS en découlant (Marmot, 2005 ; 2015 ; World health Organization, 2008c ; Dahlgren et Whitehead, 1991 ; Bambra et *al.*, 2009) et celle relative à la « health in all policies » ou HiAP (Sihto et *al.*, 2006 ; Baum et *al.*, 2014 ; Leppo et *al.*, 2013 ; O'Laughlin 2016). Cette approche des DSS (cf dans le chapitre 4) va de pair avec la stratégie HiAP (cf chapitre 4) qui est un paradigme de politiques de santé qui tire les enseignements du fait que la santé est multidéterminée par des causes structurelles longtemps négligées et pourtant faisant partie des DSS.

Pour améliorer la santé, il convient donc d'agir conjointement sur les facteurs directs et sur ces facteurs indirects. Notre étude dans cette thèse concerne le système de santé (maternelle) en Côte d'Ivoire que nous considérons comme un ensemble solide d'institutions entretenant entre elles des arrangements globaux pouvant être inefficaces et/ou inéquitables malgré des tentatives de remédier aux inefficiences constatées qui ont souvent été conduites de manière fragmentaire ou fractionnée. Ces institutions du système de santé en Côte d'Ivoire entretiennent des relations avec des institutions d'autres domaines (santé, éducation, emploi, transport, environnement, agriculture, etc.). Il faudrait en tenir compte dans la mise en place de politiques et de programmes de santé, qui en dépit des discours sur la nécessité d'une approche holistique, peinent à l'appliquer.

Les échecs successifs des politiques sectorielles (exclusivement par les acteurs de la santé) en disent long sur la nécessité et l'urgence de prendre désormais en compte la santé dans toutes les politiques (Boidin, 2018a) et dans tous les autres secteurs agissant sur la santé. Ces liens « synchroniques et diachroniques » (Aoki, 2001) entre d'une part, cet environnement institutionnel du système de santé et le système de santé et d'autre part, entre les institutions émergeant à l'intérieur du système de santé permettront de faire une entrée en matière dans l'analyse des DSS (voire de politiques intégrées ou HiAP) qui serait intimement liée à l'analyse des CI. C'est pourquoi nous entreprenons d'étudier la CI, non seulement entre les différentes institutions composant le système de santé maternelle, mais aussi entre le système de santé

maternelle en Côte d'Ivoire et son environnement institutionnel (tant au niveau national qu'international).

Section 2 : Notre conception des institutions appliquée à notre terrain

Face à la diversité de conceptions des institutions principalement issues de la TR, nous construisons la nôtre, à partir des caractéristiques de notre terrain. Nous conservons la conception des institutions telle que définie par Boyer (2003 ; 2007) et l'élargissons à la conception des institutions en tant que règles sociales et acteurs du jeu¹⁸². Pour rappel, nous nous inscrivons dans une approche d'économie politique du développement appliquée à la santé (Boidin 2018b; Batifoulier et Domin 2015). Dans le contexte des pays d'Afrique subsaharienne dont les systèmes de santé sont soumis à de plus fortes contraintes, les individus ont une rationalité procédurale et limitée dont nous tenons compte dans notre cadre. Nous développons, dans cette section, notre définition (2.1) et notre typologie (2.2) des institutions.

2.1 Notre définition des institutions

Notre cadre, inspiré de Boyer (2003 ; 2006 ; 2007) se propose de retenir une définition plus large des institutions et prend en compte la perspective néoréaliste d'Amable et Palombarini (2009). Nous définissons **les institutions comme des mécanismes de coordination, des procédures immatérielles (Aoki, 2001, Boyer, 2006) ou encore des règles socialement déterminées sur le long terme permettant de structurer les interactions entre les individus et les organisations et qui ont un caractère obligatoire.**

Dans notre conception, **les organisations ou acteurs responsables de la mise en place d'institutions peuvent être assimilés à ces institutions** (Voir la sous-section 2.2 notre typologie d'institutions). Nous insistons sur **la place du politique et d'un mode de régulation dans l'émergence des institutions**, tel que souligné par Boyer (2007) et Amable et Palombarini (2009). Nous empruntons **les 6 mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) développés par Boyer (2007) que nous assimilons à des institutions**, pour construire plus loin notre cadre des CI. Nous admettons que les institutions contraignent la façon dont les individus agissent.

En plus de notre approche inspirée de Boyer (2007), dans la construction de notre cadre d'analyse, nous empruntons la perspective néoréaliste d'Amable et Palombarini (2009) dont nous

¹⁸² Le jeu dans notre analyse est compris comme le scénario mis en place par les différentes interactions dynamiques dans un système.

présentons l'intérêt pour notre étude dans la section 3 de ce chapitre 6. Dans la partie 4, nous tentons d'analyser le mode de régulation (Boyer, 2003) de la santé maternelle en Côte d'Ivoire en étudiant les différents MCG prenant part au système de santé ivoirien ainsi que les liens de complémentarités institutionnelles (CI) entre eux (Partie 4).

2.2 Notre typologie des institutions

Les institutions, quelle qu'en soit la forme, sont entendues comme la codification de rapports sociaux¹⁸³ (Boyer, 2003) et de croyances plus ou moins partagées (Aoki ; 2001). Ainsi, elles revêtent un intérêt universel pour les acteurs du domaine ou du secteur d'où elles émergent (secteur de la santé, secteur de l'éducation, etc.). En effet, à travers l'institution, les acteurs du système considéré perçoivent une compréhension commune, une cognition partagée de la façon dont l'institution s'applique. L'on comprend ainsi la difficulté de parler d'institution si seulement une partie des agents du domaine la considèrent au moment de sa détermination tandis qu'une autre partie l'ignore.

Nous concevons 3 types d'institutions qui sont : les procédures/règles (2.2.1), les acteurs du jeu (2.2.2) et les mécanismes de coordination institutionnelle et gouvernementale (2.2.3).

2.2.1 Notre conception des institutions en termes de procédures/règles

La règle serait comme l'entend Boyer (2003), une procédure immatérielle permettant de structurer les interactions entre les organisations et les individus. Dans cette catégorie d'institutions, l'on distingue les règles formelles et les règles informelles. C'est une distinction majeure à considérer, essentiellement dans le système de santé. Les règles formelles sont souvent issues de la constitution ou d'une réglementation (Aoki, 2001). Ces règles formelles sont discutées et déterminées sur le « marché politique » (North, 1990) qui lui-même est régi par des règles politiques. Il existe des règles qui prévalent dans le secteur de la santé et qui varient en fonction de l'espace (pays, continent, etc.) considéré. Ces règles formelles sont en principe fixées progressivement en fonction des objectifs nationaux ou des normes internationales de santé (OMD, ODD, etc.), des urgences sanitaires ou des problèmes de santé (qui apparaissent et/ou qui se compliquent).

Ces règles peuvent être propres au cadre national tout comme elles peuvent être étendues à d'autres pays. Il peut s'agir de politiques nationales de santé, de politiques internationales issues

¹⁸³ Une institution est la codification des rapports sociaux considérés comme fondamentaux pour comprendre l'évolution de la société (Boyer, 2003). Boyer identifie 5 formes institutionnelles fondamentales qu'il retient en accord avec la TR.

de consensus entre des Etats membres d'une même communauté (cas de la déclaration d'Abuja en 2001 à l'issue de laquelle les Etats signataires s'engagent à affecter 15% de leurs budgets nationaux à la santé publique d'ici à 2015, etc.). Ces politiques finissent, dans le long terme, par s'institutionnaliser (du fait de leur compréhension commune et de leur cognition partagée) et devenir formelles, quand bien même dans notre contexte d'étude, elles peuvent tarder à être mises en place (cas de la déclaration d'Abuja difficilement appliquée dans bon nombre de pays signataires).

Dans le contexte des pays d'Afrique subsaharienne, ces règles peuvent être importées de l'extérieur sans qu'en soit vérifiée la faisabilité compte tenu du contexte. Ces règles importées peuvent être orientées ou dictées par des acteurs internationaux (bailleurs de fonds par exemple) qui contribuent fortement à leur mise en place. Il arrive donc que ces politiques/règles importées¹⁸⁴ se heurtent à des règles sociales locales (normes, coutumes, codes moraux et valeurs sociales, communautaires) dont l'immobilisme et la faible cohérence avec les règles importées compliquent l'appropriation des dernières par les populations locales.

Ces politiques/institutions sensées guider les actions de populations ont finalement du mal à être considérées par ces dernières comme une valeur partagée. North (1990) souligne qu'il peut exister une difficulté à importer des règles formelles du fait de l'inertie que valent les règles informelles (coutumes, valeurs sociales ou codes moraux) et donc la difficulté à les modifier. En effet, ces dernières peuvent parfois constituer, de par leur tradition ancestrale et communément acceptée (en fonction de chaque contexte ou espace), un frein à la mise en place d'autres institutions de surcroît venant d'ailleurs. Les tensions entre règles informelles et règles formelles peuvent par exemple intervenir dans les arrangements institutionnels entre les MCG « communautés », « hiérarchies privées », « Etat », « associations » et d'autres MCG.

Dans le système de santé en Côte d'Ivoire, il semblerait que les individus se conforment à des règles (institutionnalisées) dont ils partagent peu les valeurs, soit parce qu'ils n'ont pas été associés lors de leur mise en place, soit parce qu'ils ne les comprennent pas, soit parce qu'elles seraient importées (voir partie 1) et souvent en conflit avec des valeurs locales. Cette tension existe par exemple dans la santé maternelle entre le recours régulier aux CPN à entre 4 à 8 CPN¹⁸⁵ (qui peut être considéré comme une règle formelle importée) et des règles informelles locales

¹⁸⁴ (North 1990) quand il aborde la tension entre règles formelles et informelles issues de l'inertie des règles informelles.

¹⁸⁵ Norme OMS dans le cadre de la santé maternelle.

(recourir à la médecine traditionnelle, cacher le plus longtemps possible son état de grossesse pour se protéger du mauvais œil, etc.).

- **Une distinction entre règles formelles et informelles par Amable et Palombarini (2009) : Des sanctions formelles et des sanctions informelles**

Nous marquons à ce stade un pas sur la distinction analytique que font Amable et Palombarini (2009) entre les règles formelles et informelles, dans leur perspective néoréaliste. **La perspective néoréaliste** insiste sur le rôle des institutions consistant à montrer la limite entre les stratégies socialement acceptées et celles socialement condamnées (Amable et Palombarini, 2009). Selon eux, c'est l'existence de sanctions qui donne aux règles ou institutions formelles, leur caractère obligatoire, afin de les faire respecter par les individus. Ils soutiennent donc que les règles informelles sont caractérisées par une absence de sanctions du fait de leur caractère facultatif.

Selon cette approche de distinction par la sanction, dans quelle catégorie d'institution situer la relation patient-médecin ? Est-ce une règle informelle ? Nous n'abordons pas la question de la distinction entre règles formelles et règles informelles exactement dans ce sens. Cependant, nous pouvons concevoir qu'il existe, dans le système de santé, des règles formelles et des règles informelles. Nous admettons ainsi que pour faire respecter les règles formelles, l'existence de sanctions formelles peut être nécessaire. Par ailleurs, nous admettons également la possibilité de sanctions informelles en cas de non-respect des règles informelles. Les systèmes de règles-sanctions, qu'ils soient formels ou informels, doivent néanmoins être acceptés par les groupes sociaux d'où ils émergent. Ces sanctions informelles peuvent être le mauvais regard social¹⁸⁶, une mauvaise réputation au sein de la famille voire de la communauté, un mauvais état de santé, etc.

La santé étant un besoin physiologique, les individus n'hésiteraient pas à se conformer aux règles formelles nécessaires à l'acquiescer ou la satisfaire, s'ils en ont une bonne compréhension. Ainsi, dans le contexte des pays subsahariens, le non-respect des règles par les individus conduisant à leur mauvais état de santé et de mauvais indicateurs de santé, peut être compris comme une absence d'information, de moyens socio-économiques (conditions de vie, niveau d'éducation, moyen de déplacement, etc.) ou même un blocage culturel.

¹⁸⁶ Ce mauvais regard social peut exister par exemple, du fait qu'appartenant et résidant dans une communauté avec des coutumes bien définies, l'on pose des actions qui s'écartent de ces coutumes. Quand bien même ces actions peuvent en réalité être pertinentes ou bénéfiques pour notre bien-être. Dans certaines communautés où il est important de cacher sa grossesse le plus longtemps possible, « exposer » sa grossesse dès les premières semaines en recourant aux CPN peut être mal vu dans ladite communauté.

2.2.2 Notre conception des institutions en termes d'acteurs responsables de la mise en œuvre des règles, mécanismes et politiques

Nous souhaitons ajuster la conception des institutions par Boyer (2003) à notre étude, comme précisé dans la section 3 du chapitre 5. Pour rappel, Boyer (2003) ne considère pas les organisations comme des institutions. Nous soutenons que des acteurs ou organisations peuvent porter des procédures immatérielles et, par ricochet, être considérés comme des institutions. Quand bien même aucune procédure immatérielle ne peut se résumer à une organisation ou un acteur, nous soutenons qu'une organisation ou un acteur peut cristalliser certaines grandes caractéristiques d'une procédure immatérielle et donc l'incarner en grande partie, tout en n'étant pas complètement cette procédure. Ainsi, dans le système de santé, nous retenons la conception d'institutions pouvant être assimilées à des acteurs du jeu (Nelson, 1957 cité par Aoki, 2001), tout en considérant que cette dernière est une sous-catégorie de la conception en termes de mécanismes/règles. Le jeu dans notre analyse est compris comme le scénario résultant des différentes interactions dynamiques existant dans le système de santé (Olmen et *al.*, 2012).

Une institution peut ainsi être représentée par l'Etat, le marché, des organisations et structures majeures dans la mise en place d'une politique publique ainsi que bien d'autres acteurs qui prennent part aux interactions dynamiques ayant lieu dans le secteur de la santé d'un pays. Ainsi, il peut s'agir des acteurs du système et de l'environnement institutionnel de la santé. En ce qui concerne l'Etat, il peut s'agir de l'Etat – santé au sens strict à savoir du ministère de la santé. Il peut également s'agir de l'Etat – autres secteurs sociaux, à savoir du ministère de l'environnement, du ministère de l'éducation nationale, etc. Il peut également s'agir de l'Etat décideur qui formule les politiques ou de l'Etat acteur qui les met en œuvre.

En ce qui concerne les hiérarchies privées des organisations et des entreprises, il peut s'agir d'acteurs internationaux, de PTF¹⁸⁷. En ce qui concerne les associations, il peut s'agir des organisations de la société civile (OSC), des associations de femmes, etc. En ce qui concerne les communautés, il peut s'agir des femmes et leurs communautés d'appartenance, des ASC, etc. En ce qui concerne le marché, il peut s'agir des établissements sanitaires privés, des pharmacies privées, des entreprises, etc. Cette conception des institutions en termes d'acteurs dans le système de santé peut permettre de comprendre les motivations qui sous-tendent certains programmes et politiques mis en place dans les pays d'Afrique subsaharienne, en particulier en Côte d'Ivoire.

¹⁸⁷ OMS, USAID, Banque mondiale, etc.

Du fait de la négligence des DSS dans la formulation et la mise en place des politiques, certaines institutions (indirectes mais essentielles) d'autres domaines qui influencent fortement la santé sont plutôt négligées. Il en résulte de faibles liens ou de faibles interactions (dynamiques et stratégiques) entre les acteurs du domaine de la santé et ceux de ces autres domaines si importants (éducation, environnement, logement, etc.). Nous considérons que cette catégorie d'institutions en tant qu'acteurs du système de santé peut être rangée parmi les institutions formelles.

2.2.3 Les mécanismes de coordination et de gouvernance institutionnelle : une conception englobante des institutions

Conformément au cadre de Boyer (2007), nous retenons enfin les MCG comme un type d'institutions, le plus important, dans notre thèse. Nous assumons que les MCG constituent une conception englobant les deux conceptions précédentes, à savoir celle en termes de règles et celle en termes d'acteurs du système. Nous considérons que les arrangements institutionnels entre les 6 MCG tels que définis par Boyer (2007) se font à travers des acteurs qui y prennent respectivement part et à travers des règles, soit préalablement conçues, soit représentant le fruit de leurs interactions. Pour rappel, ces 6 MCG sont : **le marché, la hiérarchie privée des organisations et des entreprises, la communauté, l'Etat, les associations et les réseaux**. Pour la suite de nos analyses dans les chapitres 7, 8 et 9, nous proposons d'éclater **le MCG Etat et d'y distinguer l'Etat décideur et l'Etat acteur**. En effet, les données de l'enquête 1 (E1) et de l'enquête 2 (E2) ont montré une sorte de dichotomie entre ces deux entités sensées pourtant fonctionner en symbiose. **De même, nous distinguons Etat – santé au sens strict et Etat – autres secteurs sociaux.**

Section 3 : Une approche spécifique des complémentarités institutionnelles

Cette section porte sur notre proposition d'un cadre hybride principalement inspiré de l'approche normative de la complémentarité institutionnelle (CI) entre des MCG telle que conçue par Boyer (2007), mais tenant aussi compte de façon subsidiaire de l'intérêt d'un éclairage non fonctionnaliste des rapports de pouvoir (Amable, 2005 ; Amable et Palombarini, 2009). Il s'agit pour nous de proposer notre cadre de CI applicable aux systèmes de santé des pays d'Afrique subsaharienne. Dans cette section, nous tentons premièrement de définir comment nous conceptualisons les CI dans le contexte des pays d'Afrique subsaharienne.

Pour ce faire, nous examinons une conception imbriquée des CI qui peuvent être, soit performantes pour tout le système de santé au sens large de sorte à avoir une santé maternelle

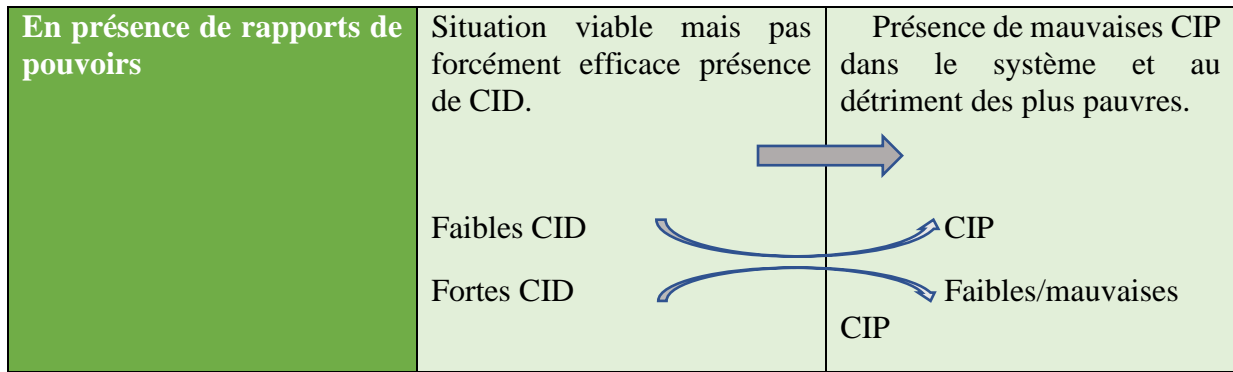
améliorée et équitable (CIP), soit favorables aux dominants et au plus aisés (CID) (3.1). Nous y proposons également une application de nos choix à la santé maternelle en Côte d'Ivoire (3.2) ainsi que les hypothèses clés à retenir et à étayer (3.3) pour la partie 4 tentant une application de nos hypothèses et cadre des CI à notre terrain.

3.1 Notre définition des complémentarités institutionnelles : Une distinction entre des complémentarités institutionnelles performantes et des complémentarités institutionnelles au profit des dominants

En nous référant à nos prédécesseurs, l'existence de **CI dans un système peut traduire une meilleure performance ou une moins bonne performance dudit système** (cf tableau n°8). L'étude de Boyer (2007) porte sur la performance des CI, tandis que celles de Amable et Palombarini (2009) et Amable (2005) portent sur les rapports de pouvoirs qui favorisent la domination et le bien-être de certaines classes sociales par rapport à d'autres plus faibles. Ces rapports de pouvoirs conduisent à une analyse des CI comme éléments de stabilité d'un statu quo au profit des dominants. Tandis que la conception de Boyer (2007) met l'accent sur une définition à la performance des liens de CI pouvant exister dans un système (CIP), l'approche de Amable et Palombarini (2009) alerte sur la possibilité que des complémentarités institutionnelles au profit des dominants existent (CID).

Tableau n°8 : Liens entre les complémentarités institutionnelles performantes et les complémentarités institutionnelles au profit des dominants

Auteurs Remarques	CI selon Amable et Palombarini (2009) ; Amable (2005)	CI selon Boyer (2007)
Conceptions originales de liens de complémentarités entre deux institutions	Deux types de CI : -Du point de vue des groupes sociaux. -Du point de vue de la stratégie politique	Une définition à la performance des liens CI dans un système (cf section 3 chapitre 5)
Acronymes à retenir	CID	CIP
En situation idéale (faibles rapports de pouvoirs ou équité dans le système)	Présence de CIP	Présence de CIP



Conformément au tableau n°8 ci-dessus, nous soutenons que lorsqu'il y a des CI favorables en permanence pour des groupes sociaux, notamment les plus riches, tandis qu'il existe de faibles CIP ou des CI moins favorables pour les pauvres, alors les CI dans le système sont généralement considérées comme mauvaises ou qualifiées de CID. Autrement dit, de telles CI ne peuvent pas être qualifiées de vertueuses ou de CIP pour le système dans son ensemble.

Nous proposons donc un cadre hybride des CI dans lequel il s'agira : (i) d'une conception normative de la CI telle que conçue par Boyer (2007) promouvant des CIP qui sont nécessaires à l'atteinte de notre objectif des résultats de santé meilleurs et équitables pour tout le système de santé maternelle (3.1.1) ; une conception que nous souhaitons néanmoins compléter (ii) d'une approche tenant compte de l'intérêt d'un éclairage non fonctionnaliste des rapports de pouvoir (Amable et Palombarini, 2009 ; Amable, 2005) nous permettant de souligner la persistance plutôt de CID (3.1.2) **et de faibles/mauvaises CIP** en Côte d'Ivoire comme dans bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne. Nous soutenons que cette approche mixte est nécessaire à l'examen des DSS maternelle en Côte d'Ivoire.

3.1.1 Un objectif de complémentarités institutionnelles performantes pour une équité dans l'accès à la santé maternelle

A priori, l'un des objectifs de tout système de santé est l'équité dans l'accès des populations à des services de santé et sociaux de qualité et à une bonne santé conduisant ainsi à éviter des ISS et toute mort évitable. L'objectif de cette étude est d'analyser les leviers de l'équité dans l'accès à la santé maternelle et d'améliorer la santé maternelle, dans les pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire, à travers des CIP dans le système de santé au sens large. **Il s'agira donc principalement d'une proposition des CI favorables à l'atteinte d'objectifs normatifs d'amélioration de la santé maternelle en Côte d'Ivoire.**

Autrement dit, **par CIP, nous entendons des CI qui débouchent sur une meilleure performance de tout le système (approche normative)**. Privilégiant cette approche, particulièrement dans un contexte de pauvreté, nous considérons d'abord que dans le système de santé, à l'instar de tout autre système, **deux institutions sont complémentaires si leur conjugaison améliore les résultats (bien-être) produits de santé, comparativement au résultat qui serait obtenu, si l'on mobilisait indépendamment l'une des deux institutions**. De plus, cette analyse plutôt normative qu'il fait de systèmes à grande échelle propose une approche originale de la CI et applicable à n'importe quel domaine social. Dans cette veine, nous empruntons le cadre d'analyse des CI proposé par (Boyer 2007) dans lequel il présente 6 MCG (cf sections 1 et 3 du chapitre 5) dont l'étude des liens peut faciliter une analyse de la santé maternelle ainsi que la recherche de l'équité dans l'accès à la santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne.

3.1.2 Une persistance de complémentarités institutionnelles dominantes au détriment de la santé maternelle en Côte d'Ivoire : Intérêt de la perspective néoréaliste

Nous associons à cette conception « normative » de Boyer (2007), l'approche néoréaliste défendue par Amable et Palombarini (2009) et Amable (2005), davantage « non normative », qui permet de mettre théoriquement en lumière la place des pouvoirs publics dans un équilibre institutionnel fondé sur des CI favorables à des populations aisées et riches et défavorables à des populations plus faibles et plus pauvres. Pour Amable et Palombarini (2009), la CI peut effectivement être forte pour favoriser des élites et donc remettre en cause des objectifs d'équité sanitaire. Cette catégorie de CI à laquelle semble davantage soumis le contexte sanitaire de bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne, notamment la Côte d'Ivoire, est ce que nous proposons d'appeler « complémentarités institutionnelles dominantes » (CID). La **perspective néoréaliste non normative** des CI (Amable et Palombarini, 2009) reste intéressante dans notre cadre d'analyse des CI. L'intérêt de l'associer est triple.

En premier lieu, Amable et Palombarini (2009) s'insèrent dans une approche théorique de l'économie politique basée sur l'intégration du politique qui joue en réalité un rôle crucial dans le processus d'institutionnalisation - ainsi que dans tout processus qui en est dérivé tel que la CI - et qui propose un changement institutionnel, et ce, pour n'importe quel domaine.

En second lieu, leur approche met en évidence les conflits sociaux pouvant résulter de l'existence des institutions et la capacité du politique à régler ces conflits sociaux, tout en

favorisant les dominants. Amable et Palombarini (2009) situent la responsabilité des politiques qui créent et valident les institutions pour servir leurs intérêts.

En troisième lieu, la mise en valeur de groupes sociaux luttant pour leurs intérêts respectifs fait également partie des éléments qui retiennent effectivement notre attention. Nous examinons non seulement le fait que les institutions du système de santé (au sens large) pilotées par les acteurs politiques¹⁸⁸ sont souvent à l'origine des conflits y afférents, mais aussi que les institutions mises en place jouent un rôle considérable dans la règlementation de ces conflits.

Nous soutenons que les groupes sociaux défavorisés des pays d'Afrique subsaharienne, du fait de leur faible capital humain, de leur pauvreté et de la reproduction sociale quasi-identique, ont peu de poids pour tourner la situation en leur faveur. Nous soutenons également que les pouvoirs publics peuvent faillir à régler les conflits sociaux, du fait d'intérêts divers et peuvent être par leur défaillance partiellement responsables d'une iniquité permanente entre groupes sociaux.

Ainsi, selon cette conception des complémentarités institutionnelles (CID), la CI n'est pas forcément gage d'efficacité. **La CI, lorsqu'elle existe entre deux institutions d'un système considéré et uniquement en faveur un groupe social, débouche sur un système qui peut sembler cohérent tout en étant défavorables aux objectifs sociaux légitimes.** Deux institutions peuvent être complémentaires, pas seulement pour produire de meilleures performances, mais aussi pour produire de moins bons résultats voire creuser les inégalités. **Lorsqu'elle représente un critère d'efficacité pour certains groupes sociaux** incessamment dominants, spécialement lorsqu'il s'agit d'un secteur aussi sensible que la santé qui est un droit pour tous - **tandis que d'autres groupes de surcroît plus faibles n'en profitent pas¹⁸⁹, il se pose alors un problème d'équité qui conduit à rechercher des CI plus performantes pour tout le système de santé (CIP).** Il peut effectivement exister des arrangements institutionnels globaux et viables¹⁹⁰ qui, malheureusement, peuvent ne pas satisfaire tous les acteurs du système.

Par ailleurs, pour des raisons historiques ou des raisons quelconques, les acteurs de secteurs différents et interdépendants peuvent choisir des stratégies (règles d'action) les moins satisfaisantes globalement (pour un domaine étudié) et qui deviennent ainsi l'environnement institutionnel de tous. C'est dire que des arrangements institutionnels inintéressants peuvent être

¹⁸⁸ Etat et autres groupes qui essaient d'avoir une influence politique bien que l'Etat joue un rôle dominant

¹⁸⁹ On pourrait ainsi dire qu'il existe de faibles/mauvaises CIP dans le système.

¹⁹⁰ Un arrangement institutionnel viable constitue un tout cohérent dont les éléments (institutions constituant cet ensemble) ne peuvent être facilement conçus et/ ou modifiés indépendamment les uns des autres (Aoki, 2001).

viables et résister à des tentatives ou expérimentations isolées destinées à résoudre localement les inefficiences constatées dans chaque domaine. C'est la raison pour laquelle des expérimentations d'ensemble et inclusives des domaines pertinents, à travers la prise en compte des DSS, sont celles que nous soutenons.

3.2 Application de nos choix à la santé maternelle en Côte d'Ivoire

Pour notre démarche d'application, nous rechercherons des équivalents des six MCG (Etat, marché, association, communauté, réseaux, hiérarchies privées) de Boyer (2007) dans le système de santé en Côte d'Ivoire (cf chapitre 8), après une présentation des interactions dynamiques en son sein (Chapitre 7). Nous appliquerons par la suite notre cadre et nos hypothèses dans le chapitre 9 afin de confirmer les résultats de faibles CIP dans le système de santé maternelle. L'une des particularités de notre étude de la santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire, réside dans la volonté non seulement d'y améliorer la santé maternelle, mais aussi d'y réduire les ISS, en particulier maternelle, qui y sont plus fortes qu'ailleurs.

Nous mobilisons donc l'approche normative de Boyer (2007) pour étayer l'hypothèse selon laquelle **les mauvais indicateurs de santé maternelle (faible efficacité du système de santé et inégalités sociales de santé maternelle) en Côte d'Ivoire sont dus à de faibles CIP voire une absence de CIP entre INSTINT¹⁹¹ et entre INSTINT et INSTEX¹⁹² essentielles au fonctionnement performant des MCG du système de santé.**

Dans cette étude, notre système constitué du domaine de la santé et d'autres domaines l'influençant indirectement est le système de santé au sens large d'un pays, la Côte d'Ivoire. Ce système de santé, à l'instar de tout autre, voit émerger des institutions internes qui lui sont directement liées (INSTINT) et des institutions externes qui lui sont indirectement liées (INSTEX) et entre lesquels il existe des liens. Pour la suite de notre analyse des CI, nous considérons et définissons effectivement deux niveaux d'institutions, à savoir les INSTINT et les INSTEX que nous supposons imbriqués à chacun des six MCG.

Nous nommons **INSTINT** les institutions du système de santé qui appartiennent à des sous-domaines/sous-secteurs du système de santé au sens strict¹⁹³. Et ce, de sorte que les mêmes

¹⁹¹ Institutions internes au système de santé au sens strict.

¹⁹² Institutions externes au système de santé, l'influençant indirectement bien que fortement et constituant avec le système de santé au sens strict, ce que nous pouvons appeler le système de santé au sens large.

¹⁹³ Nous entendons par système de santé au sens strict ou au sens restreint, le périmètre du ministère de la santé.

types de liens tels que la CI (entre les institutions de domaines différents) puissent être étudiés entre ces sous-domaines/ sous-secteurs du système de santé. Nous considérons que l'étendue et/ou la perception de la situation dans ces sous-domaines de la santé par exemple est limitée pour les acteurs d'un autre voire d'autres sous-domaines considérés. Et que de ce fait, tous les acteurs du système pouvant influencer la santé des populations ont du mal à coordonner leurs stratégies.

Nous supposons ainsi que les institutions du système de santé au sens strict entretiennent des liens et arrangements tels que les complémentarités avec les institutions d'autres domaines (éducation, transport, environnement, emploi, etc.) exerçant une influence indirecte mais forte sur la santé. Ce sont ces institutions de domaines extérieurs au système de santé strict que nous appelons **INSTEX**. Ces autres domaines constituent, pour le système de santé au sens strict, son environnement institutionnel et avec le système de santé au sens strict, ce que nous pouvons considérer comme le système de santé au sens large.

Nous définissons également deux catégories de CI. Nous nommons **CI internes**, des liens de complémentarités institutionnelles (CI) pouvant exister entre institutions internes (INSTINT) et **CI externes** des liens de CI pouvant exister entre institutions internes (INSTINT) et institutions externes (INSTEX) du système de santé. Pour rappel, nous considérons ces INSTINT et INSTEX comme partie prenante de mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) qui leur sont propres. Parallèlement, comme nous l'avons déjà observé dans les chapitres 2, 3 et 4 ainsi que dans la section 3.1.2 de ce chapitre, nous soutenons qu'il existe des CID, dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Et ce, malheureusement au détriment des femmes, populations pauvres et défavorisées. La CI peut donc être utilisée pour expliquer l'incohérence et l'instabilité du système de santé maternelle dans son ensemble (sans particulièrement parler de ses performances) sachant que ses performances seront nécessairement affectées.

Comme exemple, l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2) à travers les chapitres précédents nous ont permis de comprendre que le secteur sanitaire privé réputé¹⁹⁴ en Côte d'Ivoire semble jouir de bonnes complémentarités entre les institutions le servant. Ces bonnes CI sont surtout en faveur de l'assurance privée et ses usagers qui sont souvent employés, aisés ou éduqués et occupés dans le secteur formel au détriment d'une bonne partie de la population ne pouvant en

¹⁹⁴ Nous appelons « secteur sanitaire privé réputé », les grandes cliniques privées reconnues et sollicités par ceux qui en ont les moyens. Ces établissements sanitaires privés n'ont pas la même réputation que les petites cliniques privées.

bénéficiaire et ayant un difficile accès à la santé (au sens large). Ces CI au profit des femmes les plus aisées semblent donc défavorables à l'équité globale.

L'appréciation et les résultats relativement meilleurs de santé maternelle dans ce secteur sanitaire privé en Côte d'Ivoire fait effectivement face à un secteur public d'une offre de plus faible qualité, et ce au détriment des groupes sociaux les plus faibles pour ceux d'entre eux qui y recourent. Cette situation semble également être profitable aux leaders politiques qui recourent souvent aux services de santé dans le grand secteur sanitaire privé. La persistance des ISS maternelle en Côte d'Ivoire, notable à travers les verbatims mobilisés dans les chapitres précédents, serait-elle le résultat d'une faible capacité des leaders politiques à régler cette situation inéquitable qui persiste au détriment des femmes les plus défavorisées en Côte d'Ivoire ? Tout comme dans le cas de l'analyse coût-efficacité, si l'on se positionne par exemple du point de vue de la parturiente moyenne recourant aux services de santé publics en Côte d'Ivoire, l'on constatera donc que certaines CI (fortes) pour les catégories de femmes aisées, ne sont pas forcément profitables à d'autres femmes, du fait de leur environnement institutionnel leur offrant peu de chances d'en profiter. Ces dernières sont moins nanties et moins/ou éduquées.

Ce qui précède conforte la nécessité de la mobilisation subsidiaire dans nos analyses, de l'approche non normative de Amable et Palombarini (2009) qui consistera à justifier l'existence de CID ou CI (fortes) à l'avantage de certains groupes sociaux (les plus riches) et au détriment des plus pauvres, entretenant ainsi des ISS. Ainsi, dans la vision systémique que nous souhaitons embrasser, une bonne CI ou une efficacité pour un bloc du système de santé au détriment d'autres groupes d'individus pourrait poser un problème d'équité, conduisant ainsi à des CID. L'efficacité ou la performance du système global (que nous traduisons par des CIP) pourrait donc être remise en cause. Nous mettons ainsi en avant, dans notre analyse des CI dans la santé maternelle en Côte d'Ivoire, un critère sur les ISS et l'équité dans l'accès à la santé maternelle, qui nous conduit à rechercher des complémentarités qui soient performantes pour tout le système, et donc des complémentarités institutionnelles performantes (CIP) entre les MCG.

En somme, notre approche des CI adaptée, à partir de Boyer (2007) et Amable et Palombarini (2009) nous permettra dans la partie 4, d'examiner les failles de la santé maternelle en Côte d'Ivoire, à partir des CI existantes.

3.3 Hypothèses clés à retenir et étayer dans la partie suivante

Les données de l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2) déjà exploitées au moyen de la littérature ainsi que le processus de construction de notre cadre d'analyse nous font émettre 6 hypothèses que nous proposons ci-dessous à étayer dans la partie 4 de ce travail de recherche. Certaines de ces hypothèses, principalement celles de fortes CID ou de faibles CIP rejoignent celles formulées initialement, en introduction générale ainsi que dans les sections précédentes de ce chapitre.

3.3.1 Hypothèses d'existence d'interactions dynamiques entre INSTINT et INSTEX de mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance

Nous supposons que les institutions internes (INSTINT) et les institutions externes (INSTEX) sont issues des interactions stratégiques et dynamiques (Olmen et *al.*, 2012) entre les acteurs du système de santé (au sens large) à travers des mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) et qu'elles peuvent varier d'un espace à un autre. Bien que bon nombre de systèmes de santé de pays d'Afrique subsaharienne présentent des faits stylisés en termes de mauvais indicateurs de santé, des différences demeurent d'un système de santé à un autre. Nous supposons que ces différences d'un système de santé tiennent en grande partie aux différentes INSTINT et INSTEX propres à chaque système de santé, mais aussi aux différentes interactions entre INSTINT et entre INSTINT et INSTEX, à travers les MCG en présence dans ledit système.

Il est donc possible de rencontrer différentes variétés des institutions plutôt qu'un modèle type. Une présentation des dynamiques du système de santé ivoirien adapté à la représentation générique d'Olmen et *al.* (2012) permettra plus loin dans cette thèse (chapitre 7) de mettre à nu les failles du système de santé ivoirien au sens large. Une analyse des interactions dynamiques entre les MCG du système de santé propres à la Côte d'Ivoire sera également possible, à partir en nous basant sur les éléments essentiels identifiés à l'analyse du cadre d'Olmen et *al.* (2012) (chapitres 7, 8 et 9).

3.3.2 Hypothèses de faibles CIPINT et CIPEX liées à une faible prise en compte des déterminants sociaux de la santé maternelle en Côte d'Ivoire

Dans la précision de nos hypothèses principales conformément à ces catégories d'institutions et de CI définies dans les sous-sections 3.1 et 3.2, nous faisons l'hypothèse suivante : Il existe de faibles complémentarités institutionnelles performantes internes (CIPINT) et/ou complémentarités institutionnelles performantes externes (CIPEX) entre les MCG du

système de santé maternelle en Côte d'Ivoire, et par ricochet entre INSTINT et entre INSTINT et INSTEX.

Nous supposons également que l'existence de ces faibles ou inexistantes complémentarités institutionnelles performantes internes (CIPINT) et complémentarités institutionnelles performantes externes (CIPEX) est parallèlement liée à une faible prise en compte des déterminants de la santé maternelle (DSSM) en Côte d'Ivoire. Afin de réduire les ISS et promouvoir l'équité, il faut de bonnes et vertueuses¹⁹⁵ CI au profit des plus faibles également, de sorte que la performance globale du système de santé soit meilleure et conduite à des CIP pour tout le système.

3.3.3 Une hypothèse de fortes CIDINT et CINDEX dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire

Dans notre étude, on observe un système de santé maternelle en Côte d'Ivoire qui n'a pas de bonnes performances (mauvais indicateurs de santé maternelle), inéquitable et peu stable (à l'image de plusieurs systèmes de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne). Autant les institutions guident et orientent les actions des individus, autant nous soutenons que les institutions sont la source des conflits sociaux existants. Etant donné les retours de notre terrain (l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2), dans les chapitres précédents), nous faisons l'hypothèse (cf 3.3.3 de ce chapitre) de fortes complémentarités institutionnelles dominantes internes (CIDINT) et/ou complémentarités institutionnelles dominantes externes (CIDEX) existant entre les MCG retenus dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Non seulement, nous supposons que les institutions émergentes et prenant part au système de santé maternelle en Côte d'Ivoire sont en quelque sorte à l'origine des problèmes de santé, mais aussi nous admettons qu'il existe en permanence des CID (telles que définies par Amable et Palomarini, 2009), sous l'angle des groupes sociaux au profit de femmes et familles riches et/ou éduqués et/ou employés dans le secteur formel.

Nous faisons l'hypothèse que ces CIDINT et CIDEX existant au détriment femmes et familles socialement défavorisées contribuent fortement à produire comme résultats des ISS maternelle et une mauvaise santé maternelle en Côte d'Ivoire. De telles CID seraient finalement

¹⁹⁵ Des complémentarités bonnes ou vertueuses dans notre thèse correspondent à des CI qui sont performantes pour le système, comme chez Boyer (2006 ; 2007).

peu favorables pour tout le système de santé, car creusant les ISS maternelle déjà existantes (**cf encadré n°27**) exposées dans les chapitres précédents.

Encadré n°27 : inégalités sociales de santé maternelle en Côte d’Ivoire

Comme souligné dans les chapitres 1 (section 3.2.1), 2,3 et 4, à travers des verbatims ainsi que dans la sous-section 3.2, il ressort de notre terrain que les femmes enceintes et accouchées issues de ménages partiellement ou totalement employés dans le secteur formel, aisés et/ou éduqués recourent davantage aux grands établissements sanitaires privés¹⁹⁶. Ces dernières bénéficient, pour plus de la moitié, d’une assurance maladie (prenant en charge le financement des soins à hauteur de minimum 70% et obtenue pour la plupart pour ceux ayant un emploi salarié dans le secteur formel). Les établissements sanitaires privés réputés qui absorbent la majorité de cette catégorie de femmes seraient généralement appréciés pour leur meilleur plateau technique et leurs services de meilleure qualité. Tandis que les femmes pauvres, défavorisées, occupées dans le secteur informel ou souvent sans travail, souffrent toujours d’inégalités dues à de mauvaises CI à leur niveau. Par exemple, il ressort de nos entretiens que certaines femmes enceintes, du fait de leurs mauvaises conditions de vie, de la pauvreté et de la non-possession d’une assurance maladie particulière recourent davantage à la médecine traditionnelle et/ou aux CPN dans les établissements publics de soins ou de petites cliniques « boutiques »¹⁹⁷ pour celles qui en ont les moyens, avec pour la plupart, une certaine irrégularité. Les services de santé dans le public semblent souffrir de faibles plateaux techniques, d’un manque de compétence et/ou de motivation des prestataires de services de santé, d’un manque d’organisation et d’informations capitales au bon déroulement des soins. Il en résulte une mauvaise prise en charge (y compris suivi prénatal, postnatal et accouchement) de ces femmes qui pour des accouchements normaux auraient en moyenne un suivi postnatal de 8h à 24h au lieu de 72 h (norme sanitaire internationale), d’après nos entretiens. Il en résulte un mauvais suivi voire des décès de la mère et/ou de l’enfant. Ainsi d’après nos entretiens, les populations aisées et/ou éduquées profiteraient des bonnes CI que leur permettrait le système tandis que les populations pauvres subissent les effets néfastes de mauvaises CI voire d’absence de CI en leur faveur. D’où la persistance de fortes CID et de

¹⁹⁶ Idem avec le secteur sanitaire privé réputé.

¹⁹⁷ Il s’agit ici de ces petites cliniques qui n’ont souvent pas l’autorisation d’exercer et offrant des prestations de qualité douteuse, mais plus accessibles financièrement.

faibles CIP. Notre objectif étant l'équité et des CIP, nous jugeons un tel système inéquitable car souffrant dans l'ensemble de faibles ou insuffisantes CIP.

3.3.4 L'hypothèse d'une forte résilience de ces complémentarités institutionnelles dominantes entretenues par les reproductions sociales ainsi que la faible gouvernance et leadership de l'Etat

Ces complémentarités institutionnelles dominantes (CID) existant dans la santé maternelle au détriment des populations majoritairement pauvres en Côte d'Ivoire (mauvaises conditions sociales, mauvaise organisation de l'offre de santé dans le public voire dysfonctionnement d'une politique de gratuité sensée être une solution mais qui a des effets plutôt pervers dans certains cas, de la CMU, etc.) se modifient rarement en leur faveur. Nous supposons que l'une des raisons de cette persistance de CID tient aux régénérations ou reproductions sociales qui se perpétuent.

Autrement dit, nous supposons que les familles les plus favorisées demeurent aisées et avantagées par les arrangements institutionnels en place. Les enfants des plus éduqués, des plus riches et de ceux qui ont un accès facile à une bonne santé deviennent, à leur tour, les plus éduqués, en meilleure santé, mieux nourris et les mieux nantis et ainsi de suite. A l'opposé, les populations pauvres disposent de peu de moyens pour s'assurer, à eux et leurs enfants, une bonne éducation, une bonne santé, une bonne sécurité alimentaire et d'autres besoins basiques (repas équilibrés, etc.).

3.3.5 Un environnement institutionnel inégalitaire au détriment des plus pauvres

A la suite de la section précédente, nous faisons donc l'hypothèse que dans les pays d'Afrique subsaharienne, **bien que les pauvres et les riches partagent le même système de santé, ils n'y ont pas les mêmes chances et n'accèdent pas aux mêmes services de santé (quantité et qualité). Nous soutenons que les pauvres et les riches n'ont pas le même environnement institutionnel. Cette iniquité est entretenue par le faible leadership et la faible capacité des leaders politiques nationaux à réguler et réglementer le système de santé.**

La Côte d'Ivoire, à l'image de plusieurs systèmes de santé de pays d'Afrique subsaharienne souffrirait d'un environnement institutionnel précaire de la santé, notamment maternelle. Nous pourrions le démontrer davantage dans le chapitre 7. Dans l'environnement institutionnel de la Côte d'Ivoire comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, il

existerait une faible expression et prise en compte des contestations fréquentes et peu soutenues de divers groupes sociaux. Cette distinction est essentielle pour notre analyse.

Le système de santé ivoirien manquant de CIP, il y existe des activités isolées, déconnectées les unes des autres et peu concertées, entre les OSC, les communautés, les PTF, l'Etat, essentiellement dans le secteur public. Il y existerait une faible coordination entre le secteur public de la santé (principal recours des plus pauvres avec un faible plateau technique et de faibles compétences) et le secteur privé (principal recours des plus nantis et mieux apprécié pour la qualité des prestations), qui semble peu intégré dans les politiques nationales. Ce qui fait que le système a du mal à fonctionner.

Est-ce que ce système connaît des failles entières en termes de soutien politique ? Non. Est-il fréquemment contesté ? Plus ou moins. Est-ce qu'il y a des groupes sociaux qui expriment régulièrement que leurs demandes ne sont pas prises en compte ? Oui, mais les plus faibles, les plus pauvres et les moins éduqués qui se retrouvent difficilement dans une posture de groupes dominants. Est-ce qu'il y a une forte présence d'acteurs politiques qui critiquent le système ? Ce serait que, à la façon de Amable et Palombarini (2009), le système fonctionne mal dans le cadre de l'intérêt général, car des groupes particuliers « dominants » qui y participent trouvent un bénéfice particulier à ce système ou à un tel fonctionnement.

3.3.6 Hypothèses de tensions entre les règles importées souvent et les règles sociales

Nous prenons une distance par rapport aux règles formelles (FBP¹⁹⁸, recours à entre 4 et 8 CPN¹⁹⁹, etc.) souvent importées et imposées. Parmi ces règles, nous soutenons qu'il y en a qui sont plutôt consensuelles dans le domaine de la santé, comme recourir à entre 4 à 8 CPN pour une femme enceinte. Le défi avec ces « bonnes règles » concerne entre autres leur applicabilité face aux défaillances du système de santé ivoirien et face aux problèmes culturels souvent mal négociés. Il y a également des règles qui, non seulement sont peu consensuelles du fait de controverses scientifiques dont elles font l'objet, y compris en économie du développement, mais aussi posent des problèmes d'applicabilité.

¹⁹⁸ Le financement basé sur la performance est une norme de gestion qui vient d'autres secteurs de la santé et qui ne marche pas très bien. Il s'agit d'une norme globale des bailleurs des fonds qui s'est imposée sans qu'il y ait une preuve scientifique de son efficacité. Ce qui engendre deux types de problèmes : la construction du mécanisme qui n'est pas forcément une bonne règle (Entretien avec Valéry Ridde mené par Bruno Boidin (2022), Mondes en développement n°200) ainsi que sa mauvaise application dans les pays du Sud.

¹⁹⁹ Norme technique médicale admise dans le secteur de la santé.

Nous pensons qu'une règle ou une institution en général est bonne si elle s'adapte et se combine davantage avec les autres déjà existantes dans le domaine et l'environnement considérés pour produire de meilleurs effets. Les théories institutionnalistes de l'économie politique admettent non seulement une diversité de configurations institutionnelles possibles et l'absence de solution optimale dans un domaine, mais aussi la viabilité et l'adaptabilité devant primer sur toute conception univoque de la performance (Chavance, 2007). Ainsi, ce n'est pas parce qu'une règle ou une institution a bien fonctionné dans un certain espace qu'on doit obligatoirement l'importer sans tenir compte de la réponse et l'adaptation contextuelles.

De plus, ce n'est pas parce qu'une règle est portée par des bailleurs de fonds ou la communauté internationale qu'elle est judicieuse et légitime. Le résultat de cette importation de règles, qui malheureusement se produit souvent dans le champ des politiques publiques et surtout du système de santé dans les PED, peut être pervers contrairement aux attentes. Et ce, tout simplement parce que ladite règle n'est pas adaptée au contexte ou ne correspond pas suffisamment aux réalités contextuelles et autres règles/institutions informelles existantes dans l'espace considéré. En outre, si nous nous référons à la définition de Greif (1994) et North (1990), il ressort que lorsque les croyances culturelles d'une société ou d'un espace dans un domaine sont en déphasage avec les organisations ou institutions formelles présentes dans cet espace, l'une des conséquences est la possibilité de défaillances institutionnelles.

Conclusion du chapitre 6

Ce chapitre 6 nous a permis de préciser nos choix (principalement Boyer, 2007), nos hypothèses et de débiter la construction de notre cadre d'analyse afin de vérifier l'hypothèse de faibles complémentarités institutionnelles performantes (CIPINT et CIPEX) entre les MCG dans le système de santé maternelle. La construction en cours de notre cadre d'analyse a permis de mettre en évidence un lien entre ce manque de CIP dans le système de santé en Côte d'Ivoire et la faible prise en compte des DSSM en Côte d'Ivoire. Nous apportons à la proposition de Boyer (2007) un volet néoréaliste emprunté à Amable et Palombarini (2009). La question de l'équité qui nous intéresse dans notre étude est ici posée. Nous tenterons d'étayer nos différentes hypothèses posées dans la partie 4 de ce travail de recherche. Nous y poursuivons et testons la construction de notre cadre d'analyse des DSS maternelle en Côte d'Ivoire.

PARTIE 4 : APPLICATION DU CADRE DES COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES A LA SANTE MATERNELLE EN COTE D'IVOIRE

Cette partie vise à examiner une hypothèse de faibles complémentarités institutionnelles performantes (CIPINT²⁰⁰ et CIPEX²⁰¹) entre mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) dans le système de santé ivoirien pris au sens large, c'est-à-dire y compris dans ses interactions avec d'autres secteurs importants l'influençant. Nous y examinons que les faibles liens de complémentarités institutionnelles performantes (CIP) entre mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) du système de santé maternelle sont parallèlement en lien avec une faible prise en compte des déterminants sociaux de la santé maternelle (DSSM).

Le **chapitre 7** constitue une première étape dans l'application de notre cadre d'analyse. Il met en lumière des failles de différentes dimensions (Olmen et *al.*, 2012) du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire, dans une perspective systémique, c'est-à-dire en mettant en évidence leurs interactions dynamiques. Nous y proposons une adaptation du cadre d'Olmen et *al.* (2012) au contexte sanitaire de la Côte d'Ivoire, afin de mettre l'accent sur la particularité des acteurs et des interactions qui y ont lieu.

A la suite de cette première étape, le **chapitre 8** a pour objectif de finaliser notre cadre des CI pour une analyse des DSS maternelle en Côte d'Ivoire, à partir de la grille définie dans la partie 3. Pour réussir ce pari, nous y précisons et contextualisons les équivalents de MCG dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Puis, nous y présentons notre cadre des CI qui est le résultat d'un enchevêtrement des dimensions de Olmen et *al.*, (2012) et des MCG de Boyer (2007) retenus dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Notre étude s'achèvera par le **chapitre 9** qui tente une application de notre grille de CI à nos données de terrain.

²⁰⁰ CIP entre les institutions propres au système de santé au sens strict.

²⁰¹ CIP entre les institutions du système de santé au sens strict et les institutions d'autres secteurs influençant la santé.

CHAPITRE 7 : PANORAMA DES INTERACTIONS DYNAMIQUES DU SYSTEME DE SANTE MATERNELLE EN CÔTE D'IVOIRE

Introduction du chapitre 7

Ce chapitre nous permet de présenter les dynamiques du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire, sur la base du cadre d'Olmen et *al.* (2012). Chercheurs en politiques et systèmes de santé de l'institut de la médecine tropicale sur les systèmes de santé, les auteurs proposent **une grille offrant l'opportunité d'analyser des interactions dynamiques et équilibres à l'intérieur du système de santé. Nous soutenons que ces interactions dynamiques et équilibres ont lieu entre institutions internes (INSTIT) et institutions externes (INSTEX) de MCG du système de santé (au sens large).** Leur grille d'analyse constitue un outil approprié pour la construction et l'application de notre cadre des complémentarités institutionnelles (CI). Elle nous permettra, dans les chapitres 8 et 9, l'examen d'une hypothèse de faibles complémentarités institutionnelles performantes (CIP) et/ou des fortes complémentarités institutionnelles dominantes (CID) entre les différents mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) retenus dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire (cf chapitres 8 et 9).

Notre intérêt pour le cadre d'Olmen et *al.* (2012) se justifie par trois autres raisons : (i) Olmen et *al.* (2012) propose une piste d'analyse systémique des éléments (acteurs, institutions, etc.) ainsi que de leurs interactions non seulement à l'intérieur (INSTINT), mais aussi à l'extérieur du système de santé au sens strict (INSTEX). (ii) Les auteurs considèrent des interactions et équilibres à l'intérieur d'un système de santé qui sont fondés sur des valeurs et principes ; ce qui est faiblement pris en compte dans les cadres d'analyse classiques de systèmes de santé. Ces valeurs et principes sont différents d'un acteur à un autre et reposent sur des logiques et paradigmes propres à eux.

Mieux que leurs prédécesseurs, ces derniers mettent l'accent sur les valeurs propres à chaque catégorie d'acteurs comme mécanismes de pilotage guidant le comportement et les choix des personnes et permettant également les processus à l'intérieur d'un système de santé qui est considéré comme ouvert. (iii) Il s'agit enfin d'une grille qui a pour vocation de s'appliquer à tout système de santé. En effet, Olmen et *al.* (2012) mettent en exergue, à partir de leur grille, une

analyse de certaines failles existantes dans les systèmes de santé de deux pays différents, à savoir la RDCongo²⁰² et l'Inde²⁰³. Pour notre part, nous l'appliquons à la Côte d'Ivoire.

Dans une **première section**, nous présentons le schéma d'Olmen et *al.* (2012) et son application au système de santé maternelle en Côte d'Ivoire (sans l'analyse des failles). Il s'agira d'une présentation systémique du panorama de la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Etant donné que nous nous inscrivons dans une approche des DSS, nous tentons une analyse du système de santé au sens large²⁰⁴. C'est-à-dire que nous considérons, dans ce système, les autres secteurs sociaux qui influencent indirectement le système de santé au sens restreint²⁰⁵. Cette présentation dans laquelle nous proposons une hiérarchisation différente des composantes de la grille sera nourrie, à partir de notre documentation et des lectures empiriques sur le système de santé et particulièrement sur la santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Dans une **seconde section**, nous analysons les failles générales de ce système de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Cette section nous permettra de prendre un recul critique sur l'écart entre les discours, les doctrines et engagements officiels et la réalité des pratiques. Cette démarche nous permettra de connecter le cadre des CI de Boyer (2007) et celui des dynamiques du système de santé d'Olmen et *al.* (2012), dans notre analyse de la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Nous souhaitons déjà apporter une précision qui nous aidera à faire cette connexion pour la construction de notre cadre des CI dans le chapitre 8.

Dans l'analyse des failles du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire, nous aurons recours aux MCG de Boyer (2007) dont l'Etat, du marché, des communautés, des associations et des hiérarchies privées d'organisation et d'entreprise. De plus, nous différencions Etat décideur (les gouvernants, les autorités qui prennent les décisions et participent à la définition des politiques) et Etat acteur (acteurs publics qui appliquent les politiques et programmes sur le terrain, les prestataires de soins de santé). Par ailleurs, dans la catégorie de MCG « hiérarchies privées », nous y notons des PTF (cf chapitre 8) qui seront notre focus pour cette catégorie dans la suite des analyses. Bien qu'à ce stade nous n'avons pas clairement présenté notre typologie

²⁰² Olmen et *al.* (2012) ont appliqué leur cadre pour l'analyse des conséquences néfastes de la création incontrôlée d'écoles de médecine en RDCongo

²⁰³ Olmen et *al.* (2012) ont appliqué leur cadre pour l'analyse des barrières du système de santé à la prestation des soins de maladies chroniques dans un système de santé local (Inde).

²⁰⁴ Nous considérons que le système de santé au sens large va au-delà du périmètre du ministère de la santé et concerne en plus les acteurs institutionnels d'autres secteurs/ministères (ministère de l'assainissement, ministère de l'éducation, emploi, ministère de la femme, ministère de l'environnement, etc.). Ce système est plutôt lié aux DSS.

²⁰⁵ Nous entendons par système de santé au sens strict ou au sens restreint, le périmètre du ministère de la santé. C'est-à-dire les acteurs du financement de la santé, la sécurité sociale, les hôpitaux, les cliniques, etc.

des CI (cf chapitre 8), nous nous permettons d'en mobiliser dans la section 2 afin d'entamer l'examen de faibles liens de CI entre Etat – marché, Etat décideur - Etat acteur, Etat - communautés, Communautés – PTF, Etat santé au sens strict – santé autres secteurs sociaux, par exemple.

Section 1 : Présentation du cadre d'Olmen et *al.* (2012) et une application factuelle à la Côte d'Ivoire

L'objectif de cette section est non seulement de présenter le cadre d'Olmen et *al.* (2012), mais aussi de l'utiliser comme un outil d'analyse du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Cette section se déroule comme suit : (1.1) La présentation du cadre d'Olmen et *al.* (2012) ; (1.2) notre adaptation dudit cadre au cas de la santé maternelle en Côte d'Ivoire, en hiérarchisant et catégorisant les différentes composantes dont nous analyserons, par la suite, les interactions dynamiques voire les arrangements institutionnels ainsi que les failles qui pourraient en découler.

1.1 Interactions dynamiques au niveau de dix éléments essentiels d'un système de santé

Compte tenu de la diverse et riche composition d'acteurs et d'organisations qui y interagissent, les systèmes de santé sont par essence des systèmes sociaux, ouverts²⁰⁶, adaptatifs et complexes²⁰⁷. Les interactions qui y ont lieu conduisent à l'émergence d'équilibres²⁰⁸ temporaires (Olmen et *al.*, 2012). A partir de ces interactions et des valeurs en présence, se dessinent effectivement des choix explicites considérés comme « **stratégiques** » par les auteurs, afin de répondre à des opportunités et des contraintes.

Etant donné le rôle central de ces acteurs et de leurs interrelations, les processus de communication, de coordination et de régulation se traduisent souvent par des réponses non linéaires et, au mieux, difficiles à prévoir. Ce qui conforte, dans le système de santé également, l'intérêt d'étudier des liens tels que les CI²⁰⁹ existant quand les acteurs ne peuvent coordonner leurs stratégies. Olmen et *al.* (2012) proposent une description et une analyse de la dynamique des systèmes de santé à travers un cadre de dix blocs essentiels qui sont : 1) objectifs

²⁰⁶ Les systèmes de santé tirent et absorbent des ressources de leur environnement, mais qui y réagissent aussi (Olmen et *al.*, 2012).

²⁰⁷ Ces systèmes adaptatifs complexes dépendent du chemin parcouru : l'analyse historique peut aider à élucider la manière dont les choix stratégiques sont faits lorsqu'un système de santé doit répondre à des opportunités et à des contraintes.

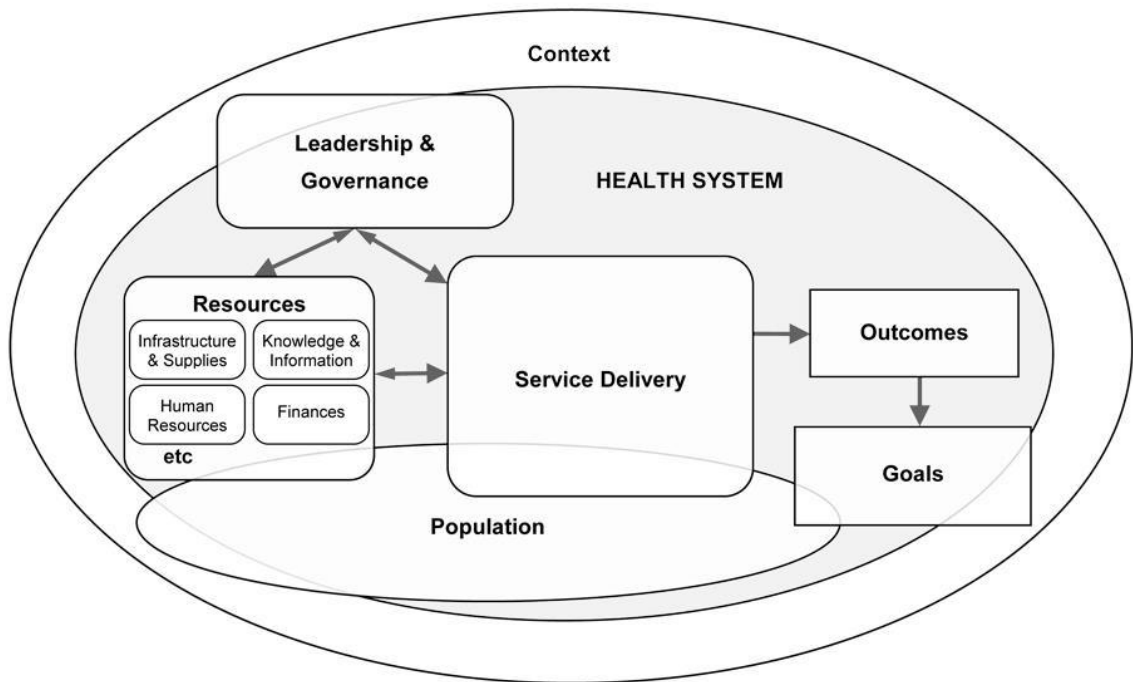
²⁰⁸ Il ne s'agit pas ici de l'équilibre, au sens d'équilibre économique (de la théorie standard en économie). D'après Olmen et *al.* (2012), les interactions entre les éléments du système de santé prennent la forme de boucles de rétroaction et contribuent aux processus générateurs. C'est ce qu'ils appellent « équilibre ».

²⁰⁹ Entre MCG et ce, à travers des INSTINT et INSTEX.

et résultats ; 2) valeurs et principes ; 3) prestation des soins et services 4) population ; 5) contexte ; 6) leadership et gouvernance ; et 7-10) organisation des ressources (comprenant les 4 sous-blocs suivants : finances ; ressources humaines en santé ; infrastructures et fournitures de biens et services ; connaissances et informations). Olmen *et al.* (2012) considèrent que le leadership et la gouvernance ainsi que leur interaction avec la population et les autres acteurs représentent l'axe central du système de santé. Tandis que l'organisation des ressources et la prestation des soins et services de santé sont au cœur de cet axe central.

La population y est considérée comme le bénéficiaire principal et est partie prenante de plusieurs blocs, notamment l'organisation des ressources, la prestation des soins et services et la définition des objectifs (Olmen *et al.*, 2012). Les auteurs considèrent dans un tel cadre, une analyse du système de santé comme partie prenante d'un contexte qui l'influence et qu'il influence réciproquement. Pour notre part, nous considérons que ce contexte qui influence le système de santé constitue son environnement institutionnel qui donne lieu aux DSS observés dans le système élargi. Les orientations dans chaque bloc représenté dans ce cadre sont du fait d'INSTINT et INSTEX tant formelles qu'informelles qui ont émergé et qui entretiennent des interactions à travers les acteurs à l'origine de leur mise en place. L'Etat joue un rôle central dans le pilotage du système de santé. La figure n°12 ci-dessous est la représentation du cadre d'Olmen *et al.* (2012) mettant en évidence l'axe central et les interactions dynamiques entre les blocs respectifs dynamiques.

Figure n°12 : Cadre des dynamiques du système de santé



Source : Olmen et *al.* (2012)

Le cadre d'Olmen et *al.* (2012) se présente effectivement comme un outil opératoire qui faciliterait (dans le chapitre 9) un examen de l'hypothèse de faibles CIP (et/ou de fortes CID) dans le système de santé ivoirien. C'est un outil qui peut avoir des limites et faire l'objet de discussions. Mais ceci n'est pas l'objet de notre thèse.

Les sous-sections suivantes présentent successivement les dix composantes du cadre d'Olmen et *al.* (2012), en reprenant la présentation des auteurs, sans discuter leurs choix à proprement parler.

1.1.1 Résultats et objectifs

Les résultats du système de santé sont les conséquences directes de l'organisation de la prestation des soins de santé (par exemple couverture universelle, qualité des soins et réactivité), tandis que les premiers objectifs sont l'impact attendu en termes d'amélioration de la santé, de la

protection financière²¹⁰ et sociale²¹¹ (OMS, 2000) et de bien-être²¹². Les résultats d'un système de santé comprennent l'accès²¹³ et la couverture²¹⁴ qui sont des déterminants importants de l'utilisation des services de santé et de l'actualisation des services de santé. Les résultats et les objectifs du système de santé sont également impactés par la qualité des soins²¹⁵, la réactivité²¹⁶ du système de santé ainsi que la confiance envers le système national. Cette confiance envers le système national dépend de la capacité du système à offrir une protection financière, voire sociale à sa population.

L'atteinte des objectifs dépend certes du système de santé, mais aussi d'autres déterminants majeurs de la santé et du bien-être des personnes (facteurs sociaux, économiques, politiques, etc.). La bonne gouvernance de tout système est une valeur clé dans la définition des objectifs et dans la production des résultats. Elle permet la recherche d'un équilibre particulier entre les objectifs reflétant les intérêts et les valeurs des acteurs tant au niveau central que local. Cet équilibre est le résultat de rapports de force, reflétant les dispositions institutionnelles nationales ainsi que l'influence des acteurs mondiaux, bilatéraux et autres acteurs extérieurs. Une fonction clé de la gouvernance consiste non seulement à rendre explicites ces différentes valeurs et tensions, mais aussi à garantir la mise en place de mécanismes de responsabilisation pour

²¹⁰ La protection financière fait référence aux conséquences économiques de la maladie et, dans la pratique, signale les dispositions prises pour l'accès à des soins de qualité décente et pour garantir un revenu et un soutien financier en cas de maladie.

²¹¹ La protection sociale s'attaque à la vulnérabilité des personnes tombées malades par le biais de services visant à soulager les privations, s'attaquant ainsi aux causes plus structurelles des inégalités et des déséquilibres de pouvoir (Michielsen et al., 2010).

²¹² Bien-être physique, mental et social (Alma Ata, 1978).

²¹³ L'accès concerne le nombre de personnes ayant accès à un établissement de santé ou à un service particulier et tient compte du point de vue des utilisateurs, ce qui implique des dimensions d'accessibilité financière, d'acceptabilité et d'accès géographique.

²¹⁴ La couverture est utilisée pour déterminer la proportion de la population qui bénéficie d'un service ou d'une intervention spécifique, comme la vaccination ou l'assurance maladie. L'OMS définit plus largement la couverture universelle comme "l'accès universel à un ensemble déterminé de prestations de santé et de protection sociale", qui peut être évalué en profondeur (portée de l'ensemble), en largeur (portée de la population ayant accès) ou en hauteur (part relative du coût qui est couverte par l'ensemble) (Organisation mondiale de la santé 2008a).

²¹⁵ La qualité des soins est un concept multidimensionnel dont les définitions et d'autres interventions liées à la santé mettent généralement l'accent sur un mélange des éléments suivants : efficacité, efficience, sécurité, orientation vers le patient, soins intégrés (y compris les soins curatifs, la prévention et la promotion de la santé), rapidité et continuité (dans le cadre d'un seul épisode de maladie et au-delà des limites d'une organisation de soins de santé) (Institute of Medicine 2001; Unger et al., 2003b; OMS 2008a), la dimension de l'habilitation ou de l'autonomisation, conformément à l'intérêt de "garantir (l') autonomie" des personnes (Howie et al., 2000 ; van Olmen et al., 2010a).

²¹⁶ La réactivité implique de réagir efficacement aux besoins et aux demandes de la population et de ses différentes sous-populations et groupes vulnérables. Le contenu de l'ensemble minimal d'activités doit être informé à la fois de la charge de morbidité et des besoins perçus par la population. Il s'agit d'une fonction de gouvernance qui consiste à peser les arguments techniques, les besoins perçus, les valeurs et principes existants et à décider des compromis à faire, en tenant compte des infrastructures, du niveau de développement et de la capacité de mise en œuvre.

assurer un processus décisionnel équitable et rendre compte des choix effectués (Olmen et *al.* 2012).

1.1.2 Valeurs et principes

Les systèmes de santé ne sont pas des structures conçues mécaniquement pour fournir des soins de santé, mais des institutions sociales, façonnées par des valeurs, et dont les valeurs émanent également de leur structure, de leurs institutions et de leurs relations interpersonnelles respectives (Freedman 2005 ; Gilson 2003 cités par Olmen et *al.*, 2012). Leurs valeurs et principes dépendent donc de leurs contextes respectifs, sont variables d'une société à une autre et peuvent être liés à des processus tels que l'efficacité, l'efficience, la durabilité ou encore la solidarité, l'équité et l'autonomie. Ces valeurs reflètent des aspirations ou des convictions idéologiques. Les gouvernants d'un système donné peuvent privilégier l'efficience plutôt que la solidarité tandis que la dernière valeur peut paraître plus pertinente pour un autre contexte. C'est dire que la poursuite de valeurs peut avoir des effets opposés et que les acteurs peuvent en effet valoriser différemment les résultats et les objectifs sur la base de leur propre ensemble de valeurs. Ce qui entraîne bien souvent l'apparition de tensions.

La fixation des priorités, davantage dans les pays à faible et moyen revenu, se heurte donc au défi de choisir entre des options ayant des objectifs différents, des temporalités différentes et mettant l'accent sur des valeurs différentes. Des approches ciblées peuvent contribuer à obtenir des résultats rapides dans des domaines particuliers, comme la diminution de la charge du paludisme, mais cela a souvent le coût d'opportunité de négliger les stratégies transversales à moyen et long terme dans le système de santé (Richard et *al.*, 2011). Une fonction essentielle de la gouvernance du système de santé consiste à effectuer des choix plus adaptés à son contexte national et qui sont appropriés, soit au niveau central ou plus décentralisé, en fonction des dispositions institutionnelles qui y sont articulées (Olmen et *al.*, 2012).

1.1.3 Contexte

Tout système de santé est non seulement lié au contexte national, à l'évolution historique et politique du pays, mais aussi et surtout reste ouvert et influencé constamment par les changements sociétaux (Riley 2008 cité par Olmen et *al.*, 2012). Le besoin constant d'y répondre à travers une bonne gouvernance est essentiel. Une bonne gouvernance - tenant compte simultanément – et non de manière isolée - des dispositions institutionnelles nationales et internationales, de leurs besoins et évolutions respectives, de la charge constante de morbidité, des nouvelles technologies, des attentes changeantes des patients et des prestataires de services

de santé, de la disponibilité accrue des informations et l'évolution des rôles de l'Etat et bien d'autres acteurs importants dans les secteurs sanitaire et social, notamment dans les pays à faible revenu – est indispensable (Olmen et *al.*, 2012). Fort de ce qui précède, nous soutenons qu'il y a un **lien entre la considération des DSS et l'analyse des arrangements institutionnels et que l'approche des DSS pourrait faciliter cette analyse des arrangements institutionnels dans la santé maternelle en Côte d'Ivoire.**

1.1.4 Prestation des services de santé

La prestation de services de santé est le processus par lequel les ressources humaines en santé, les établissements sanitaires, les programmes et les politiques sont coordonnés et mis en œuvre de manière à atteindre les objectifs du système de santé (Olmen et *al.*, 2012). Elle concerne les services et les activités dont l'objectif premier est d'améliorer la santé et comprend la prévention primaire, la prévention secondaire, les soins curatifs et la réadaptation (Marchal et *al.* 2011).

Les prestataires de services de santé constituent un ensemble complexe de services souvent appelés « systèmes pluralistes » ou « systèmes mixtes » (Meessen et *al.*, 2011 ; Nishtar 2010). Le système de santé organise les services proposés de sorte qu'ils soient intégrés dans une plateforme unique, bien qu'ils puissent être ciblés ou généraux. Au regard de la rareté des ressources et du besoin respectif de rationnement, une hiérarchisation et un regroupement des interventions sanitaires sont recommandés. Le succès d'une telle organisation « intégrée » est guidé par plusieurs facteurs tels que la capacité du responsable du système de santé à coordonner les acteurs concernés et à apporter un soutien en matière de gestion, les facteurs contextuels (par exemple, la charge de morbidité, la capacité de régulation) et les évolutions historiques (dépendance à l'égard du parcours) (Unger et *al.*, 2003a cités par Olmen et *al.*, 2012).

Le système de santé intégré ne devrait pas présenter des lacunes dans l'accès au niveau local et devrait proposer des niveaux de fonctionnement plutôt complémentaires que concurrentiels avec un flux optimal de patients et d'informations afin que le patient soit aidé au niveau le plus approprié (Unger et *al.*, 1995). Les services sociaux et de santé de première ligne doivent y bénéficier de la plus grande attention. En cas d'absence de toutes ces conditions précédentes, il s'ensuit une faible et mauvaise qualité et accessibilité des soins qui conduit à des soins sous-optimaux.

Les individus, généralement pragmatiques, cherchent à améliorer leur santé de plusieurs manières et sont influencés dans leurs décisions thérapeutiques par plusieurs facteurs, entre autres : les facteurs physiques, financiers et socioculturels, l'accessibilité, la portée des services et la réputation d'un prestataire de services de santé ou d'un établissement sanitaire, ainsi que la confiance²¹⁷ qu'on lui accorde et celle qu'ils retiennent des prestataires de services de santé. Cela implique également l'auto-orientation et l'interruption du traitement. La confiance des patients est influencée par la perception d'équité, le comportement et le respect des prestataires de services de santé individuels, mais aussi par la structure institutionnelle des soins et par l'expérience des patients avec les services publics en général (Gilson et *al.*, 2005).

1.1.5 Population

La population est impliquée dans le système de santé en tant que patients ou clients, mais aussi en tant que citoyens ayant des droits et des obligations et enfin financeurs ou même fournisseurs de soins (Frenk, 2010). Elle est productrice de sa santé et de soins de santé à travers ses activités. **L'autonomisation** au niveau individuel et communautaire est largement reconnue comme un objectif important, car elle contribue à réduire les inégalités et à provoquer le changement social souhaité (Gilson et *al.*, 2007). Au niveau communautaire, il est important que la communauté s'exprime d'une voix forte dans les relations avec les autres acteurs du système de santé, en particulier lorsque des priorités sont fixées.

Il importe de mettre en place des mécanismes qui motivent et orientent positivement, non seulement le comportement des prestataires de services de santé, mais aussi celui de la demande de services de santé et de comportement de recherche de soins. Il peut s'agir de mécanismes d'incitations financières, de systèmes de bons et de campagnes de sensibilisation aux risques pour la santé ou les informations sur les caractéristiques des prestataires de services de santé (Berlan et *al.*, 2011 ; Peters et *al.*, 2008). Certaines de ces mesures peuvent permettre d'améliorer la responsabilité des prestataires de services de santé envers les utilisateurs de services.

1.1.6 Gouvernance et leadership

D'après Olmen et *al.* (2012), « la gouvernance implique l'orientation politique de l'ensemble du système de santé ; la coordination des acteurs et la régulation des différentes fonctions ; les niveaux et les acteurs du système ; l'allocation optimale des ressources et la

²¹⁷ Berlan et *al.* (2011) cité par Olmen et *al.* (2012).

garantie de la responsabilité envers la population et toutes les parties prenantes²¹⁸ ». Les acteurs gouvernementaux sont les principaux responsables de la protection des citoyens contre la mauvaise santé et ses conséquences sociales et financières bien que ce pouvoir puisse être par leurs interactions avec d'autres acteurs forts du système de santé parfois extérieurs ou issus d'autres pays (cas de l'USAID). Le gouvernement devrait jouer un rôle de médiateur entre toutes les parties prenantes afin de promouvoir l'équité, l'efficacité et la durabilité et de garantir la finalité publique du système de santé.

La réglementation est un instrument majeur pour régir le secteur de la santé et comprend des règles, des lois, des lignes directrices et leur application, ainsi que des règles et des normes professionnelles et éthiques et tout type d'incitation agissant sur les acteurs (Mills et *al.* 2006). Le manque de contrôle, l'insuffisance des connaissances et des ressources, les priorités divergentes et l'engagement politique insuffisant peuvent entraîner des écarts entre les règles et leur application. A ce niveau également, les acteurs gouvernementaux devraient créer et maintenir les mécanismes de coordination, tant au niveau central que périphérique. Au niveau décentralisé - le "district" dans de nombreux pays à faible revenu - les équipes à la tête de ce système ont un rôle important de coordination. Elles sont censées organiser les services et les soins de santé sur leur territoire de manière efficace et efficiente, conformément aux politiques nationales de santé, mais aussi tenir compte des besoins et des demandes spécifiques au niveau local, en coordination avec les autorités locales. Les problèmes récurrents pour assurer la responsabilité entre les établissements sanitaires et leurs utilisateurs sont causés par les différences de pouvoir et l'asymétrie de l'information, qui entravent la capacité des populations à surveiller les prestataires de services de santé, à participer aux décisions et, en général, à faire valoir leurs droits (Olmen et *al.*, 2012).

1.1.7 Financement

La mise en commun et l'affectation de ressources financières doivent permettre de contribuer efficacement à garantir l'accès aux services tout en protégeant les personnes contre des dépenses de santé catastrophiques (Organisation mondiale de la santé, 2008b), en particulier dans un contexte de rareté des ressources. L'équité, l'efficacité et la durabilité du financement en dépendent. La Commission Macroéconomie et Santé estime le coût d'un ensemble d'activités de

²¹⁸ Ces dernières, notamment les acteurs du marché et de la société civile, les hommes politiques, les organisations professionnelles et les structures coopératives, ont une influence sur la gouvernance.

base à environ 40 dollars US par personne et par an, bien que l'analyse des performances du système de santé montre qu'un certain nombre de pays sont capables de bien faire avec moins (Riley 2008 cité par Olmen et *al.*, 2012).

Les ressources nationales constituent la collecte la plus importante, car elles sont liées à la responsabilité du gouvernement envers la population. Il existe toutefois un fort plaidoyer en faveur d'une responsabilité sociale mondiale et d'un engagement de longue date de la communauté internationale à contribuer au financement du paquet de base en matière de santé pour les pays trop pauvres pour collecter suffisamment de fonds en interne (Ooms et *al.*, 2009 cités par Olmen et *al.*, 2012). La qualité et le type de prestation de services dépendent directement du mode de financement des différents services de santé et la manière dont les prestataires de services de santé sont payés.

1.1.8 Ressources humaines en santé

Une bonne performance du système de santé passe par une contribution significative et qualitative du personnel de santé. Pour ce faire, une bonne gouvernance des ressources humaines en santé devrait favoriser un environnement favorable à la disponibilité, la compétence et la performance des agents de santé. Et ce, à travers de bons mécanismes de planification, de formation, de recrutement, de déploiement, de rémunérations et d'incitations financières et non financières (tout en veillant à réduire les déséquilibres et les tensions²¹⁹) constamment revues fort des réalités contextuelles, médicales et des évolutions institutionnelles. Tout ceci doit se faire dans un maintien des valeurs et éthiques axées sur le public (Marchal et *al.*, 2010).

1.1.9 Infrastructures et fournitures pharmaceutiques, de technologies et de biens

La performance d'un système de santé repose également sur le développement, la disponibilité et l'accessibilité à des infrastructures, des matériels médicaux et des médicaments essentiels de qualité. Les installations sanitaires à la portée des populations doivent être en quantité suffisante, équipées, entretenues et adaptées aux besoins spécifiques de ceux qui y recourent. L'accès financier et géographique à des médicaments essentiels de qualité doit être l'une des priorités de tout système de santé. Ce qui implique pour les pays à faible revenu énormément de limites en termes de disponibilité et d'approvisionnement, d'asymétrie de l'information, de qualité médiocre, d'accès financier ou géographique insuffisant, et de prescription et d'utilisation médiocres des médicaments.

²¹⁹ Kalk, 2011; Meessen et *al.*, 2011c; Unger et *al.*, 2008 cités par Olmen et *al.* (2012)

Les autorités de réglementation des médicaments dans la plupart des pays à faible revenu ont trop peu de ressources pour effectuer la surveillance réglementaire nécessaire pour garantir la qualité, (Laing et *al.*, 2001 ; OMS. Bureau régional pour l'Afrique 2009), le bon fonctionnement de l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement, ainsi qu'une information adéquate sur la qualité et les prix, la compréhension des accords commerciaux internationaux et la capacité de négocier les prix et les marges dans le système de distribution national. En plus d'assurer l'information sur la liste, la disponibilité et la connaissance des médicaments essentiels, il importe de mettre en place des systèmes de contrôle et de soutien du comportement des prestataires de services de santé et par une sensibilisation accrue à la fois à l'utilisation correcte et au risque d'utilisation irrationnelle (Olmen et *al.*, 2012).

1.1.10 Informations et connaissances

Dans tout système de santé, les connaissances et les informations devraient circuler de manière optimale **dans toutes les directions**, selon le principe du besoin d'en connaître, verticalement et horizontalement, afin que les processus en cours de pratique, d'éducation et de recherche puissent s'alimenter mutuellement. Elles sont nécessaires pour le suivi, l'évaluation et la recherche, la prise de décision clinique, la gestion et la planification organisationnelles, l'analyse des tendances sanitaires et la communication (Olmen et *al.*, 2012). Leur connaissance et compréhension sont censées éclairer les décisions et les actions. Pour que cela soit efficace, la connaissance et la compréhension doivent être partagées dans toutes les directions, entre des personnes à différents niveaux et à des niveaux similaires (Parkhurst et *al.* 2010 cités par Olmen et *al.*, 2012). En réalité, cependant, la gestion, la planification et la mise en œuvre (pratique) des connaissances se situent souvent à des personnes ou à des structures différentes, ce qui rend la diffusion problématique. Les réseaux et les communautés de pratique avec des personnes de différents niveaux, domaines (recherche, politique, gestion et opérations) et contextes peuvent stimuler l'échange de connaissances, réduisant ainsi les obstacles à la mise en œuvre.

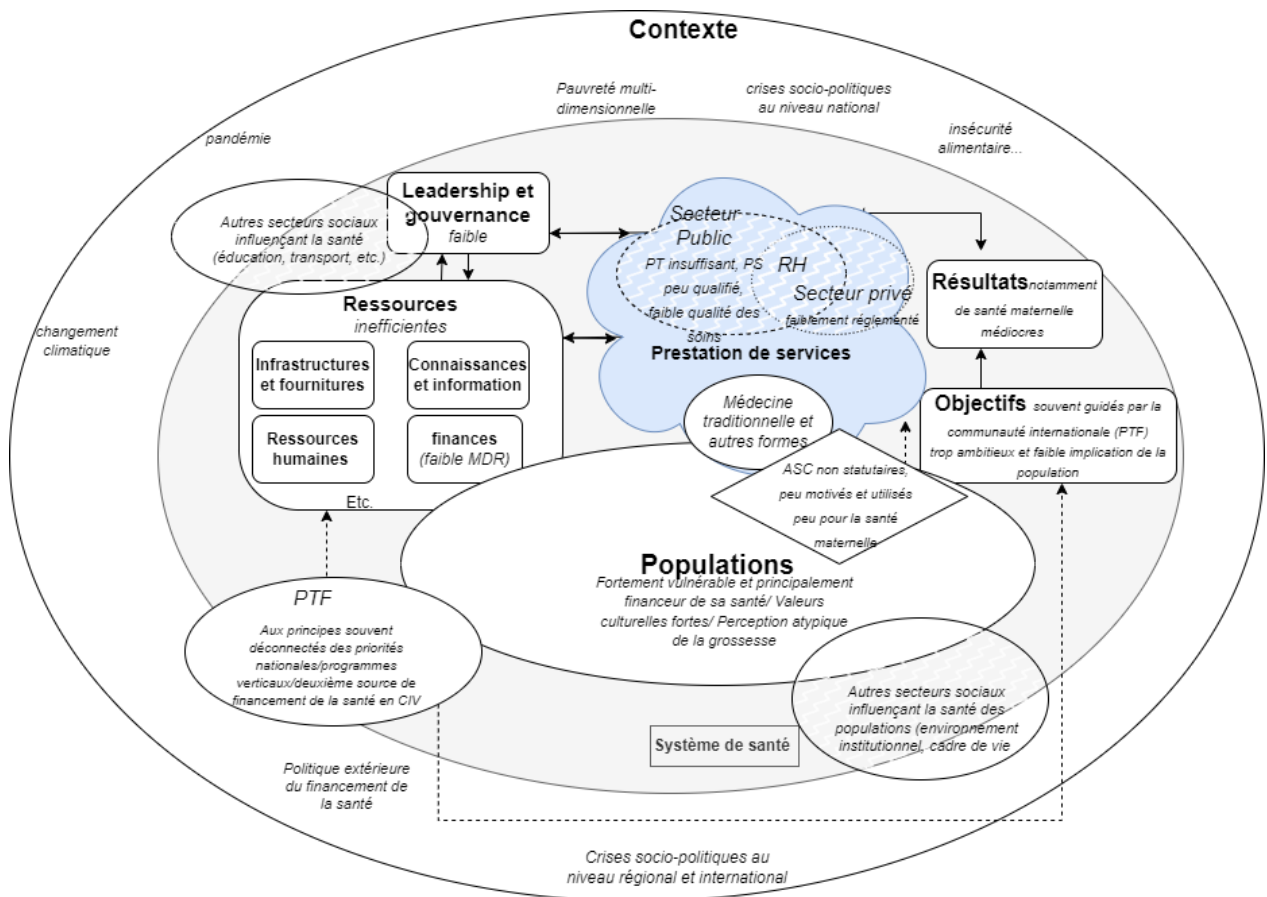
1.2 Application du cadre d'Olmen et *al.* (2012) au système de santé maternelle en Côte d'Ivoire : Un état des lieux

Nous nous servons du cadre d'Olmen et *al.* (2012) que nous adaptons au contexte de la Côte d'Ivoire. Quand bien même nous ne critiquons pas le cadre d'Olmen et *al.* (2012), il n'est pas dénué de faiblesses et de points à prendre avec précaution. A titre d'exemple, les auteurs utilisent souvent la notion d'optimalité que l'économie politique au contraire rejette. Un autre

exemple est qu'ils ne prennent pas de recul sur la « bonne gouvernance » et son instrumentalisation néolibérale. La transparence dans la gestion prônée à travers la « bonne gouvernance » ne fait pas consensus dans la communauté scientifique (Jean-Pertier Rousseau, 2010 ; MED).

Cette section est alimentée, à partir de nos données d'entretiens et essentiellement d'une revue documentaire issue de documentations telles que des PNDS (2012-2015 ; 2016-2020 ; 2021-2025), des RASS²²⁰ (2015, 2017, 2020), le poverty assessment (World Bank Group, 2022), l'EIPSS²²¹ (2021) au niveau national, etc. afin de présenter un panorama du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire (cf figure n°13). La figure n°13 ci-dessous représente une adaptation et contextualisation du cadre d'Olmen et *al.* (2012) au cas de la santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Figure n°13 : Cadre de Olmen et *al.* (2012) adapté au contexte de la Côte d'Ivoire



Source : Auteurs

²²⁰ Rapport Annuel sur la Situation Sanitaire.

²²¹ Enquête sur les indicateurs de prestation de services de santé en Côte d'Ivoire (2021) à laquelle nous avons eu la chance de contribuer. Rapport en 2022.

Ainsi, la présentation des dix éléments vaut pour notre cadre. Toutefois, notre adaptation se veut plus détaillée pour tenir compte des spécificités de la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, dont celui de la Côte d'Ivoire. Pour faciliter la mise en valeur des particularités du système de santé ivoirien dans notre adaptation de Olmen et *al.* (2012), nous proposons d'y faire apparaître des sous-composantes de ce cadre des dynamiques du système de santé.

Nous considérons que le contexte ainsi que les valeurs et principes (pouvant être considérées comme partie prenante du contexte) font partie des composantes les plus importantes qui définissent, structurent et influencent tout le système de santé au sens large.

Le contexte est non seulement façonné de l'intérieur, mais aussi influencé par l'extérieur. En effet, le contexte, en plus d'être défini par des réalités contextuelles internes (directes ou indirectes de la santé), peut également être alimenté par des facteurs externes (directs ou indirects de la santé). Les facteurs internes directs de la santé sont souvent connus et nous les avons soulignés dans la partie 1 de cette thèse. Les facteurs internes indirects peuvent concerner les DSS propres au contexte national dont certains ont été abordés dans le chapitre 4. Les facteurs externes directs peuvent concerner par exemple l'existence de pandémies ainsi que l'influence de leur gestion nationale et internationale sur d'autres problèmes de santé nationaux (cas de la COVID-19), la politique extérieure du financement de la santé, etc.

Parallèlement aux facteurs indirects abordés dans le chapitre 4 sous le vocable de DSS, les facteurs indirects (internes ou externes) soulignés dans le cadre de Olmen et *al.* (2012) adaptés peuvent concerner entre autres : (i) des crises socio-politiques au niveau national, régional et international, le changement climatique, l'insécurité alimentaire, etc. ; (ii) le faible leadership et la mauvaise gouvernance du système de santé ; (iii) une déconnexion totale des bailleurs de fonds ou PTF des réalités et valeurs locales tandis qu'ils sont la deuxième source de financement de la santé en Côte d'Ivoire et qu'ils orientent souvent les objectifs du système de santé local; (iv) une prestation des services de santé modernes plutôt concurrentiels que complémentaires avec d'une part un secteur privé faiblement régulé et réglementé par la puissance publique, malgré sa forte présence, essentiellement accessible aux plus aisés et mieux apprécié pour la qualité relative de ses prestataires de services de santé et son plateau technique. D'autre part, on trouve un secteur public, fortement éprouvé et à la portée de classes sociales défavorisées contraintes d'y recourir (v) ; des ASC peu motivés et faiblement mobilisés pour améliorer la santé maternelle dans les communautés (vi) ; une existence d'autres systèmes médicaux tels que la médecine traditionnelle ; (vii) une pauvreté multi-dimensionnelle subie par la majorité de (viii) la

population aux valeurs culturelles faiblement prises en compte, ayant souvent peu accès à l'information pertinente, fortement vulnérable, constituant la première source de financement de sa santé, et faisant souvent face à des dépenses catastrophiques, manquant de confiance envers ses gouvernants et les prestataires de services de santé dans le secteur public; (ix) des communautés faiblement impliquées dans les interactions avec les autres acteurs ainsi que dans les prises de décisions et formulations de politiques de santé leur étant destinées qu'elles s'approprient difficilement en fin de compte; (x) une mise en commun et une affectation des ressources éprouvées par leur rareté, leur faible mobilisation domestique, des doublons d'intervention pour des défauts d'alignement et des dépenses inefficaces; (xi) une faible prise en compte des DSS classiques influençant fortement le système de santé tels que le faible niveau d'éducation, d'informations et de connaissances, des conditions de transport difficiles ou inexistantes, le cadre de vie, le chômage, l'eau, l'environnement institutionnel, etc. Tout ce qui précède contribue à (xiii) des résultats de santé médiocres, et par ricochet, la définition d'objectifs difficiles à atteindre.

Pour la suite, nous proposons une modification et une hiérarchisation différente de l'ordre d'apparition des dix éléments du cadre de Olmen et *al.* (2012). Cette démarche nous permet de distinguer deux catégories de dimensions : (i) les **dimensions structurantes** et les **dimensions techniques** ou réalisations effectives. Au nombre des facteurs structurants, nous considérons : le contexte, les valeurs et principes, la gouvernance et le leadership, le financement. Les dimensions ou facteurs que nous qualifions techniques peuvent être considérés comme les conséquences des dimensions structurantes. Dans ce dernier groupe de facteurs, nous classons : les objectifs et les résultats de santé maternelle, les prestations de services de santé ainsi que les autres ressources du système de santé. Pour la suite de nos analyses, nous répartissons les différents éléments du cadre de Olmen et *al.* (2012) dans chacune des deux catégories définies. Cette sous-section se présente comme suit : les dimensions structurantes (1.2.1) et les dimensions techniques (1.2.2).

1.2.1 Dimensions structurantes le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire

Les dimensions structurantes que nous retenons parmi les 10 éléments d'Olmen et *al.* (2012) sont : le contexte (a), les valeurs et principes (b), la gouvernance et le leadership (c), le financement (d). Bien que le financement puisse être considéré comme une dimension technique, nous soutenons que le mode de financement de la santé est également une dimension structurante, car il façonne la qualité d'autres dimensions très importantes telles que la prestation des services, la population, les ressources du système voire la gouvernance et le leadership du système.

Le financement demeure l'une des plus grandes problématiques des systèmes de santé des pays d'Afrique subsaharienne, du fait du contexte de la Côte d'Ivoire et plus généralement des pays d'Afrique subsaharienne aux populations majoritairement pauvres et fortement dépendants des appuis extérieurs et des populations. Nous soutenons également que les modalités de financement de la santé influencent toutes les catégories de population (acteurs gouvernementaux, ressources humaines en santé, communautés, OSC, etc.) au niveau national. Pour toutes ces raisons, nous classons le financement dans la catégorie des dimensions structurantes.

a) Le contexte

Nous proposons d'aborder premièrement le contexte qui fait partie des éléments accentuant les spécificités des systèmes de santé des pays d'Afrique subsaharienne. Nous le considérons comme une composante des plus importantes qui inclue la population. Nous soutenons qu'il faudrait absolument tenir compte du contexte dans la gouvernance et le leadership du système de santé (au sens large) pour l'atteinte des objectifs de santé.

o Population en Côte d'Ivoire, insécurité socio-politique et gestion des crises

La Côte d'Ivoire est une république présidentielle multipartite. La recrudescence de la mortalité maternelle, après l'an 2000, se situe dans un contexte de crises successives qu'a connues le pays, depuis 2002, qui ont fortement éprouvé ses institutions et sa stabilité et qui ont accentué le dysfonctionnement du système sanitaire et une dégradation des infrastructures sanitaires. Par ailleurs, le contexte socio-politique parfois tendu dans les pays de la sous-région ouest-africaine (Burkina Faso, Mali, etc.) avec les violences et crises sociales qui en découlent alimentent des climats d'insécurité qui pourraient déstabiliser la sous-région au-delà des pays concernés, en ce qu'elle constitue des terreaux fertiles pour l'émergence de groupes terroristes.

Cette menace terroriste présente le plus grand défi auquel les pays de l'Afrique de l'Ouest auront à faire face les prochaines années. Elle a des répercussions économiques et sociales et constitue une source supplémentaire de paupérisation des populations et d'insécurité alimentaire. En effet, les dépenses militaires et sécuritaires devenues impératives et prioritaires se font souvent au détriment des investissements dans les services sociaux de base que sont l'éducation, l'emploi et la santé, davantage visibles chez les femmes.

Le système de santé en Côte d'Ivoire, à l'instar de la plupart des pays pauvres, est fortement dépendant de la politique extérieure du financement de la santé (déclaration

d'Abuja²²², etc.), des régimes et politiques économiques et financiers régionaux et mondiaux (Appuis budgétaires de bailleurs conditionnés par des réformes, Vision 2050 CEDEAO²²³, réformes budgétaires UEMOA²²⁴, etc.). Ces politiques et régimes extérieurs ont une influence importante sur la politique nationale des pays à faible revenu (Olmen et *al.*, 2012). La Côte d'Ivoire, à l'instar de bien d'autres pays pauvres, a également vu défiler plusieurs politiques, engagements²²⁵ et programmes de santé, visant à répondre aux défis majeurs de santé qui y sont rencontrés. Toutefois, les indicateurs de santé bien que s'améliorant, restent très faibles, en dépit de tous les efforts effectués depuis la conférence d'Alma Ata en 1978 (santé pour tous) jusqu'aux OMD, en passant par la politique de gratuité²²⁶ depuis 2011, et depuis récemment les ODD, spécialement l'ODD 3²²⁷.

○ **Faible impact de la croissance économique sur la pauvreté et le développement humain**

Sur le plan économique, en dépit d'une élévation du taux de croissance du PIB réel²²⁸ en Côte d'Ivoire, du revenu par tête²²⁹, d'une maîtrise de l'inflation en dessous de 3% entre 1990 et 2019, d'une réduction progressive du déficit budgétaire à 2,3% du PIB en 2019, la proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté bien qu'en baisse, reste élevée. En effet, le taux de pauvreté est passé de 51% en 2011 à 46,3% en 2015 pour s'établir à 39,4% en 2020 (PNDS 2021-2025). La Côte d'Ivoire fait face à un rapport de dépendance démographique de 69²³⁰. La part de la population en âge de travailler est plus faible chez les femmes (45,8%) que chez les hommes (67,2%)²³¹.

²²² Initiative par laquelle le pays est engagé à parvenir graduellement à l'allocation de 15% du budget national annuel à la santé.

²²³ Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest.

²²⁴ Union Economique et Monétaire de l'Afrique de l'Ouest.

²²⁵ les engagements pour le financement des produits contraceptifs (engagement dans le cadre du partenariat de Ouagadougou) et fonds incitatif double, la Directive n° 06/2002-CM-UEMOA, l'Agenda 2063 de l'Union Africaine (2013), la Déclaration d'Abuja (2001) par laquelle le pays est engagé à parvenir graduellement à l'allocation de 15% du budget national annuel à la santé, Cofinancement pour la lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (2016), la Transition de financement pour la vaccination, l'Adhésion en 2018 au Mécanisme de Financement Mondial (GFF), le Millenium Challenge Corporation (MCC)es Objectifs de Développement Durable (ODD 2015), la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires (SSP-2008), la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement (2005), le Règlement Sanitaire International (RSI-2005).

²²⁶ En raison de difficultés financières et d'une faible soutenabilité de la politique initiale, cette politique de gratuité des soins a été finalement ciblée aux vulnérables, aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans, à partir de 2012.

²²⁷ L'ODD 3 est consacré à assurer une vie saine et à promouvoir le bien-être des populations et pour tous les âges.

²²⁸ Ce taux s'est élevé en moyenne à 6,9%, largement au-dessus de celui de l'Afrique subsaharienne.

²²⁹ Le revenu par tête a progressé de 13,6% entre 2016 et 2019 et de près de 30 % entre 1990 et 2019.

²³⁰ Cela veut dire que 69 personnes de moins de 15 ans et de 65 ans et plus dépendent de 100 personnes en âge de travailler (15-65 ans).

²³¹ ENSESI, 2016 (cité par PNDS, 2021-2025).

Bien qu'en nette diminution, la pauvreté est marquée par des disparités régionales et reste toujours défavorable aux femmes (frange la plus importante de la population vivant dans la pauvreté avec une proportion de 47,4%²³²) et aux zones rurales. Selon le rapport 2019 du PNUD²³³ sur le développement humain, la Côte d'Ivoire continue de demeurer dans le groupe des pays à faible développement humain avec un Indice de Développement Humain (IDH) estimé à 0,538 contre 0,474 en 2016²³⁴. Ce rapport classe la Côte d'Ivoire au rang de 162ème parmi 189 pays et territoires.

Selon le PNDS (2021-2025), le taux d'analphabétisme en Côte d'Ivoire est passé d'environ 52% en 2015 (ENV, 2015) à 49% en 2018, avec 50% de taux d'alphabétisation en milieu rural contre 68% en milieu urbain. Selon des données de l'UNESCO²³⁵, la population féminine (de 15 ans et plus) a un faible taux de scolarisation à tous les niveaux (enseignement primaire, secondaire, supérieur) et un plus faible taux d'alphabétisation par rapport aux hommes (36,3% contre 53,3%) (PNDS 2021-2025). Ce qui précède montre qu'en dépit des crises qu'elle a connues, la Côte d'Ivoire par cette croissance positive, a accumulé des ressources. Toutefois, ces ressources ne se traduisent pas suffisamment par une véritable amélioration de ses indicateurs de santé et de bien-être, essentiellement chez les femmes.

b) Valeurs et principes

En Côte d'Ivoire, plusieurs institutions et structures nationales (Etat décideur, Etat acteur, OSC²³⁶, communautés, etc.) et internationales (PTF, ONG, etc.) représentant un spectre de valeurs variées, prennent part au système de santé. Le leadership et la bonne gouvernance de la puissance publique sont essentiels à l'amélioration de l'équité dans l'accès à la santé maternelle en Côte d'Ivoire. La fonction essentielle de la puissance publique devrait consister à **« rechercher un certain équilibre, en tenant compte des valeurs et des principes variés des multiples acteurs du système par un processus de négociation sur la base de procédures équitables, tout en (1) étant responsable devant le bénéficiaire final - la population - et (2) en minimisant les effets néfastes, en particulier pour les groupes les plus vulnérables »** (Olmen et *al.*, 2012).

²³² ENV (2015).

²³³ Programme des Nations Unies pour le Développement.

²³⁴ L'espérance de vie à la naissance en Côte d'Ivoire a augmenté de 4,5 années, la durée moyenne de scolarisation a augmenté de 3,2 années et la durée attendue de scolarisation a augmenté de 4 années. Cet indice s'est accru de 33,2 % entre 1990 et 2019.

²³⁵ Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture : <http://uis.unesco.org/fr/country/ci>

²³⁶ Organisations de la société civile.

L'atteinte d'un tel équilibre devrait permettre une réduction des inégalités de santé, des inégalités sociales et des ISS chez les femmes en Côte d'Ivoire. Afin de réussir au mieux ce pari, une forte implication de la population et une considération de leurs valeurs dominantes s'imposent.

Lors de nos entretiens, les OSC se sont réclamées des valeurs d'équité, de justice sociale dans l'accès des femmes aux soins et services de santé maternelle de qualité tandis que les PTF²³⁷ disent mettre l'accent sur des valeurs d'efficacité, d'efficience, mais aussi d'équité. Les ASC²³⁸ enquêtés prônent des valeurs de solidarité, d'entraide, de loyauté envers la communauté et sont en attente de reconnaissance de sa part. Quant aux femmes et communautés d'appartenance, elles revendiquent un accès aisé et équitable à des soins de qualité. Toutefois, les résultats médiocres de santé maternelle pourraient traduire l'expression de tensions existantes entre les ensembles de valeurs respectifs des différents acteurs en présence, en dépit d'objectifs semblant convergents.

L'analyse des failles dans la section 2 de ce chapitre nous permettra de mettre en évidence l'écart entre les discours et la pratique, principalement au niveau des valeurs et principes. Par exemple ; le discours des PTF reprend les termes clés de la rhétorique internationale, mais notre thèse (cf chapitre 7 et chapitre 9) montre qu'on n'en voit pas les effets.

c) Gouvernance et leadership

Les différents PNDS annoncent *le développement d'un cadre institutionnel et organisationnel*, une mise en œuvre des politiques, lois et règlements ainsi qu'un développement des orientations stratégiques et des mécanismes de suivi de la performance du secteur, par le Ministère en charge de la Santé (cf encadré n°28). Ces PNDS sont le résultat d'une tentative de *planification* des orientations du secteur (au niveau national, régional, départemental). Cette planification institutionnelle actuelle *semble peiner à intégrer le secteur privé de la santé*, en dépit des mécanismes de collaboration annoncés (cf encadré n°28) dans le PNDS (2021-2025). Parallèlement, en matière d'appuis extérieurs dans la mise en œuvre des programmes de santé, le PNDS décrit *divers partenaires au niveau international* (bilatéraux, multilatéraux, ONG internationales, etc.) que nous appelons PTF dans cette thèse, avec qui des cadres de *collaboration et de dialogue politique* y sont annoncés (cf encadré n°28). Il s'agit souvent de plans de programmes verticaux (cf encadré n°28) de PTF souffrant d'un faible alignement de

²³⁷ Partenaires techniques et financiers ou partenaires au développement ou encore bailleurs de fonds.

²³⁸ Agents ou acteurs de Santé Communautaires.

leurs interventions et conduisant ainsi à une fragmentation dans le secteur voire des doublons d'interventions et des dépenses inefficaces.

Face à toutes ces initiatives de gouvernance, il ressort tout de même un engagement politique insuffisant qui se manifeste par un écart considérable entre ce qui est annoncé des règles, lois, textes et leur application. Nous faisons encore face à un vocabulaire et des mesures lisses, technocratiques et issues des injonctions internationales. En nous référant aux données de l'enquête 1 (E1) et de l'enquête 2 (E2) dans les chapitres précédents, on note contrairement aux mesures annoncées, un laisser-faire de l'Etat qui favorise un développement du secteur privé tout en ne soutenant pas le secteur public. Ce qui repose la question des valeurs. Nous développerons cette idée dans la section 2 sur les failles du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire ainsi que dans le chapitre 9.

Encadré n°28 : Quelques éléments annoncés de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire

En ce qui concerne **le cadre institutionnel et organisationnel de la santé** en Côte d'Ivoire, les résultats d'analyse ont été tirés de l'étude portant sur l'évaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire réalisée en 2014²³⁹. De nombreux textes législatifs et réglementaires ont été pris ou révisés pour la régulation du secteur de la santé. On distingue entre autres : **(i)** la Loi 2015-536 du 20 juillet 2015 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles, **(ii)** la Loi 2015-535 du 20 juillet 2015 portant organisation et fonctionnement de l'ordre national des pharmaciens de Côte d'Ivoire **(iii)** la Loi portant code de déontologie pharmaceutique, **(iv)** la Loi relative à l'exercice de la pharmacie, **(v)** la Loi relative à la création d'un ordre des sages-femmes et maïeuticiens. Aussi, d'importantes réformes ont-elles été engagées dont celles de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) devenue la NPSP²⁴⁰, la réforme hospitalière. Sous le couvert de textes généraux juridiquement constitués²⁴¹, plusieurs textes d'organisation ont été pris : i) la loi portant réforme hospitalière a été adoptée et promulguée²⁴². Elle vient fixer un nouveau cadre d'organisation des soins dans les établissements sanitaires publics et privés ; ii) la loi créant

²³⁹ Evaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire (2014).

²⁴⁰ Nouvelle pharmacie de santé publique.

²⁴¹ Au plan juridique, l'organisation du système de santé a connu un développement majeur avec l'adoption de la loi portant Orientation de la Politique de Santé Publique²⁴¹ et l'élaboration d'un projet de loi portant code de santé publique. Ces textes généraux viennent clarifier la vision gouvernementale sur l'organisation de la santé dans le pays.

²⁴² Loi n°2019-678 du 23 Juillet 2019 portant Réforme Hospitalière.

l'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP) prise pour mettre le pays en conformité avec les directives internationales et régionales, de l'OMS, de l'UA²⁴³ et de l'UEMOA, permettra de redynamiser l'homologation, l'inspection, la surveillance du marché et l'assurance de la qualité des produits pharmaceutiques²⁴⁴ ; iii) la loi antitabac a été adoptée et promulguée²⁴⁵ (PNDS (2021-2025)). Par ailleurs, il existe des textes réglementaires régissant l'exercice aussi bien dans le secteur public que privé (PNDS 2016-2020).

S'agissant de la **planification** en Côte d'Ivoire, le secteur de la santé développe à échéance périodique, des **PNDS** exposant les orientations et objectifs stratégiques sectoriels. A côté de ces plans stratégiques sectoriels, **les programmes verticaux du secteur** élaborent également des plans stratégiques et, pour certains, des plans opérationnels annuels. Le PNDS (2021-2025) indique que les établissements sanitaires et leurs structures d'encadrement (directions départementales et directions régionales) ont l'obligation d'établir des **plans d'actions annuels et budgétisés adossés au PNDS**. De même, selon la loi portant orientation de la politique de santé publique, au niveau de chaque région, des **Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS)** devaient être élaborés en collaboration avec les collectivités territoriales et directions régionales de planification. De plus, **plusieurs documents de normes standards et directives de soins** seraient régulièrement élaborés. Aussi dans le cadre du contrôle interne, le Ministère en charge de la santé indique avoir réalisé des **missions d'inspection et de contrôle** au sein de ses structures²⁴⁶.

S'agissant de **l'intégration du secteur privé** dans la gestion de la santé, le ministère de la santé annonce une collaboration avec le secteur privé de la santé qui se fait à travers la **commission paritaire** qui a un rôle consultatif. De plus, une **plateforme du secteur privé de la santé** (PSPSCI) a été mise en place pour renforcer le dialogue entre l'Etat et le secteur privé. Enfin le **comité de concertation Etat-secteur privé** logé à la primature offre aussi un cadre de dialogue entre le gouvernement et le secteur privé de la santé.

²⁴³ Union africaine.

²⁴⁴ Loi n°2017-541 du 5 octobre 2017.

²⁴⁵ Loi n°2019-676 du 23 Juillet 2019 relative à la lutte antitabac en Côte d'Ivoire.

²⁴⁶ Dix-neuf (19) missions d'investigation et de gestion de plaintes transmises par le biais des opérateurs de la Ligne Verte du MSHPCMU de janvier à décembre 2020 ; trente-deux (32) missions d'investigation et d'inspection/contrôle secondaires à des dénonciations et plaintes contre des personnels de santé et des administrateurs d'établissements sanitaires effectuées dans plusieurs localités.

En matière de collaboration, le secteur de la santé bénéficie de nombreux appuis extérieurs, essentiellement les partenaires multilatéraux (SNU²⁴⁷, UE²⁴⁸, Banque mondiale, UA), les partenaires bilatéraux, les initiatives mondiales pour la santé (FM²⁴⁹, GAVI²⁵⁰, GFF²⁵¹, PEPFAR²⁵², AFD²⁵³, etc.) et les ONG internationales. Pour assurer la coordination de tous ces intervenants et un dialogue politique et stratégique constructif afin d'obtenir plus d'efficacité et d'efficience dans la mise en œuvre des programmes de santé, divers organes de coordination ont été mis en place. Ce sont entre autres : i) la plateforme nationale de coordination du financement de la Santé, ii) le mécanisme de coordination du secteur de la santé, iii) le compact national et iv) le partenariat international pour la CSU 2030.

d) Financement

L'analyse de ce domaine s'est faite, sur la base du PNDS (2021-2025), selon principalement la génération de revenus et la mobilisation des ressources. En dépit de l'engagement pris lors de la déclaration d'Abuja en juillet 2001 qui consiste à fixer le taux de croissance du budget de l'Etat au ministère de la santé à 15 % pour les pays signataires, celui en Côte d'Ivoire représentait seulement 7,43% du budget en 2020, à la suite d'une oscillation de 5% à 6% par le passé. La figure n°14 ci-dessous montre que la Côte d'Ivoire se classe bien en deçà de plusieurs autres pays à revenu intermédiaire. En 2018, seuls le Rwanda et l'Ethiopie avaient atteint l'objectif de la déclaration d'Abuja. Une part importante du budget²⁵⁴ du ministère de la santé a été dédiée au fonctionnement (80,45 %), au détriment des investissements (19,55 %). En dépit du **financement des soins de santé primaires²⁵⁵, annoncée comme une priorité nationale, l'État ivoirien ne finance que 19 % des dépenses de soins de santé primaire** dont le financement reste insuffisant²⁵⁶.

²⁴⁷ Système des nations unies.

²⁴⁸ Union européenne.

²⁴⁹ Fonds mondial.

²⁵⁰ L'alliance du vaccin.

²⁵¹ Global Financing Facility : mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents. Hébergé par la Banque mondiale.

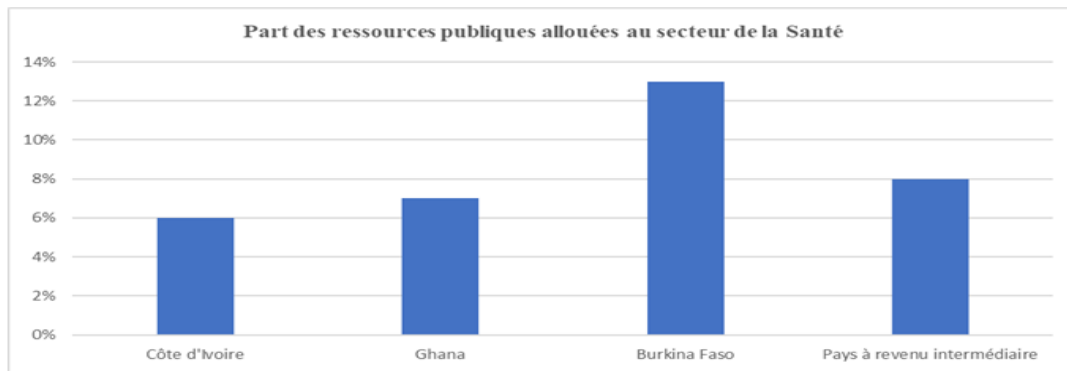
²⁵² Plan d'urgence du président des nations unies pour la lutte contre le SIDA.

²⁵³ Agence française de développement.

²⁵⁴ Le budget du ministère de la santé est passé de 106,8 milliards en 2011 à 245,5 milliards de FCFA²⁵⁴ en 2015.

²⁵⁵ L'allocation budgétaire destinée aux structures du niveau périphérique pour la mise en œuvre des soins de santé primaires a connu une augmentation progressive passant de 10,758 milliards FCFA en 2012 à 11,228 milliards FCFA en 2013 pour atteindre 12,498 milliards en 2014 soit un taux d'accroissement de 16,17 % entre 2012 à 2014.

²⁵⁶ Rapport primary health care performance initiative (2018) cité par PNDS (2021-2025).

Figure n°14 : Part des ressources publiques allouées au secteur de la santé

Source : PNDS (2021-2025)

Selon le rapport des Comptes nationaux de la Santé (CNS)²⁵⁷ de 2018, **le niveau global de dépenses de santé (DTS)**, en Côte d'Ivoire (1,66 milliard de dollars, soit 70 dollars par habitant), se rapproche de celui de nombreux pays à revenu intermédiaire et **seuls 28 %²⁵⁸ de ce montant sont financés par l'État**. L'analyse par sources de financement (cf figure n°15 ci-dessous) dudit rapport montre qu'en Côte d'Ivoire, les principales sources de financement sont : **les ménages (39,43%)**, le secteur public (28,81%), le secteur privé (19,44%), et le reste du monde (12,32%) (PNDS, 2021-2025). Ainsi, ressort-il de l'analyse des DTS que **les ménages sont les plus gros contributeurs du financement de la santé en Côte d'Ivoire**.

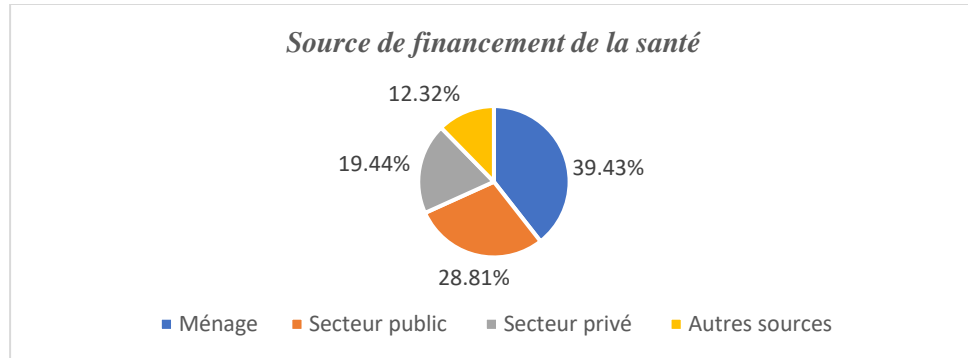
Malgré la gratuité des soins de santé pour les femmes enceintes, les enfants de 0 à 5 ans, la prise en charge des quatre premières causes de morbidité du nouveau-né et les 48 premières heures d'urgences médico-chirurgicales, les paiements directs par les patients restent élevés même si de 2011 à 2018 leur part relative a connu une baisse, passant de 60,2% à 39,43%. L'Administration publique (28,81%) et les Entreprises du secteur privé (19,44%) en 2018 viennent respectivement au second et au troisième rang après les ménages. Les entreprises apportent des contributions au financement de la santé à travers les paiements des frais d'assurance privée à leurs employés, et diverses dépenses au titre d'activités d'établissements de santé d'entreprises et des dons (PNDS, 2021-2025). **Les PTF dont la contribution est de 12,32% mettent à disposition des ressources par des accords de dons** (cas de l'USAID) **et prêts à l'Etat**. Cette contribution des PTF est souvent orientée vers des programmes verticaux ou autres stratégies qui ne sont pas nécessairement alignées avec les besoins des populations. Ces dons et prêts ciblent en général la lutte contre la maladie et le renforcement du système de santé

²⁵⁷ Rapport des comptes de la santé 2018 (PNDS 2021-2025).

²⁵⁸ Comptes nationaux de la santé, 2018 (CIV).

(PNDS 2021-2025). En somme, **les ménages et les financements extérieurs couvrent donc plus de 60 %²⁵⁹ des DTS.**

Figure n°15 : Sources de financement de la santé



Source : PNDS (2021-2025)

La stratégie nationale de collecte des ressources financières pour la santé repose donc faiblement sur le financement public. Les dépenses de santé par habitant restent faibles et représentaient 45 540 F CFA en 2018 loin du standard préconisé par l’OMS qui est de 112 dollars USD soit 60 704 FCFA. Des efforts au niveau national continuent, notamment à travers des réformes, pour améliorer l’offre et la demande de soins de santé qui sont envisagées depuis récemment mais qui souffrent d’un manque de coordination, de bonne gouvernance et de dysfonctionnements institutionnels.

Ainsi, sur la période du PNDS 2016-2020, le Gouvernement ivoirien a entrepris la mise en œuvre de la CMU²⁶⁰ et du projet de FBP²⁶¹ pour respectivement améliorer le financement de l’offre et la demande des soins de santé. Toutes les deux tendent à développer des stratégies dont certaines sont axées sur l’amélioration de la santé maternelle. Et ce, tout en poursuivant la politique de la gratuité ciblée²⁶² également au bénéfice des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans. Le gouvernement aurait également adopté un document d’orientation sur les financements innovants (PNDS 2021-2025). **Depuis 2018, la Côte d’Ivoire est devenue un pays à revenu intermédiaire. Cela se traduit par un changement des conditions d’accès au financement extérieur et à terme par une réduction probable de l’aide au développement.**

259 Financement de la santé : Dossier d’investissement 2020-2023 de la CIV.

²⁶⁰ La CMU devra notamment favoriser aux plus pauvres et populations vulnérables un accès plus important (car gratuit voire à faible coût) à des soins de santé. Une phase d’expérimentation de la CMU a eu lieu entre 2016 et 2019 et une extension à l’échelle nationale est en cours de mise en œuvre.

²⁶¹ Pour améliorer qualitativement et quantitativement, l’offre de services et de soins de santé. Le FBP devrait booster l’offre en favorisant une prestation de soins de qualité et en quantité.

²⁶² Au lendemain de la crise post-électorale, une mesure de gratuité ciblée des soins a été mise en place par arrêté N°0047/MSLS/MEF/CAB du 21 mars 2012 dans le but de soulager les populations rendues vulnérables.

1.2.2 Les dimensions techniques et réalisations effectives dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire

La présentation des dimensions techniques que nous considérons en quelque sorte comme les conséquences des dimensions structurantes se fera à travers : les objectifs de santé et de santé maternelle en Côte d'Ivoire (a), les indicateurs médiocres de santé maternelle (b), la prestation des services de santé (c), les ressources humaines en santé (d), les infrastructures et fournitures pharmaceutiques, de technologies et de biens (e), les informations et connaissances (f).

a) Objectifs de santé et de santé maternelle en Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire dénombre, à ce jour, trois PNDS²⁶³ qui sont la traduction de la politique nationale en matière de santé. D'après le dernier PNDS (2021-2025), le principal objectif du système de santé ivoirien est une Côte d'Ivoire dans laquelle la santé et le bien-être des populations sont les plus élevés possibles avec un système de santé performant, accessible à tous et résilient. De sorte que d'ici à 2025, les populations ont leur état de santé amélioré. Pour concrétiser cette vision, trois axes stratégiques sont ciblés par le gouvernement ivoirien, notamment **la gouvernance de la santé, l'offre de services de santé de qualité et l'utilisation des services de santé.**

Il est annoncé dans le PNDS (2016-2020) un système de santé qui se veut performant, intégré, responsable, efficient et garantissant à toutes les populations vivant en Côte d'Ivoire en particulier les personnes les plus vulnérables, un état de santé optimal pour soutenir la croissance et le développement durable du pays. Plus spécifiquement, les objectifs annoncés du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire sont : améliorer l'utilisation et la qualité des services de santé maternelle et infantile ; et renforcer la prévention, la promotion de la santé et la vulgarisation médicale (PNDS, 2016-2020). Ce qui présente la santé maternelle comme une priorité du système et des politiques de santé en Côte d'Ivoire. Clairement, les axes stratégiques dans la gouvernance du système de santé en Côte d'Ivoire ne semblent pas privilégier la recherche d'un certain équilibre avec les valeurs et principes des différents acteurs, principalement des populations ainsi que la prise en compte du contexte. La définition de tels objectifs et stratégies entraînent, entre autres conséquences, des résultats de santé maternelle en Côte d'Ivoire qui demeurent médiocres, en dépit de tous les efforts consentis.

²⁶³ Les plans nationaux de développement sanitaire ((2012-2015) ; (2016-2020) ; (2021-2025)).

a) Indicateurs médiocres de santé maternelle en Côte d'Ivoire

La mortalité générale en Côte d'Ivoire est tirée vers le haut par des niveaux élevés de mortalités dans les groupes vulnérables parmi lesquels les femmes en âge de procréer (**cf encadré n°29**). Les chiffres en Côte d'Ivoire dévoilent une progression, de loin médiocre et persistante de la santé maternelle. La Côte d'Ivoire enregistrait un rapport de mortalité maternelle de 742 en 2005 pour ne baisser qu'à 645, 10 ans plus tard, en 2015 au lieu de 149 conformément à l'OMD 5A²⁶⁴ (OMS, 2015). En 2016, la Côte d'Ivoire est classée comme le 11^{ème} pays au taux de mortalité maternelle plus élevé au monde par les Indicateurs de développement dans le monde²⁶⁵ (IDM ou WDI en anglais), en enregistrant un taux de 617 décès pour 100 000 naissances vivantes (WDI²⁶⁶, 2017). Selon l'OMS²⁶⁷, ce ratio correspond au fait qu'environ 4535 femmes meurent chaque année ou 16 femmes par jour, en donnant la vie. Pour référence, ce ratio était seulement de 12 dans les régions développées (OMS²⁶⁸, 2015).

La réduction de la mortalité maternelle est d'ailleurs annoncée comme la seule cible des OMD n'ayant pas atteint une évolution positive (PNDS, 2016-2020) en Côte d'Ivoire. **L'hémorragie du post-partum (HPP)** représente la première cause médicale identifiée des décès maternels notifiés (environ 50%). Les **HTA (Hypertensions Artérielles) ou prééclampsies et complications** représentent la deuxième cause identifiée de ces décès maternels notifiés. Les **autres causes non spécifiées** représentent près du tiers des décès maternels notifiés. L'accès limité à un personnel qualifié et à des soins prénatals, aux services de planning familial, ainsi que de nombreuses grossesses non désirées parmi les adolescentes sont mis en cause (PNDS, 2016-2020). Des indicateurs tels que ceux relatifs à la qualité des soins de santé en Côte d'Ivoire dévoilent une situation, de loin, bien plus précaire que celles vécues par des pays à faible revenu ou des pays économiquement plus faibles que la Côte d'Ivoire (**cf encadré n°29**).

²⁶⁴ L'OMD 5A préconisait une réduction de 75% du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

²⁶⁵ Les Indicateurs du développement dans le monde sont une compilation de statistiques pertinentes, de haute qualité et comparables au niveau international sur le développement mondial et la lutte contre la pauvreté. La base de données contient 1 400 indicateurs de séries chronologiques pour 217 économies et plus de 40 groupes de pays, avec des données pour de nombreux indicateurs remontant à plus de 50 ans. <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>.

²⁶⁶ World Development Indicators: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.MMRT>.

²⁶⁷ <https://www.afro.who.int/fr/countries/cote-divoire/news/smni-en-cote-divoire-pour-que-les-femmes-ne-meurent-plus-en-donnant-la-vie-korhogo>.

²⁶⁸ Organisation mondiale de la santé.

Encadré n°29 : Mauvais indicateurs de santé maternelle en Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire a un niveau de *mortalité générale élevée* se situant à 9,9 pour 1000 personnes en 2020. Ce chiffre qui contraste de loin avec celui du Rwanda (5,1‰), par exemple, classe la Côte d'Ivoire en tête de liste des pays de l'UEMOA, en ce qui concerne la mortalité générale (PNDS 2021-2025). Cette situation peu reluisante est largement *tributaire du niveau élevé de mortalité de certains groupes spécifiques, notamment les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de 5 ans, les adolescents et jeunes et les personnes âgées* (PNDS 2021-2025). De même que pour chacun des groupes vulnérables, *la santé de la mère* demeure préoccupante et est annoncée comme une priorité du Gouvernement ivoirien. En dépit des efforts consentis par l'Etat et les partenaires, le taux de mortalité maternelle reste élevé.

Avec 51 029 décès excédentaires en 2015, dont 29 117 dus à la mauvaise qualité des soins et 21 912 à la non-utilisation, le pays a l'une des prévalences les plus élevées de mortalité favorable en Afrique subsaharienne ; et le taux de 128 décès pour 100 000 naissances vivantes dus à la mauvaise qualité est plus élevé que dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, y compris les pays les plus pauvres comme le Libéria (Barber et al, 2017). D'après un indice d'accès et de qualité des soins HAQ²⁶⁹ développé en 2017 par l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), la Côte d'Ivoire est classée au 182e rang sur 195 (HAQ = 42,4)²⁷⁰, bien en dessous des pays économiquement comparables (Ghana - 146, Kenya - 149), et même des pays à faible revenu environnants (Togo - 175, Bénin - 179). En dépit de l'amélioration de l'accès aux soins de qualité en Côte d'Ivoire entre 1990 (indice HAQ = 35,5) et 2015 (indice HAQ = 42,4), cet indice a toujours été bien inférieur à ce qui est potentiellement réalisable pour le niveau de développement global de la Côte d'Ivoire (valeur de l'indice HAQ frontière des pays Côte d'Ivoire 1990 = 46,3 ; 2015 = 51,5)²⁷¹.

Pour ce qui est de *l'utilisation de services des soins prénatals*, on note : i) le retard dans la réalisation de la première CPN (seulement 33,88% des CPN1 ont été effectuées au cours du premier trimestre de la grossesse²⁷²) ; ii) le faible taux de couverture en CPN4 qui est passé de

²⁶⁹ Il s'agit d'un indice d'accès et de qualité des soins de santé qui classe les pays en fonction de la prévalence de la mortalité favorable (c'est-à-dire les décès inutiles et évitables dus à un accès limité à des soins de santé efficaces et de qualité).

²⁷⁰ Valeur de l'indice HAQ frontière : Frontière des niveaux maximum d'accès aux soins de santé personnels et de qualité observés sur la base du niveau de développement. Le niveau de développement a été quantifié en utilisant le revenu par habitant, le nombre moyen d'années d'études et le taux de fécondité total.

²⁷¹ Valeur de l'indice HAQ frontière : Frontière des niveaux maximum d'accès aux soins de santé personnels et de qualité observés sur la base du niveau de développement. Le niveau de développement a été quantifié en utilisant le revenu par habitant, le nombre moyen d'années d'études et le taux de fécondité total.

²⁷² RASS 2020.

38,2% en 2015 à 42,31% en 2020 et iii) le faible taux de couverture en SP3²⁷³ (47,33%). La couverture en *CPoN* reste insuffisante bien qu'elle soit passée de 20,13% en 2016 à 42,39% en 2020 (RASS). En matière de *planification familiale*, on note une faible prévalence contraceptive. En 2020, seulement plus d'une femme sur cinq (22,5%) avait utilisé une méthode contraceptive contre 22,6 % en 2018 et on estime les besoins non satisfaits à 32,60%²⁷⁴.

En matière de prévention, les actions de promotion de la santé maternelle ont peu d'influence. Le taux d'allaitement maternel exclusif à six mois est passé de 4 % en 2010 à 12 % en 2012 en deçà de l'objectif du PNDS (2012-2015) qui était de 50 %.

b) Prestation de services de santé

Comme déjà remarqué, il semble exister, en Côte d'Ivoire, un laisser-faire et une négligence des autorités publiques qui débouche sur une promotion du secteur privé de la santé au profit d'une minorité. La prestation des services de santé modernes y est assurée par **un secteur public relativement accessible**, souffrant **d'un plateau technique insuffisant**, d'un **personnel de santé peu qualifié**, d'une **faible qualité des soins** et parallèlement par un **secteur privé faiblement intégré dans la planification de la santé et seulement accessible à certaines catégories de la population ayant divers moyens d'y recourir**.

Le PNDS (2021-2025) annonce des efforts pour *l'amélioration de la qualité des prestations des services de santé* (cf encadré n°30), pour l'amélioration de l'utilisation des services de santé ainsi que pour le respect d'une *organisation pyramidale des soins*²⁷⁵ et l'existence de textes réglementaires (arrêté N28/MSHP/CAB du 08 février 2002 portant détermination de la pyramide sanitaire). Il annonce que les capacités des prestataires de services de santé ont été renforcées et des mécanismes d'exemption (gratuité ciblée) et de subvention dans la prise en charge de certaines pathologies et patients vulnérables (mères et enfants de moins de 5 ans) ont été mis en place. Il indique également l'intégration²⁷⁶ de la médecine et la pharmacopée

²⁷³ Sulfadoxine pyriméthamine : Traitement préventif intermittent contre le paludisme recommandé pendant la grossesse, administré à au moins un mois d'intervalle pour 3 traitements en tout à administrés.

²⁷⁴ Rapport FP 2020, PMA 2020.

²⁷⁵ Le niveau primaire constituant le point d'entrée dans le système de santé, le niveau secondaire constituant le point de référence immédiat ou de premier recours du niveau primaire, le niveau tertiaire constitué de tous les établissements de soins publics qui assurent une fonction de second recours pour les usagers et qui possèdent une capacité technique de diagnostic et de traitement pour les cas ne pouvant être pris en charge au niveau secondaire.

²⁷⁶ Cette intégration s'est poursuivie par la mise en œuvre du Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 portant Code d'Éthique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles. Décret qui a permis de

traditionnelles dans les activités préventives et promotionnelles²⁷⁷ du système national de santé (PNDS, 2021-2025).

Au niveau de la participation communautaire, la documentation relate le développement de plusieurs initiatives devant permettre une réelle implication des communautés dans la prise en charge de leurs problèmes de santé. Il s'agirait de la mise en place des comités de gestion (COGES²⁷⁸) et des relais communautaires, de l'élaboration du document du cadre de mise en œuvre des interventions communautaires et du guide national de formation des ASC (PNDS 2016-2020). Toutefois, le PNDS (2021-2025) indique aussi une faible implication communautaire dans la surveillance des décès maternels avec un taux de notification de 20% en 2019²⁷⁹ dû à la non-fonctionnalité du comité national et des comités déconcentrés de surveillance, de revue et riposte des décès maternels.

Encadré n°30 : Quelques documents de politique pour améliorer la qualité des prestataires de services de santé en Côte d'Ivoire

Pour faire face à la qualité des prestations des soins et services de santé aux populations, deux *documents de politiques*²⁸⁰ dont, le document de Politique Nationale d'Amélioration de la qualité des soins et des services²⁸¹ (PNAQS), ont été développés (PNDS 2021-2025). De plus un plan stratégique qualité²⁸², un document de directives²⁸³ et un guide de surveillance des infections nosocomiales²⁸⁴ ont également été élaborés. Une évaluation de la qualité dans 11 CHR²⁸⁵ et 41 HG montre un score global dans les CHR de 56,7% et de 46,07% pour les HG en deçà de la performance exigée de 80%. 43 % des établissements publics de soins sanitaires

clarifier les devoirs des praticiens de médecine traditionnelle et l'utilisation des médicaments traditionnels y compris l'interdiction de la publicité (Plan stratégique national d'amélioration de la qualité, hygiène et sécurité. Mars 2017).

²⁷⁷ Ainsi des praticiens de médecine traditionnelle auraient été intégrés dans les activités préventives et promotionnelles de santé dans 40 DD. Et des modules de formation sur la médecine traditionnelle auraient été intégrés dans les curricula de formation à l'Université Lorougnon Guédé de Daloa et à l'UFR des Sciences Médicales de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan.

²⁷⁸ Les COGES sont des organes de gestion responsabilisant les populations dans la gestion des centres de santé (initiative suscitée par l'initiative de Bamako).

²⁷⁹ Plan de passage à l'échelle SDMPR 2018-2020.

²⁸⁰ Politique nationale d'amélioration de la qualité des soins et des services de santé en Côte d'Ivoire. Juin 2016 ; Politique Nationale d'Hygiène Hospitalière. 2017.

²⁸¹ Il définit le cadre de développement de la qualité dans le secteur de la santé qui s'articule autour de la promotion d'une carte sanitaire équilibrée en termes d'offre de soins, l'extension et le renforcement de la gratuité des soins, l'amélioration de la fréquentation des soins.

²⁸² Plan stratégique national d'amélioration de la qualité, hygiène et sécurité. Mars 2017.

²⁸³ Directives pour la lutte contre les infections nosocomiales à l'intention des établissements de santé. 1ère édition. 2017.

²⁸⁴ Guide national de surveillance et de prévention des infections nosocomiales. 1ère édition. Octobre 2017.

²⁸⁵ Centre hospitalier régional.

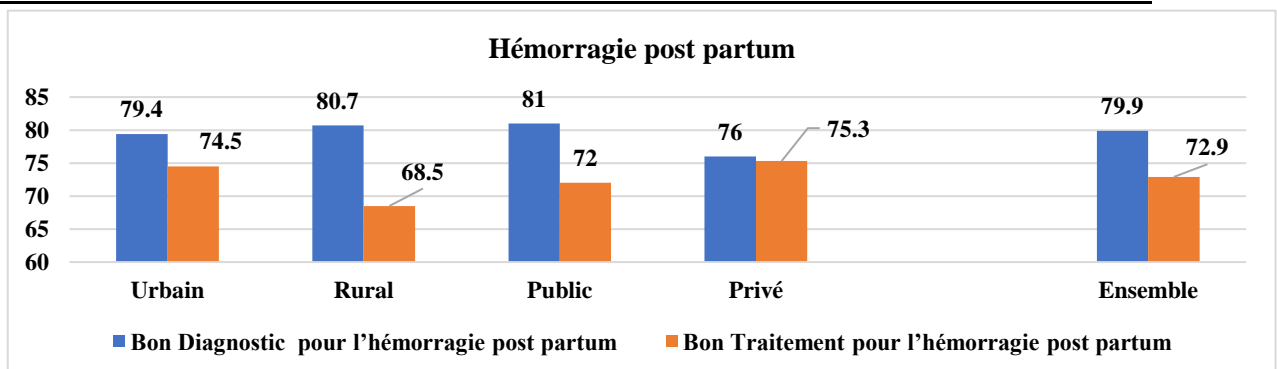
(EPS) ne disposent pas de points d'eau se trouvant à l'intérieur des bâtiments. 39 % des EPS de l'ensemble des régions sanitaires ne disposent pas de latrines fonctionnelles.

Le PNDS (2016-2020) défend une bonne utilisation des protocoles/directives de prise en charge des pathologies et annonce en moyenne 85 % des prestataires formés qui les utilisent effectivement de façon globale. Des procédures opérationnelles de prise en charge des urgences des CHU d'Abidjan auraient été élaborées.

S'agissant de *la santé maternelle*, les données disponibles pointent **les causes médicales comme les principales causes de décès maternel avec 80% de ces décès qui ont lieu dans les établissements sanitaires**, reflétant les lacunes du suivi, la couverture insuffisante et la mauvaise qualité des soins obstétricaux qui nuisent à la prévention et à la gestion des complications pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale, et à une nutrition inadéquate. Le nombre élevé de grossesses chez les adolescentes (30 %) est particulièrement préoccupant²⁸⁶ et cause 14,8 % des décès maternels.

Aussi pour la prise en charge de l'hémorragie du post-partum (HPP), le pourcentage des cas HPP traités par le tamponnement intra-utérin par ballonnet est de 70,3% en 2020 (Rapport activité PNSME²⁸⁷, 2021). Plus précisément, d'après l'EIPSS (2021), 79,9% du personnel de santé font du bon diagnostic et 72,9% proposent le bon traitement²⁸⁸ de l'HPP (cf figure n°16 ci-dessous).

Figure n°16 : Répartition (en %) des prestataires de services de santé réalisant un bon diagnostic et traitement pour l'hémorragie post partum par statut et localisation de l'établissement sanitaire, Côte d'Ivoire, EIPSS²⁸⁹ 2021



²⁸⁶ Les « adolescentes enceintes » appartiennent à la classe d'âges des 15 à 19 ans.

²⁸⁷ Programme national de santé mère enfant.

²⁸⁸ Le bon traitement prend en compte les gestes clés ou l'administration de certains produits clés ou le fait de référer le cas.

²⁸⁹ Enquête sur les indicateurs de prestation de services de santé en Côte d'Ivoire.

Pour le diagnostic de **la prééclampsie**, l'EIPSS (2021) relate que 85,7% des prestataires de services de santé ont réalisé un diagnostic correct de la prééclampsie, au niveau national. Quant au traitement, 75,4% des prestataires de services de santé ont donné le bon traitement de la prééclampsie. En ce qui concerne la prévalence par zone des cas de HPP et de la prééclampsie, nous pouvons remarquer que les résultats ne sont pas homogènes, selon que l'on se trouve dans le secteur public ou privé, dans le milieu rural ou urbain.

Enfin, le taux d'accouchements par césarienne est faible (0,61 %) comparativement au minimum de 5 % recommandé par l'OMS. Seuls 11 des 100 hôpitaux ivoiriens (10 %) offrent actuellement des SONUC²⁹⁰, et 18 des 412 installations de soins de santé primaires (4 %) offrent des SONUB²⁹¹.

Pour ce qui est de *l'utilisation des services de santé prénatals*, on observe une augmentation (cf chapitre 4 dont l'enquête 1 (E1) avec les femmes enceintes et accouchées²⁹² et **encadré n°29**), quoique toujours lente, du taux d'utilisation et de fréquentation des établissements sanitaires en Côte d'Ivoire, au fil du temps. Celle-ci pourrait s'expliquer par l'amélioration, bien qu'insuffisante de la qualité des soins dans les établissements sanitaires, la prise de conscience progressive du bien-fondé d'un suivi médical moderne²⁹³ par les femmes et communautés généralement, l'instauration de la gratuité des soins ciblant les couches de populations les plus vulnérables ainsi que les femmes enceintes. Bien qu'accéder à des services de santé de qualité demeure un luxe pour certaines catégories de femmes en Côte d'Ivoire, les femmes comprennent de plus en plus qu'elles ont effectivement plus de chance de survie quand elles ont accès à des soins de qualité fournis par des prestataires de services de santé qualifiés. A ce sujet, plusieurs femmes enquêtées ont des propos qui convergent vers le verbatim ci-dessous de F.17.1 :

-F.17.1 : « *Quand on y va tôt, en cas de grossesse extra-utérine montrée par échographie on peut enlever la grossesse. Je suis allée quand même pour éviter les problèmes de*

²⁹⁰ Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets.

²⁹¹ Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base. Les interventions SONUB les moins fréquemment pratiqués en Côte d'Ivoire sont l'accouchement assisté par ventouse obstétricale (14 %) et la réanimation néonatale (39 %) (FNUAP, 2017).

²⁹² Les consommatrices de soins de santé maternelle et cibles principales du système de santé maternelle, dans notre étude, sont les femmes enceintes et accouchées (jusqu'à 40 jours) en Côte d'Ivoire. Dans les textes, ces dernières ont toutes le même droit (ainsi que leurs enfants) à des soins de qualité et à une bonne santé, du premier jour de leur grossesse, jusqu'après la période postnatale.

²⁹³ Pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-natale.

grossesse mal placées (grossesse extra-utérine) car j'ai ma servante et une amie qui ont été dans cette situation ».

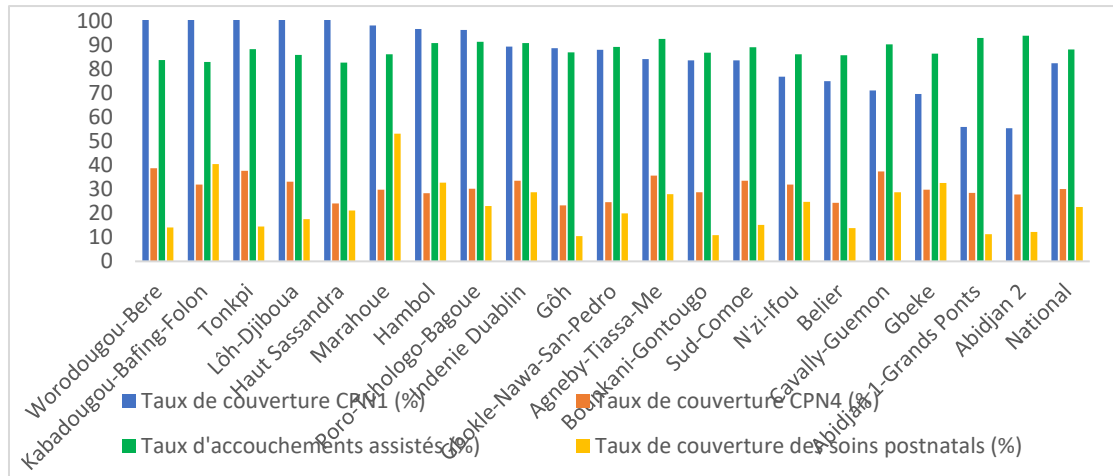
Elles comprennent également que les décès se font surtout dans des établissements sanitaires qui sont faiblement équipés, peu structurés, aux prestataires de services de santé peu compétents et avec un faible système de référence. Elles seront ainsi peu confiantes et motivées à fréquenter des services de santé modernes, s'ils ont une mauvaise réputation, même s'ils sont fournis par des services de santé publics avec des mesures de subvention en faveur des plus vulnérables (cf verbatims section 1.1.2 du chapitre 2). Ceci semble également valable pour les femmes peu éduquées enquêtées dans des établissements publics de soins sanitaires (EPS) de premier contact ou de référence, comme le relate ONG.4.2 à travers le verbatim suivant :

-ONG.4.2 : « Elles ont également la hantise de ne pas être bien reçues. Raison pour laquelle elles préfèrent rester chez elles pour accoucher »

Bien que la proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié soit élevée²⁹⁴ (de 57,43% en 2016 à 71,56% en 2020), les faibles taux de réalisation des CPN1 et CPN4 (cf **1.2.1.3 encadré n°29**) s'expliquent en partie par l'insuffisance d'éducation sanitaire pour promouvoir les soins prénatals, la préparation à l'accouchement et à la prise en charge des complications. La couverture en *CPoN* reste insuffisante (cf **1.2.1.3 encadré n°29**), démontrant la faible capacité du système de santé de garder le contact avec les patientes à la suite d'une première consultation (cf figure n°17 ci-dessous). D'après le RASS (2017), 95 % des femmes dans le quintile le plus riche accouchent avec l'aide de personnel de santé qualifié, contre 49 % des femmes dans le quintile le plus pauvre.

²⁹⁴ Ce dernier est faible par rapport à l'objectif national de 80% et varie selon les régions sanitaires. Des inégalités sont donc enregistrées et il existe des disparités régionales. Les régions sanitaires de Worodougou (122,32%), de Folon (113,51%) et de Kabadougou (106,09%) enregistrent les taux d'accouchements assistés les plus élevés du pays tandis que les taux les moins élevés se rencontrent dans les régions sanitaires d'Abidjan 2 (37,21%), du Guémon (49,46%) et d'Abidjan 1 (51,07%) (RASS, 2020).

Figure n°17 : CPN 1, CPN 4, accouchements assistés par du personnel qualifié et taux de couverture des soins postnatals en Côte d'Ivoire, par région, 2017²⁹⁵



Source : Poverty assessment in Côte d'Ivoire (World Bank Group, 2022)

Au niveau de *la santé de la reproduction*, en matière de *planification familiale*, on note une faible prévalence contraceptive, au niveau national (cf **1.2.1.3 encadré n°29**) qui a pour causes majeures : i) une faible accessibilité des services adaptés aux besoins des utilisateurs et ii) l'environnement socio-culturel peu favorable à l'accès aux services de la planification familiale. La proportion des établissements sanitaires offrant au moins 3 méthodes modernes de contraception est de 71%.

En ce qui concerne la *santé des nouveau-nés et des enfants*, l'offre de service reste faible. Les soins aux nouveau-nés souffrent d'un déficit de qualité dû aux ruptures fréquentes de médicaments et à l'insuffisance du plateau technique. La réanimation du nouveau-né n'est pratiquée que dans 39% des établissements sanitaires. Les causes de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans sont marquées par le paludisme avec une incidence de 440,97‰ suivi des infections respiratoire aigues (167,44‰), de l'anémie (158,66‰), des maladies diarrhéiques (61,31 ‰) et de la malnutrition (9,4‰) en 2020 (RASS 2020).

Selon l'EIPSS (2021) en Côte d'Ivoire, 68,5% du personnel de santé font le bon diagnostic de la palu-anémie et 46,2% font le traitement complet. 85,1% du personnel de santé font le bon diagnostic d'infections respiratoire aigues et 60,4% font le traitement complet. 26,4% du personnel de santé font le bon diagnostic de la diarrhée et 11,1% font le traitement

²⁹⁵ RASS (2017).

complet. 25,2% du personnel de santé font le bon diagnostic de la Malnutrition et 62,4% font le traitement complet. 58,5% du personnel de santé font le bon diagnostic de la détresse respiratoire et 5,3 points sur 10 proposent le traitement complet.

En somme, quelle que soit la cause médicale des morbidité et mortalité maternelles et infantiles (hormis la malnutrition), l'on peut constater un taux de diagnostic par les prestataires de services de santé toujours plus élevé que le taux du traitement. Ce qui pourrait traduire la faiblesse du plateau technique pour répondre à ces problèmes médicaux ou simplement une faible connaissance des prestataires de services de santé sur les traitements à proposer.

c) Ressources humaines en santé

Le système de santé ivoirien est de type pyramidal avec un versant administratif ou gestionnaire (cf encadré n°30) et un versant offre de soins ou prestataires de services de santé, essentiellement du secteur public (cf sous-section 1.2.9 pour le versant offre de soins). En 2020 au plan national, le *ratio médecin-population* est de 1,4 médecins pour 10 000 habitants. 39,82% des districts départementaux ou sanitaires ont atteint la norme de 1 médecin pour 10 000 habitants. Le *ratio infirmier-population* est de 2,36 infirmiers pour 5 000 habitants. Au niveau des districts sanitaires départementaux, 92,03% en 2020 ont atteint la norme de 1 infirmier pour 5 000 habitants. Le *ratio sage-femme/femme en âge de procréer* au plan national est en 2020 de 3,05 sages-femmes pour 3 000 femmes en âge de procréer, soit une sage-femme pour 984 femmes en âge de procréer. Ce qui fait qu'au niveau des districts sanitaires, 98,23% en 2020 ont atteint la norme de 1 sages-femmes pour 3000 femmes en âge de procréer²⁹⁶.

Le RASS (2020) annonce d'ailleurs que la norme OMS de 1 sage-femme pour 3000 femmes en âge de procréer a été atteinte dans toutes les régions sanitaires en 2020. Pour ce qui est de la *densité des personnels* de santé tous confondus pour 10 000 habitants, même si elle est passée de 6,6 en 2016 à 8,57 en 2020, elle est encore loin en dessous du standard de l'OMS de 23 personnels de santé pour 10 000 habitants. Seulement 1/113 district sanitaire (celui de Jacquville) a atteint cette norme.

Encadré n°30 : Le versant gestionnaire du système de santé en Côte d'Ivoire

Le versant administratif ou gestionnaire du système sanitaire comprend trois niveaux. Au niveau central, le Cabinet du ministère de la santé, les Directions et Services centraux et les

296 RASS 2020

Programmes de santé. **Ces structures sont chargées de la définition de la Politique ainsi que de l'appui et de la coordination globale de la santé.** *Au niveau intermédiaire, 33 Directions Régionales (DR) qui ont pour mission d'appuyer les 113 districts sanitaires départementaux (DD) dans la mise en œuvre de la politique sanitaire au niveau périphérique. Ces 113 DD sont chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Par ailleurs, le district sanitaire qui constitue l'unité opérationnelle du système de santé est subdivisé en aires sanitaires qui représentent le bassin de desserte d'un ESPC. Les différentes entités de ce versant administratif prennent part à la planification du système de santé en Côte d'Ivoire.*

Le secteur sanitaire privé s'est développé ces dernières années avec l'émergence d'établissements sanitaires privés de toutes classes et de toutes catégories (polycliniques, cliniques, centres et cabinets médicaux, officines de pharmacie, infirmeries privées) s'insérant dans les différents niveaux de la pyramide sanitaire, selon le PNDS (2021-2025). Il est essentiellement présent dans les grandes agglomérations ou les pôles économiques. Le secteur privé contribue au niveau national à environ 40% de l'offre de service de santé. Ce qui interroge le niveau de volonté politique voire une certaine difficulté de l'Etat à assurer des prestations de services correctes et équitables en Côte d'Ivoire.

Par ailleurs, à côté du système de soin public ou privé, il existe un système communautaire basé sur les prestations des ASC. On note dans ce système communautaire, des organisations à base communautaire et des leaders communautaires qui sont des canaux de sensibilisation et qui constituent des réseaux sociaux et favorisent l'autonomie des membres des communautés à la prise en charge de leurs propres problèmes de santé.

Depuis 2018, la Côte d'Ivoire a identifié et *répertorié un peu plus de 11 000* (environ 11400²⁹⁷) ASC à l'échelle nationale (PNDS 2021-2025). Les travailleurs communautaires que sont les ASC sont des membres des communautés dans lesquelles ils travaillent, après avoir été sélectionnés par elles. Ils sont chargés d'assurer des interventions au profit des familles et des communautés dans les domaines de la santé maternelle et infantile, de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, du VIH, de la promotion des pratiques familiales essentielles, de l'hygiène et de l'assainissement. Selon le PNDS (2021-2025), ces ASC sont encadrés et supervisés par les agents de santé des ESPC (infirmier et ou sage-femme). A travers les ASC, le

²⁹⁷ Rapport de la DSC (Direction de la santé communautaire).

ministère de la santé affirme disposer des moyens d'atteindre les 33 % de la population vivant encore à plus de 5 km d'un ESPC (PNDS 2021-2025).

Par ailleurs, il existe un secteur en pleine extension de **médecine traditionnelle**²⁹⁸. Le ministère de la santé aurait mis en application les recommandations de l'OMS, en intégrant la médecine traditionnelle²⁹⁹ au niveau de ses priorités comme une alternative aux besoins en santé de la population pour améliorer la couverture sanitaire et réduire les disparités et inégalités en matière d'accès des populations à des soins de qualité (PNDS 2016-2020).

Enfin, il est annoncé que d'autres ministères tels que ceux en charge de l'emploi et de la protection sociale, de la Défense, de l'Économie et des Finances, de la Fonction Publique et de la réforme administrative, de la solidarité, de la famille, de la femme et de l'enfant, de l'Éducation nationale et de l'Intérieur participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires (PNDS, 2016-2020 p33). Malgré cet important dispositif de soins, il persiste des zones de silence sanitaire. Selon le RASS (2020), plus de 29 % de la population vivait à plus de 5 km d'un établissement sanitaire.

d) Infrastructures et fournitures pharmaceutiques, de technologies et de biens

Le tableau des infrastructures sanitaires en Côte d'Ivoire interroge également le niveau d'engagement politique et la négligence de l'Etat dans la réduction des inégalités et l'amélioration de la santé. Les structures sanitaires dans le secteur public du versant offre de soins sont organisées en 3 niveaux selon la pyramide sanitaire. La version offre de soins du réseau sanitaire est ainsi constituée de 2442 établissements sanitaires publics (EPS) comprenant en 2020 selon la pyramide sanitaire pour le secteur public, 2311 ESPC³⁰⁰ au niveau primaire. Le niveau secondaire est constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence, dont 19 CHR et

²⁹⁸ L'exercice et l'organisation seraient réglementés par la Loi n°2015-536 du 20 juillet 2015 et le Code d'Éthique et de Déontologie des praticiens de médecine et pharmacopée traditionnelles par le Décret n°2016-24 du 27 janvier 2016 (PNDS 2021-2025).

²⁹⁹ Le répertoire national des praticiens de la médecine traditionnelle a enregistré en 2020, 7020 praticiens (Répertoire national des praticiens de la médecine traditionnelle (PMT), de leurs pratiques et des pathologies traitées, 2020). Les PMT autorisés à exercer en Côte d'Ivoire sont les accoucheuses traditionnelles, les naturothérapeutes, les phytothérapeutes, les médico-droguistes, les psychothérapeutes et les herboristes. Parmi les PMT recensés, 1500 ont été formés et participent auprès des districts sanitaires aux activités préventives et promotionnelles de santé (PNDS 2021-2025). Le ministère de la santé indique 130 centres de médecine traditionnelle (CMT) sur environ 3000 estimés (Répertoire national des CMT, 2020).

³⁰⁰ Les ESPC comprennent des centres de santé ruraux, urbains dont 25 à base communautaires, des centres de santé urbains spécialisés, des formations sanitaires urbaines dont 15 à base communautaire. On note en outre d'autres Etablissements Publics Nationaux d'appui tels que le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), le Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (N-PSP), le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

100 HG, 2 Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké). Le niveau tertiaire comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence dont 5 CHU et 7 instituts spécialisés³⁰¹ de soins au niveau tertiaire (PNDS 2021-2025). Il est essentiellement composé d'établissements Publics Nationaux (EPN).

A côté de ce secteur public, il existe le secteur privé de la santé qui est en plein essor. On y distingue un secteur privé confessionnel, un secteur privé pharmaceutique. En fin 2020, le tableau ci-dessous montre le nombre d'établissements sanitaires privés par niveau d'interventions clés³⁰². La Côte d'Ivoire compte pour *le secteur privé*, 2543 établissements sanitaires privés de santé répertoriés y compris les 1523 établissements sanitaires offrant des interventions clés dont 24 polycliniques (soit 0,94% qui offrent des services multiples) répartis dans le grand Abidjan à plus de 67%. La majeure partie (près de 93 %) de ces établissements sanitaires offre des soins de santé primaires et les consultations. Le secteur *privé confessionnel*, les associations et les organisations à base communautaire participent également à l'offre de soins surtout au niveau primaire, avec 49 établissements sanitaires³⁰³. Toutefois, il y a lieu de préciser que ceci n'est pas exhaustif, dans la mesure où encore **plusieurs établissements sanitaires privés clandestins ou non répertoriés existent et exercent** (PNDS 2016-2020).

TABLEAU N°9 : NOMBRE D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES PAR NIVEAU D'INTERVENTIONS CLES

NIVEAU D'INTERVENTION	NOMBRES D'ETABLISSEMENTS
Polyclinique médicale	24
Clinique médicale	317
Centre médical	465
Cabinet médical	55
Maternité	114
Centre de soins infirmiers	548

Source: PNDS (2016-2020)

³⁰¹ Cinq (5) de ces Instituts Nationaux Spécialisés : Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA).

³⁰² Rapport d'activité 2020 DEPS (cité par PNDS, 2021-2025).

³⁰³ Rapport d'activités DEPS.

Selon le RASS (2020), le *ratio ESPC/Population* est passé de 0,83 ESPC pour 10 000 habitants en 2016 à 1,29 ESPC pour 10 000 Habitants en 2020. Le *taux d'accès* aux services de santé est passé de 67 % en 2016 à 70,17 % en 2020. Pour ce qui est de la médecine traditionnelle, 130 centres de médecine traditionnelle (CMT) sont enregistrés sur environ 3000 estimés³⁰⁴.

Au niveau des équipements et plateaux techniques des établissements sanitaires publics, le pays compte, à ce jour, 164 blocs opératoires dont 46 non fonctionnels en 2020 au plan national au niveau des hôpitaux publics de second niveau, 247 laboratoires d'analyses de biologies médicales dont 8 non fonctionnels dans les hôpitaux publics de second niveau et 96 services de radiologie dont 18 non fonctionnels (RASS 2020).

Le PNDS annonce également que l'offre de paquet complémentaire d'activités (PCA) a été amélioré. Il annonce également un renforcement de la capacité de référence du pays en passant de 576 en 2016 à 743 ambulances en 2020. La capacité litière de la Côte d'Ivoire est de 6 797 lits en 2020 (RASS 2020). Les secours en électricité (CHU, CHR et HG) sont constitués de 85 groupes électrogènes existants. La gestion et la maintenance dans le secteur sont dites être assurées.

En 2014, le **secteur pharmaceutique**³⁰⁵ **essentiellement privé** occupait une place prépondérante dans le système de santé et couvrait entre 80 et 90% de l'offre en médicament. Ce secteur pharmaceutique privé comprend essentiellement : quatre (4) grossistes-répartiteurs (UBIPHARM, COPHARMED, DPCI et TEDIS PHARMA CI) qui importent plus de 90 % de leurs produits, 1100 officines privées de pharmacie, 8 unités de production de médicaments dont 4 en activité produisant 6 % du marché pharmaceutique national. Quant au secteur de la médecine traditionnelle, il comptait en 2015, plus de 8500 praticiens pour ceux reconnus.

En 2020, on dénombrait 137 dépôts de *sang* répartis sur l'ensemble du territoire (RASS, 2016). Il existe sept (7) dépôts régionaux de stockage des vaccins, au niveau national.

Le secteur public pharmaceutique est essentiellement approvisionné par la Nouvelle pharmacie de santé publique de Côte d'Ivoire (NPSP-CI)³⁰⁶ qui est liée à l'Etat de Côte d'Ivoire

³⁰⁴ Répertoire national des CMT, 2020 (cité par PNDS, 2021-2025).

³⁰⁵ Au niveau institutionnel, le PNDS annonce l'existence de nombreux textes législatifs et réglementaires ainsi que de plusieurs entités (La Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique de Côte d'Ivoire (NPSP-CI), l'Autorité Ivoirienne de Régulation Pharmaceutique (AIRP), la Direction de l'Activité Pharmaceutique (DAP)) pour la régulation du secteur pharmaceutique.

³⁰⁶ Des dispositions réglementaires ont permis de réaliser la réforme de la Pharmacie de Santé Publique (PSP) qui a changé de statut passant d'un EPN de type Industriel et Commercial (EPIC) à une Association Sans But Lucratif (ASBL) dénommée « Nouvelle PSP-CI » par le décret N° 2013-792 du 20 novembre 2013.

par une convention. L'enquête³⁰⁷ selon la méthodologie OMS/HAI menée en 2013 et 2014 par la DPML³⁰⁸ et le PNDAP³⁰⁹ a révélé que la disponibilité moyenne de tous les médicaments était de 31,6 %, superposable à la disponibilité moyenne des 48 médicaments existant sur la liste nationale des médicaments essentiels de 31,9 %. La disponibilité des stocks en médicaments et intrants stratégiques est estimée à 80% au niveau national à la NPSP. Le taux national de disponibilité en médicaments traceurs est de 67,4%. **La production locale représente 6% de couverture des besoins nationaux en médicaments. Le marché illicite et la contrefaçon des médicaments**, estimé à environ 30 % du marché pharmaceutique national, est très actif et visité par une partie de la population. Pour la lutte contre les médicaments contrefaits, le décret N°2013-557 du 05 Août 2013 a permis la mise en place du Comité National de Lutte contre le trafic illicite et la contrefaçon des médicaments pour garantir la qualité des médicaments dans les établissements sanitaires.

e) Informations et connaissances

En Côte d'Ivoire, la transmission de l'information et des connaissances sanitaires relève de la responsabilité de l'Etat. Il se doit d'une part de véhiculer à tous les niveaux de la population et sensibiliser sur les politiques et programmes de santé mis en œuvre ainsi que les bonnes pratiques tout en s'assurant de leur transmission verticale et horizontale. Il existe un système national de l'information sanitaire (SNIS) et un processus de digitalisation des données sanitaires est en cours de mise en œuvre en Côte d'Ivoire. Le PNDS annonce **100%** de complétude des rapports des districts en 2020 et **98,23%** de promptitude.

Pour la gestion de l'information sanitaire, des rapports annuels sur la situation sanitaire³¹⁰ (RASS) sont régulièrement produits par la direction de l'informatique et de l'information sanitaire (DIIS). Par ailleurs, il existe un support de gestion de l'information sanitaire basé que sur 20/33 régions sanitaires. D'autres sources de gestion de l'information sanitaire ont été élaborées telles **qu'une « Carte Sanitaire primaire » regroupant uniquement les données du secteur public**. L'on note une faible utilisation des données au niveau des établissements sanitaires et moyenne aux niveaux districts (53%) et régions (57%).

³⁰⁷ Etude du prix, de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments en Côte d'Ivoire, DPML- 2014 (PNDS, 2021-2025).

³⁰⁸ Direction de la pharmacie, du médicament et des laboratoires de Côte d'Ivoire.

³⁰⁹ Programme National de développement de l'activité pharmaceutique de Côte d'Ivoire.

³¹⁰ Un RASS est élaboré régulièrement chaque année, depuis 2012, mais avant cela en 1999-2000, 2005-2007 des RASS ont été produits.

D'ores et déjà, cette présentation des dimensions structurantes et techniques du système de santé en Côte d'Ivoire a permis de mettre à nu certaines failles ainsi qu'une fragmentation du système traduisant bien souvent un écart entre les mesures annoncées et les pratiques. Cette incohérence questionne le niveau de volonté et d'engagement politique ainsi que les arrangements entre les mécanismes de coordination, notamment l'Etat et le marché.

Section 2 : Failles du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire à la lumière du cadre d'Olmen et al. (2012)

Dans cette section, nous sommes dans une démarche d'examen des failles³¹¹ du système de santé ivoirien dans son ensemble, au niveau des **deux grandes catégories de composantes que nous avons définies après hiérarchisation et regroupement des dix éléments du cadre d'Olmen et al. (2012), dans la sous-section 1.2 de ce chapitre 7**. En plus des failles constatées de fait, nous mettons en exergue des failles qui relèvent soit d'une déconnexion entre les discours officiels et les pratiques, soit d'une insuffisance de synergie entre les différentes catégories d'éléments d'Olmen et al. (2012), voire entre des mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG). Ainsi, nous y présentons les dysfonctionnements en Côte d'Ivoire au niveau des dimensions structurantes ainsi que les hypothèses de faibles complémentarités institutionnelles performantes (CIP) et de fortes complémentarités institutionnelles dominantes (CID) qui en ressortent (2.1). Puis nous abordons les conséquences sur les aspects techniques de ces failles au niveau des facteurs structurants entretenant davantage de faibles CIP et de fortes CID entre les MCG du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire (2.2).

2.1 Failles au niveau des dimensions structurantes : de faibles complémentarités entre les mécanismes de coordination

Nous examinons les failles au niveau des dimensions fondamentales et structurantes du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire qui mettent en lumière : un contexte faiblement pris en compte dans la définition des objectifs et politiques de santé (2.1.1), la faible recherche d'un équilibre entre les différentes valeurs des acteurs au détriment des populations (2.1.2), une faible gouvernance et un faible leadership de l'Etat (2.1.3), un financement inéquitable au détriment des populations (2.4).

³¹¹ Toutes failles : fondamentales, structurelles et celles relevant de faibles complémentarités.

2.1.1 Contexte faiblement pris en compte dans la définition des objectifs et politiques de santé

Le contexte en Côte d'Ivoire fait montre de sérieux défis, essentiellement dans la capacité des pouvoirs publics à gérer les différentes tensions existantes (cf section 1.2), au niveau de dimensions importantes qui font partie des déterminants sociaux de la santé maternelle (DSSM). Et ce, au détriment des bénéficiaires particulièrement ceux vulnérables du système de santé. Ces dimensions sont entre autres le contexte socio-politique, l'environnement national et international, l'emploi, le financement, l'éducation, etc.

La Côte d'Ivoire abrite une population majoritairement pauvre, un secteur informel prépondérant et un système de santé et éducatif peu socialisé, à l'image des pays subsahariens. Bien que l'indice de Gini pour la Côte d'Ivoire se soit amélioré entre 1985 (0,455) et 2018 (37,2)³¹², les inégalités sociales y persistent. Les crises socio-politiques successives que la Côte d'Ivoire ou les pays environnants ont vécues accentuent la paupérisation de la population, notamment des plus vulnérables. La population féminine en Côte d'Ivoire est la frange la plus pauvre, la moins éduquée, la plus dépendante. Une majorité des femmes, en Côte d'Ivoire, exercent dans le secteur informel souvent à travers de petites activités génératrices de revenus qu'elles gagnent au jour le jour pour subvenir à leurs besoins. La rentabilité de ces activités de nature très volatile, n'est non seulement pas une garantie quotidienne, mais aussi dépend de plusieurs facteurs dont la stabilité socio-politique interne et externe. C'est dire qu'en plus du coût financier que peut engendrer un suivi prénatal, il peut y avoir un coût d'opportunité lié au temps consacré au processus d'accès aux soins de santé pouvant être élevé et décourager toute bonne intention d'y recourir (cf chapitres 2 et 3). Ce résultat ainsi que l'influence négative du long temps d'attente ont été également mis en évidence par l'EIPSS (2021)³¹³.

On y note également une insécurité dans les pays du Sahel qui conduit souvent les Etats à prioriser d'autres dépenses telles que celles militaires. Ce qui pourrait se faire au détriment des dépenses de santé et d'éducation. De plus, les situations de crises sanitaires ou pandémiques réorientent souvent les financements disponibles au détriment de priorités nationales. Dans un contexte déjà marqué par une faible mobilisation des ressources domestiques, de telles situations pourraient conduire à, non seulement réduire la part du budget à la santé, mais aussi peuvent

³¹² <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=CI>.

³¹³ D'après l'EIPSS (2021), au niveau national, les clients qui ont attendu moins de 30 mn avant d'être reçus en consultation, représentent 63,8% de personnes interrogées, 26,3% ont attendu entre « 30mn et 1h » et 9,9% ont attendu plus d'une heure de temps avant d'être reçu en consultation.

creuser les inégalités de conditions de vie et d'accès à la santé maternelle en l'absence de mécanismes tels que les transferts monétaires, de subvention ou de gratuité.

La perception d'une faible prise en compte de leurs besoins vitaux et des inégalités sociales peut progressivement créer un manque de crédibilité et de confiance vis-à-vis de l'Etat chez les femmes et leurs communautés d'appartenance. Par ailleurs, les différentes crises connues par la Côte d'Ivoire aboutissant souvent à la victoire de certains partis politiques, au détriment d'autres, ont contribué à accentuer le manque de confiance entre l'Etat et certaines parties de la population. Dans un tel environnement, l'austérité aux nouvelles réformes/politiques de santé, principalement celles importées, est souvent une réalité. Ces situations peuvent progressivement conduire à l'émergence de **faibles liens de CIP Etat - communautés**.

Quand bien même ces politiques de santé et mécanismes de subvention sont mis en place en leur faveur, la population féminine, notamment vulnérable, subit souvent les effets pervers des dysfonctionnements institutionnels, du manque de gouvernance, de leadership et de coordination dans leur mise en œuvre. Par exemple, il existe des goulots d'étranglement dans le fonctionnement de la CMU en Côte d'Ivoire, à toutes les étapes de sa mise en œuvre. Dans le processus d'accès aux soins pour les bénéficiaires ayant la carte, l'on note des résistances de prestataires de services de santé peu motivés ou une pénurie de médicaments couverts, etc. Ces différentes failles conduisent finalement à une faible motivation et implication de la population dans ledit processus.

En plus de la faible mobilisation des ressources domestiques affectées à la santé, plusieurs financements demeurent inefficients, en ce sens que divers programmes de santé impulsés par différents PTF à l'endroit du pays et ayant souvent le même but, les mêmes objectifs et les mêmes activités, sont souvent mis en œuvre parallèlement. Cette situation conduit à examiner l'existence de **faibles CIP entre Etat - hiérarchies privées (PTF)**.

Par exemple, en Côte d'Ivoire, l'on note souvent des doublons dans les interventions sanitaires et un manque de complémentarité entre elles. Plusieurs réformes (cas de la politique de gratuité ciblée et de la CMU) servent le même but d'exemption du paiement des soins modernes en faveur d'une même catégorie de personnes plus vulnérables : les mères vulnérables. Premièrement, ces réformes/programmes n'adressent souvent qu'un pan du problème - les barrières financières – et donc une approche purement monétaire- sans une approche suffisamment systémique qui conduirait à également adresser par exemple les DSS de la santé maternelle. Cette approche monétaire de la demande sur laquelle elles se concentrent, considère

peu que la santé est multi-déterminée et qu'il faut également interroger les DSS de la santé maternelle, les comprendre et les intégrer afin d'avoir des résultats plus probants. Secundo, il n'est très souvent pas mis en place un véritable mécanisme de suivi-évaluation qui permettrait de s'assurer que ces mécanismes vont réellement au bénéfice des populations cibles, d'en apprendre des erreurs ainsi que des goulots d'étranglement, afin de faciliter une mise en œuvre plus efficiente et systémique des réformes à venir.

Enfin, la faible éducation sanitaire des femmes montre une insuffisante collaboration avec le secteur de l'éducation et des PTF dédiés qui pourraient contribuer à intégrer dans le programme éducatif national, la santé maternelle et vice versa, depuis le bas âge, par exemple

En plus du secteur de l'éducation, l'on note également une implication insuffisante de ministères et PTF d'autres secteurs tels que le transport, les infrastructures, l'emploi, dont les activités pourraient influencer positivement la santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Dans cette sous-section, en plus de soupçons de faibles liens de CI mis en exergue, l'on comprend les interactions dynamiques pouvant exister entre le contexte, le financement, la population, la prestation des services de santé, les résultats et objectifs, les résultats de santé, etc.

2.1.2 Valeurs et principes : des failles qui relèvent de la faible recherche d'un équilibre entre acteurs au détriment des populations les moins favorisées

Nous accordons une importance capitale aux valeurs et principes qui sont décrits comme des « mécanismes de pilotage guidant le comportement et les choix des personnes et permettant également les processus à l'intérieur d'un système de santé » (Olmen et *al.*, 2012). Il s'agit d'un élément primordial à considérer dans le contexte des pays d'Afrique subsaharienne, tels que la Côte d'Ivoire. Les populations de ces pays, particulièrement les femmes et leurs communautés d'appartenance, qui sont le destinataire principal de tous les efforts consentis, possèdent des valeurs souvent négligées par les pouvoirs publics et faiblement prises en compte par les PTF dans les stratégies et programmes financés. Si bien que les politiques de santé souvent importées et mises en place rencontrent des échecs ou se heurtent à de grandes tensions locales. La conséquence pouvant être un gaspillage des ressources, du fait de la multiplication de politiques inefficaces, aux réussites mitigées et la persistance de la mauvaise santé, notamment maternelle.

D'une façon générale, il existe souvent une importante déconnexion entre les valeurs annoncées relatives à la santé en Côte d'Ivoire et les pratiques. Ce qui conduit à des failles constatées dans le système, en dépit des discours ambitieux. Nous proposons de mettre en

évidence quelques éléments relatifs à cette déconnexion dans la mise en application des valeurs et principes tels que le leadership et la gouvernance du ministère de la santé, le processus inclusif et participatif, d'équité, de transparence, de genre (PNDS 2021-2025). Nos entretiens en Côte d'Ivoire font montre d'une fragmentation et des doublons des interventions des PTF dans le financement d'activités du système de santé, essentiellement reproductive. Les propos de divers acteurs institutionnels enquêtés convergent vers le verbatim ci-dessous de ONG.4.2 :

-ONG.4.2 : « Plusieurs chevauchements dans l'exécution des tâches un manque d'humilité. Manque flagrant de synchronisation, de transparence de collaboration entre institution. Parfois, deux (2) structures sont créées pour la même tâche et finalement il y a une mésentente sur le terrain.

Cela donne l'impression d'une volonté au niveau des PTF, voire des structures étatiques (directions ministérielles, etc.) à l'origine de ces interventions, d'exécuter coûte que coûte des programmes verticaux liés à leurs agendas respectifs et parfois en déphasage avec les priorités nationales. Ce manque d'alignement est également caractéristique d'un faible leadership et d'une faible gouvernance de l'Etat, en particulier du ministère de la santé dans sa capacité à gérer et faciliter la coordination entre les différents acteurs prenant part au système, conformément aux besoins et objectifs au niveau national. Ce qui entretient de **faibles CIP Etat – hiérarchies privées (PTF), hiérarchies privées (PTF) – communautés.**

Ce faible leadership est davantage mis à mal par un respect limité de certains engagements internationaux (déclaration d'Abuja, la déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires, etc.) par les pays pauvres signataires tels que la Côte d'Ivoire. De la faible mobilisation des ressources domestiques affectées à la santé tandis qu'on veut mettre en place des réformes visant à couvrir des populations vulnérables contre les dépenses catastrophiques, découle une faible responsabilité de l'Etat et de **faibles CIP Etat -communautés.** L'objectif de la protection financière et sociale ne peut être atteint durablement avec des ressources extérieures.

Un autre exemple concerne une analyse du budget (MSHPCMU, 2022) qui montre un faible investissement dans les soins de santé primaire (dédié essentiellement aux dépenses de ressources humaines et de fonctionnement) au profit des niveaux secondaire et tertiaire. Il est donc difficile d'atteindre l'équité dans l'accès aux soins de santé maternels quand on sait que les ménages sont les plus gros contributeurs au financement de leur santé, notamment à travers les paiements directs essentiellement portés par l'achat de médicaments.

Les efforts restent insuffisants pour assurer la protection financière, sociale et le bien-être aux plus pauvres, de sorte à leur éviter des dépenses catastrophiques. Tandis que le niveau de pauvreté en Côte d'Ivoire est plus porté par les femmes, plusieurs femmes n'y bénéficient toujours pas de sécurité sociale et doivent donc supporter des dépenses de santé plus élevées que d'autres catégories de femmes ayant les moyens financiers, les conditions sociales et/ou une bonne couverture sociale, du fait qu'elles et/ou leurs époux travaillent dans le secteur formel. Les mécanismes de tentative de protection sociale et financière (gratuité ciblée, CMU) mis en place en Côte d'Ivoire dysfonctionnent sans cesse.

Les femmes et leurs communautés d'appartenance (y compris les représentants et leaders) les mieux placées pour décrire leurs maux et ce dont elles souffrent, sont fragilisées par les différents problèmes qu'elles vivent au quotidien et semblent rarement impliquées dans les interactions avec les autres acteurs décideurs du système, si bien qu'en tant que bénéficiaire final du système, elles s'approprient peu et contribuent peu à l'atteinte des objectifs de santé maternelle. Ainsi, ces dernières ne se sentent ni actrices ni responsables de leur santé. Le principe inclusif et participatif est, de ce fait, biaisé, depuis le départ. Les valeurs d'équité, de partage de leurs valeurs et d'autonomisation de ces femmes devraient être partagées par tous les acteurs du système les ciblant, elles en premier.

Un autre exemple est que tous les acteurs approuvent l'urgence de se pencher sur la santé communautaire pour l'améliorer, à travers surtout l'appui des ASC, notamment où se trouvent des déserts médicaux. Tandis qu'au niveau national, on note une lenteur voire un manque de volonté politique dans le processus d'institutionnalisation et de motivation de ces ASC. Au-delà des initiatives abordées dans les documents officiels, il n'existe jusque-là aucun document de politique sur l'intégration formelle des ASC dans l'organigramme du système de santé. Ce qui démotive les ASC, les conduisant eux-mêmes à s'éloigner de leurs valeurs d'entraide, à s'adonner prioritairement à des activités lucratives leur permettant de subvenir à leurs besoins. 100% ASC enquêtés sont souvent mobilisés pour des activités conditionnées et guidées par les projets des ONG et PTF souvent orientés vers des programmes verticaux (vaccination, paludisme, VIH/SIDA, etc.) ou la gestion de pandémies ou autres urgences sanitaires (cas de la COVID-19), et moins sur la santé maternelle. Ce constat est conforté par les propos de divers acteurs enquêtés tels que ASC.1.2³¹⁴ et ASC.2.2 dont les verbatims à ce sujet suivent :

³¹⁴ Acteur de santé communautaire 1 interviewé pendant l'enquête 2 (E2).

-ASC.1.2 : « *Les ONG sont très souvent actives sur le terrain dans du VIH / SIDA. Il est rare de voir une activité des ONG ciblant les femmes enceinte vulnérable, enfants malnutris. Les collaborations avec les ONG sont temporaires car tout ceci est orienté par les bailleurs. Il faut une coordination entre toutes les ONG dans les activités. En général, chaque ONG vient justifier ses résultats et part. Il faut plus de coordination. Le même ASC peut être obligé de mener des activités au moment pour différentes ONG avec différents objectifs (Palu aujourd'hui, préservatif demain, Vitamine (A). Tout ceci rend les ASC moins compétents et moins productifs.* »

-ASC.2.2 : « *De plus, surtout au niveau de sensibilisation de VIH/ SIDA, il y'a des activités communautaires rémunérées par les bailleurs initiateurs de projets.* »

Ce genre de projets conduit à un arbitrage – celui de subir le coût d'opportunité de négliger de véritables stratégies de terrain telles que celles visant à améliorer la santé maternelle, qui demeure un défi majeur dans les zones éloignées. Ce qui interroge davantage **les faibles liens de CI Etat - hiérarchies privées et hiérarchies privées – communautés.**

La revue documentaire ainsi que les entretiens de l'enquête 2 (E2) montrent également une faible implication d'autres ministères, dont la collaboration pour la mise en œuvre efficiente de certaines activités est pourtant indispensable. Encore une fois, le principe inclusif et participatif est biaisé et on note de faibles liens de **CI Etat (INSTIT) – Etat (INSTEX)**, en plus de celles déjà identifiées. Il s'agit ici d'une hypothèse de **faibles liens de CIP entre Etat « santé au sens strict » – Etat autres secteurs sociaux.** De même, les OSC semblent peu impliquées et appuyées dans leurs efforts, pour une meilleure santé maternelle en Côte d'Ivoire. Les propos des acteurs enquêtés à ce sujet convergent vers le verbatim ci-dessous de ONG.4.2 :

-ONG.4.2 : « *Il existe de nombreuses difficultés. Par rapport aux projets, le Ministère satisfait difficilement les subventions requises.* »

Enfin, de tous les documents officiels consultés, il ne ressort nulle part des tentatives de valorisation de la perception par les communautés (y compris les leaders communautaires et religieux) du système ainsi que leurs valeurs. De même, les documents consultés n'indiquent pas de façon explicite les valeurs des autres acteurs (PTF, ASC, OSC, autres ministères, etc.) intervenant dans le système de santé ainsi que les tensions que ces valeurs sont susceptibles

d'engendrer. Ainsi, la mise en place d'un mécanisme de responsabilisation pour assurer un processus décisionnel équitable et rendre compte des choix effectués n'est ni clairement défini ni garanti.

Cette sous-section, en plus de mettre en évidence de faibles liens de CI, fait montre d'interactions dynamiques entre les valeurs et principes, la population, le leadership et la gouvernance, les objectifs et résultats, le contexte, le financement et autres ressources du système de santé.

2.1.3 Faibles gouvernance et leadership du système de santé par l'Etat en Côte d'Ivoire

Les mauvais indicateurs de santé maternelle en Côte d'Ivoire informent que l'organisation de la prestation des soins ainsi que la définition des objectifs de santé maternelle en Côte d'Ivoire souffrent d'une faible gouvernance y engendrant une offre de soins de faible qualité, un faible taux d'utilisation des services de santé maternels et une mauvaise santé maternelle. Cette gouvernance défailante remet en cause entre autres **le cadre juridique et institutionnel de la santé en Côte d'Ivoire, l'application des normes, standards et directives de soins, l'implication du secteur privé de la santé dans le système national, la planification et la budgétisation, la transparence et redevabilité vis-à-vis des populations, la corruption, l'organisation et la régulation, le partenariat pour la santé et la coordination intersectorielle.**

En dépit des efforts annoncés, il reste encore à faire pour améliorer *le cadre juridique et institutionnel de la santé* en Côte d'Ivoire. En effet, la revue des textes qui régissent le secteur de la santé laisse apparaître un vide juridique³¹⁵ concernant certaines dispositions. Plusieurs acteurs principaux tels que les établissements sanitaires, les prestataires de services de santé voire les districts sanitaires sont souvent dotés de peu de pouvoir, de ressources, d'incitations et d'informations nécessaires à la réalisation de leurs missions.

De même, l'on note globalement une faiblesse dans l'application des textes réglementaires et du contrôle des activités en particulier dans le secteur privé³¹⁶. Ce qui impacte *l'application des normes, standards et directives de soins*³¹⁷ par les gestionnaires et prestataires

³¹⁵ Ainsi, s'il existe des arrêtés qui précisent les attributions, l'organisation et le minimum d'activités à mener au niveau des directions régionales et des directions départementales (confère arrêtés n°399, n°400 et n°401 MSHP/CAB du 18 Décembre 2007), ce n'est pas le cas des structures sanitaires (PNDS 2021-2025).

³¹⁶ Les structures (IGS³¹⁶, DEPS³¹⁶ et DPML³¹⁶) en charge de la réglementation des deux secteurs ne disposent pas de moyens adéquats de coercition dans l'accomplissement de leurs missions (PNDS 2016-2020).

³¹⁷ Il est noté : (i) une insuffisance d'application de ces standards en raison de leur faible diffusion et (ii) le faible niveau d'appropriation du personnel de santé de ces normes et directives. En outre, en dépit de l'existence d'outils

de services de santé. On dénote plusieurs insuffisances de diffusion à ces derniers, d'appropriation par les prestataires de services de santé et de contrôle qualité menant à une prestation sous-optimale des services de santé (PNDS 2021-2025). Ce qui conduit à interroger les **liens de CIP Etat décideur – Etat acteur et Etat – marché**. En dépit des cadres de dialogue et d'échanges qui existent avec le secteur privé de la santé en Côte d'Ivoire, *son implication dans le système de santé et la stratégie nationale reste limitée et problématique*³¹⁸.

En Côte d'Ivoire, 3 étapes³¹⁹ sont essentielles au processus d'immatriculation des établissements sanitaires. D'après l'EIPSS (2021), les établissements sanitaires privés enquêtés qui sont à la première étape qui est l'ouverture du dossier à la DEPS³²⁰ représentent 27,2%. **Seulement 33,1% des établissements sanitaires privés en Côte d'Ivoire** disposent d'une attestation de conformité (deuxième étape). Ce qui signifie que **60,3% des établissements privés de soins exercent sans arrêté portant autorisation d'ouverture, d'exploitation et d'immatriculation**. Pourtant, le secteur privé assure plus de 40% de l'offre de soins en Côte d'Ivoire. Notre hypothèse de **faibles CIP/ fortes CID Etat -marché** mènerait aussi à interroger les liens de **faibles CIP/fortes CID marché – communautés/ Associations et Etat - communautés**. Ce défaut d'intégration effective du secteur privé ne représente qu'une partie de l'insuffisance de coordination et de collaboration des acteurs et des interventions de santé. En effet, les interventions initiées par les PTF portent généralement sur des programmes verticaux souvent peu alignés avec les priorités nationales.

Le partenariat pour la santé et la coordination intra et intersectorielle que nous considérons comme un point clé des CI se heurte à : i) une faible synergie entre les différents acteurs (également issus d'INSTINT et d'INTEX, PTF) ; ii) une insuffisance dans le fonctionnement des organes et cadres de coordination (mis en place) et de concertation multisectorielle et iii) une faiblesse dans la mise en œuvre du compact national (PNDS 2021-2025). A titre d'exemple, la PNCFS³²¹, une instance de coordination entre Etat et PTF, créée

et de structures en charge de la coordination de la qualité (DSIM³¹⁷, DMHP³¹⁷ et DEPS) et d'organisations internationales spécialisées dans le domaine (CRESAC³¹⁷, AP-HP³¹⁷), la mise en œuvre de l'assurance qualité, de la certification et de l'accréditation en santé n'est pas effective (PNDS 2021-2025).

³¹⁸ Les principales raisons sont : i) l'absence de mesures d'accompagnement pour le développement du secteur privé ii) une implication insuffisante du secteur privé dans les politiques, stratégies et offres de services publics de santé et iii) une insuffisance dans la régulation du secteur privé sanitaire et iv) une faible implication formelle des services extérieurs dans le processus d'autorisation d'ouverture des établissements sanitaires privés (PNDS 2021-2025).

³¹⁹ L'ouverture du dossier, l'obtention d'une attestation de conformité, arrêté portant autorisation d'ouverture, d'exploitation et d'immatriculation.

³²⁰ Direction des établissements privés sanitaires (du ministère de la Santé).

³²¹ Plateforme nationale de coordination du financement de la santé.

depuis avril 2019 ne fonctionne pas correctement à ce jour. Il existe de faibles **CIP Etat – hiérarchies privées (PTF)** accentuant la fragmentation dans les interventions, des dépenses inefficaces, l'absence de traçabilité des appuis extérieurs et le non-respect des procédures et textes réglementaires en vigueur, l'insuffisance de leadership au niveau des structures déconcentrées et l'inadéquation de certaines interventions des collectivités avec les priorités de santé.

Ce défaut de coordination et de collaboration cache de véritables défis en matière de *planification, notamment opérationnelle et de budgétisation*³²² dont les principaux sont la multiplicité et le non-alignement des mécanismes de planification et de suivi & évaluation aux niveaux central et local et de suivi de la mise en œuvre des politiques et stratégies élaborées (PNDS 2021-2025). Il est à noter globalement que l'organisation institutionnelle du secteur de la santé reposant sur trois niveaux (central, régional et district) peine à créer une articulation harmonieuse en termes de gestion opérationnelle. L'absence de coordination³²³ et de décentralisation réelle des niveaux de décisions avec une concentration excessive des pouvoirs au niveau des structures centrales et la multiplicité des programmes verticaux de santé renforcée par leur faible intégration dans les structures déconcentrées affectent l'efficacité de cet arrangement institutionnel.

En matière de transparence et redevabilité, une étude portant sur l'évaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire réalisée en 2014³²⁴ révèle que la redevabilité vis-à-vis de la hiérarchie et des collectivités est faible³²⁵ (PNDS 2021-2025). La **redevabilité**

³²² Bien que l'exercice de planification stratégique soit une pratique régulière au sein du système de santé, il est à noter l'inexistence d'un cycle harmonisé de planification et de budgétisation. Cette situation est due à l'absence de directives relatives au cycle de planification opérationnelle mettant en rapport les objectifs stratégiques nationaux et les plans sous sectoriels d'une part et le cycle de planification avec le calendrier budgétaire national d'autre part. Cette situation a pour conséquence une non-articulation des plans sous sectoriels produits par les différents acteurs de mise en œuvre, avec les PNDS. Ainsi on note une insuffisance de la déclinaison des objectifs nationaux en objectifs régionaux dans des Plans Régionaux de Développement Sanitaire (PRDS) au niveau des régions sanitaires élaborés en collaboration avec les collectivités territoriales, ainsi qu'un défaut de coordination avec les structures sanitaires déconcentrées conduisant souvent à une opérationnalisation défectueuse.

³²³ La coordination des interventions enregistre : i) une insuffisance dans la fonctionnalité des organes de gestion (ERS³²³, ECD³²³, COGES), ii) une absence d'un document de politique de décentralisation en matière de santé ; iii) une faible collaboration avec les collectivités territoriales due à une absence des textes d'application de la loi n° 2003-208 du 07 juillet 2003 (PNDS 2021-2025).

³²⁴ Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. République de Côte d'Ivoire (2014). Evaluation de la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire.

³²⁵ Cette faiblesse est due à une faible proportion de structures sanitaires disposant d'un plan de suivi-évaluation et une insuffisance de la retro-information sur les rapports transmis ainsi qu'une absence de cadre formel de redevabilité entre les collectivités et les services extérieurs du ministère en charge de la santé.

vis-à-vis de la population est également assez faible, du fait d'une insuffisance de monitoring des établissements sanitaires et une insuffisance de fonctionnalité des COGES³²⁶ (bénévolat des membres, absence de primes pour les membres, démotivation des membres, insuffisance de formation des membres du COGES) (PNDS 2021-2025). Ce qui limite la *présence participative de la communauté* au système qui semble malheureusement limitée qu'au fonctionnement assez problématique des COGES (3 ESPC sur 4 n'en disposent pas) (PNDS 2021-2025) et renforce l'hypothèse de **faibles CIP Etat - communautés**. Les documents abordent peu un cadre bien élaboré de collaboration avec les OSC. Il ressort également une insuffisance d'implication des responsables des ESPC dans l'élaboration et la gestion du budget alloué à leurs structures, du fait d'une absence d'harmonisation dans les procédures de gestion budgétaire. **L'allocation des ressources et des informations essentielles à l'endroit des populations reste insuffisante et inégale. Les plus pauvres et vulnérables ont peu accès et subissent plus les effets pervers des lacunes du système sur leur santé. Le peu d'incitations et de mécanismes compensatoires proposés souffrent d'arrangements institutionnels.**

Le rapport d'évaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire³²⁷ de 2014 dresse une situation alarmante, en matière de *corruption*. Entre autres faits³²⁸ révélés par ladite étude de forte ampleur dans les établissements sanitaires en Côte d'Ivoire, l'on note la non-utilisation de l'ordonnance facture, des paiements informels qui sont surtout induits par l'insuffisance d'information (les coûts des différentes prestations ne sont pas affichés), le délai d'attente trop long, l'absence de mécanisme de suivi des stratégies de lutte contre la corruption par la hiérarchie, l'insuffisance de contrôle et d'une volonté de la population à dénoncer ces pratiques. Bien que cette étude ait été réalisée en 2014, il semblerait que la situation n'ait pas évolué quand on considère les plaintes des populations (PNDS 2021-2025).

En plus des hypothèses de faibles CIP (Etat décideur - Etat acteur, Etat – marché, Etat communautés, Etat – PTF, marché – communautés) ressorties de cette sous-section de la gouvernance et leadership, cette dimension s'avère être dans ses interactions avec la population

³²⁶ Le niveau global de la gouvernance- redevabilité est de 35% justifié en partie par la non-disponibilité des textes³²⁶ (71%) régissant le fonctionnement des COGES des ESPC (PNDS 2021-2025).

³²⁷ Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida. République de Côte d'Ivoire (2014). Evaluation de la gouvernance du secteur santé en Côte d'Ivoire.

³²⁸ Les conclusions de l'étude indiquent que 75% des CHU et 75% CHR/ HG n'utilisent pas d'ordonnance facture. Cette situation est plus prononcée au niveau des ESPC dont le taux de non-utilisation des ordonnances factures s'élevait à 93%. Il ressort de la même étude que 44% des personnes interviewées avaient déclaré avoir été victimes de paiements informels. L'étude précise que 39% des paiements informels se sont faits dans les CHU, 48% dans les CHR/HG et 43% dans les ESPC.

ainsi que les autres acteurs, l'axe central du système de santé. L'organisation des ressources et la prestation des services qui en sont le cœur (Olmen et *al.*, 2012) sont fortement impactés par la faible gouvernance et leadership de l'Etat qui agit sur les résultats et les objectifs de santé ainsi que le financement.

2.1.4 Un financement inéquitable au détriment populations pauvres

Les principaux défis en matière de financement sont la mobilisation du financement national pour la santé (part du budget national et secteur privé) et assurer l'efficacité de l'utilisation des ressources pour la santé. Le financement de la santé en Côte d'Ivoire est faiblement issu de la mobilisation des ressources domestiques (Seulement 28 %³²⁹). Ce qui rend le gouvernement ivoirien finalement peu responsable envers la population et interroge des **liens de CIP Etat - communautés**.

En dépit de la croissance de l'économie ivoirienne, la part des dépenses publiques allouées à la santé est restée stable, oscillant entre 5% et 6% et était l'une des plus faibles de la région³³⁰ (pays d'Afrique subsaharienne, pays à revenu intermédiaire voire pays à faible revenu confondus). Ce qui conduit à interroger les liens de **CIP Etat – hiérarchies privées**. En effet, les faibles niveaux de financement public sont aggravés par des inefficacités dans l'allocation et l'utilisation des ressources. De plus, la qualité des soins est intrinsèquement liée à l'efficacité des soins, et toutes deux sont essentielles à la viabilité financière au long terme du système de santé. Une étude récente a montré que la Côte d'Ivoire aurait pu atteindre le même niveau de santé avec la moitié des DTS (OMS, 2018). La Côte d'Ivoire souhaite atteindre des objectifs de santé maternelle tandis que son approche budgétaire jusqu'en 2020 était jusque-là, basée sur les intrants et non sur les résultats ou programmes. Tout ce qui précède a un caractère préjudiciable pour le financement de la santé maternelle.

La gestion de crises telles que la COVID-19 réoriente également une part du financement disponible, déjà faible et inefficacement alloué. Face aux énormes dépenses de fonctionnement du ministère de la santé par rapport à celles d'investissement en santé, dans un contexte de précarité d'accès aux soins de santé de qualité, les bénéficiaires des projets et programmes de santé jouissent en réalité d'une faible proportion de l'enveloppe disponible.

329 Comptes nationaux de la santé, 2018 (CIV).

330 Financement de la santé : Dossier d'investissement 2020-2023 de la CIV.

Bien que le **niveau des paiements directs** ait régulièrement diminué, passant de 60,2% en 2011 à 39,43 % en 2018, il **fait le double du seuil de référence de l'OMS (15-20 %)**³³¹. Une grande partie des femmes en Côte d'Ivoire n'ont pas les moyens de se payer des soins de santé et sont exposés à **un risque accru de dépenses catastrophiques et d'appauvrissement en raison des dépenses de paiements directs**. En 2015, on estime que 17 % de la population ont été poussés plus loin dans la pauvreté en raison des dépenses directes de santé, dont 8 à 18 %³³² des plus pauvres (Q1) et 0 à 6 % des Ivoiriens les plus riches. Tout ceci accentue l'hypothèse de **faibles CIP Etat – communautés**.

Par ailleurs, l'importante fragmentation du financement traduit sans doute **un manque de CIP Etat – marché – hiérarchie privée – Communautés** dans la mise en commun et la gestion des ressources (utilisation du système sanitaire), du fait de l'existence de plusieurs mécanismes de financement (budget de l'Etat, paiements directs, sécurité sociale, mutuelles des agents de l'Etat, mutuelles de santé, assurances privées...) parallèles et peu alignés. En particulier, le financement externe est fragmenté entre des fonds intégrés dans le Budget de l'Etat et des fonds exécutés par des partenaires de mise en œuvre comme des ONG, qui échappent au contrôle de l'Etat. Parmi les fonds intégrés dans le Budget de l'Etat, plusieurs sont affectés à des programmes verticaux et à des unités opérationnelles déconcentrées du ministère de la santé avec une coordination insuffisante qui les rend difficile à retracer. En plus de la fragmentation, une telle situation complique davantage la gouvernance et entraîne une capacité fiscale encore plus limitée (OMS, 2018).

Les **interventions des PTF** pour le financement de programmes verticaux³³³ respectifs (tuberculose, VIH/IST, paludisme, etc.) et/ou le renforcement du système de santé sont **peu harmonisées et souvent peu alignées sur les priorités nationales en termes de besoins**. En effet, le niveau de dépendance à *l'aide extérieure* de certains programmes reste très élevé. Il se pose donc, non seulement la question de la viabilité du financement de la santé sur le long terme, mais aussi la question de leur réelle contribution à résoudre les véritables défis de santé maternelle au niveau national, sachant que les programmes verticaux sont souvent issus de directives internationales qui ne ciblent pas toujours les priorités de tous les pays. Par ailleurs, il

³³¹ Le Rapport sur la santé dans le monde 2010 indique que "ce n'est que lorsque les paiements directs tombent à 15-20% des DTS que l'incidence de la catastrophe financière et de l'appauvrissement tombe à des niveaux négligeables (OMS, 2010 cité par Olmen et al., 2012).

³³² Wagstaff, et al. (2018). *Health spending is defined as catastrophic when it exceeds 10 percent or 25 percent of household consumption.*

³³³ Les ressources des PTF représentent par exemple 78,24% du financement de la santé en matière de VIH et autres IST, 85,73% pour la tuberculose, 41,5 % pour le Programme Elargi de Vaccination et 10,41% pour le paludisme.

semble y avoir un désengagement de l'Etat dans la santé communautaire qui bénéficie davantage d'une attention des PTF. Face à un tel schéma, l'équité, l'efficacité et la durabilité du financement de la santé en Côte d'Ivoire semblent utopiques.

La *gestion des finances publiques* à tous les étages de la pyramide sanitaire est peu efficiente et marquée par des goulots d'étranglement en matière d'allocation, d'exécution et de suivi-évaluation des dépenses (**cf encadré n°31**). Le schéma actuel du financement de la santé en Côte d'Ivoire, en plus de constituer une source d'appauvrissement du fait de paiements informels issus majoritairement (environ 40%) des populations sans revenu ou exerçant dans l'économie informelle (31%)³³⁴, menace les générations futures d'un double risque : celui d'un endettement et celui de ne pas finalement jouir des fruits sur leur bien-être. Ce qui précède interpelle davantage sur l'existence de **faibles CIP Etat – communautés**, ainsi que de **faibles CIP/ fortes CID Etat - marchés**.

Encadré n°31 : Une gestion insuffisante et incohérente des finances publiques en Côte d'Ivoire

Une étude de l'OMS en 2018³³⁵ a établi que le score d'efficience de la dépense publique de santé en Côte d'Ivoire est de l'ordre de 0,49 soit 49 % (sur la période 1993-2015). En effet, le mode actuel d'allocation budgétaire n'assure pas une répartition selon les données de population et n'intègre pas les besoins des établissements sanitaires conformément à la méthodologie d'allocation définie. En plus, jusqu'à la généralisation de l'approche du budget-programme en 2020, elle n'était pas adossée à un cadre de planification établissant une déclinaison directe des objectifs sectoriels. En matière d'exécution jusqu'en 2020, et de généralisation de la mise en œuvre du budget-programme, les dépenses de santé étaient faiblement encadrées (pas d'objectifs au regard des ressources) et documentées (faiblesse de l'enregistrement des opérations spécifiant leur objet, les services consommateurs et les produits). Il n'existe pas de réseau de relais vers les structures et établissements de soins permettant d'assurer le suivi de l'utilisation des ressources financières et l'encadrement efficace de leur gestion.

La problématique des paiements informels est également à souligner avec 44 % des usagers qui ont effectué des paiements informels, soit près de la moitié. Outre cela, des difficultés entravent le fonctionnement optimal des structures déconcentrées. Ce sont entre autres : **(i)**

³³⁴ Evaluation de la gouvernance du secteur de la santé en Côte d'Ivoire 2014/MSHP (PNDS 2016-2020).

³³⁵ Organisation mondiale de la Santé (2018). Espace budgétaire et efficience en Côte d'Ivoire : quelles marges de manœuvre ?

l'insuffisance du budget alloué ; **(ii)** l'inadaptation de l'architecture du budget par rapport aux activités des directions régionales et districts départementaux sanitaires (supervisions, regroupements, réunions et déplacements hors site des directions régionales et districts départementaux sanitaires), et **(iv)** l'insuffisance de mobilisation de ressources locales.

L'utilisation rationnelle des ressources financières connaît d'énormes difficultés liées à : **(i)** la faible disponibilité des documents de gestion financière (procédures, outils de gestion) auprès des acteurs pour une meilleure opérationnalisation, **(ii)** une irrégularité du contrôle de l'utilisation des ressources financières sur la période 2012-2014, **(iii)** une absence d'instance formelle pour le suivi des appuis extérieurs, **(iv)** l'absence d'un système informatisé de suivi du recouvrement des coûts des actes de santé, **(v)** les difficultés pour l'harmonisation des procédures nationales et celles de certains bailleurs dans la gestion des projets, **(vi)** l'absence de traçabilité de l'état d'exécution des interventions de certains bailleurs, **(vii)** les difficultés dans la remontée des données financières, afin d'élaborer le rapport des comptes de la santé.

Les failles constatées dans la mise en œuvre des différents mécanismes de gratuité et achats stratégiques, notamment de la politique de gratuité ciblée, la CMU, le FBP (**cf encadré n°32**) sont un autre exemple de la fragmentation ainsi que d'un manque de suivi-évaluation des interventions initiées par les PTF. Il en résulte une inefficience des dépenses conduisant à accentuer l'absence d'harmonisation et l'insuffisance des ressources collectées. Ces mécanismes essentiellement mis en œuvre dans le public, dysfonctionnent dans plusieurs établissements sanitaires, au détriment de la population, essentiellement indigente.

Par exemple, la CMU, dans sa mise en œuvre actuelle n'a d'intérêt que dans les établissements sanitaires publics, et non dans les établissements sanitaires privés qui absorbent pourtant plus de 40% de la population. Or les utilisateurs du privé pourraient permettre, à travers les cotisations de ceux qui y recourent à la CMU, de rendre ce système durable et indépendant de l'aide internationale. C'est dire que la CMU, dans sa structuration actuelle, n'améliore pas considérablement l'accès aux soins de santé des populations vulnérables aux services de santé de qualité de leurs choix, car elles n'ont toujours pas le choix entre un établissement sanitaire public et un établissement sanitaire privé. Ce qui accentue l'hypothèse de **faibles liens de CIP/fortes CID Etat – marché** et permet de noter l'existence effective d'interactions dynamiques entre le financement, la gouvernance, la population, les ressources humaines en santé, la prestation de services, les objectifs et les résultats de santé pouvant entraîner des effets pervers sur tout le système de santé.

Encadré n°32 : Achats stratégiques de services

Pour le financement adéquat du secteur, le ministère de la santé a adopté des stratégies récentes sur le financement de la santé, principalement : (i) la stratégie nationale de financement pour tendre vers la Couverture Sanitaire Universelle, (ii) la stratégie nationale de financement basé sur la performance pour améliorer qualitativement et quantitativement, l'offre de services et de soins de santé.

Au lendemain de la crise post-électorale, une mesure de gratuité ciblée des soins a été mise en place par l'arrêté N°0047/MSLS/MEF/CAB du 21 mars 2012 dans le but de soulager les populations rendues vulnérables. Cette mesure connaît des difficultés dans son application, en particulier le retard de remboursement des redevances non perçues accentuant les difficultés de gestion des structures sanitaires avec un manque à gagner pour leur fonctionnement. En outre, il est difficile de mettre en adéquation la quantité des prestations offertes et les remboursements effectués. Les résultats de l'EIPSS (2021) montrent que 12,1% des patients interrogés ont été enrôlés pour la CMU. Parmi les patients enrôlés, 66,5% ont reçu leur carte CMU. Cependant, seulement 20,6% ont présenté leur carte CMU à la caisse de l'établissement sanitaire aux prestataires de services de santé et 38,8% de ceux-ci ont bénéficié d'une réduction au cours de la consultation. Notons également qu'au niveau national, **seulement 14,0% des établissements sanitaires offrent des prestations de soins CMU** (EIPSS, 2021). Cette proportion est de **19,4% en milieu urbain et 4,6% en milieu rural**. L'analyse selon le statut montre que 24,3% des établissements du secteur public offrent des prestations de soins CMU.

En matière d'achats et paiement des prestataires de services de santé dans le cadre de la mise en œuvre de la CMU, un panier de soins a été arrêté et ses tarifs de remboursement fixés. Cependant, les services ne figurant pas dans le panier de soins font l'objet de paiements directs non remboursés. Le dispositif institutionnel permet le paiement direct des soins aux prestataires de services de santé bien que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) soit chargée de payer les prestataires de services de santé selon le tarif fixé. Ce tarif ne couvrant pas la totalité du coût de production, il est attendu de l'Etat de couvrir les charges des établissements publics et privés associés au service public. Pour les établissements sanitaires privés libéraux, la contribution des assurances privées et des mutuelles intervenant en complément doit permettre de couvrir les charges.

Cependant, ces arrangements sont confrontés à trois sortes de difficultés : i) le paiement des prestataires de services de santé publics est rendu difficile car ils ne disposent pas tous de comptes bancaires pour recevoir les paiements; ii) les dotations budgétaires de l'Etat qui doivent venir en soutien aux paiements de la CNAM ne sont pas basées sur l'identification des coûts de production des établissements sanitaires et iii) la couverture additionnelle des charges des établissements sanitaires privés ne fait pas encore l'objet d'un consensus entre les acteurs.

Concernant le FBP, le Gouvernement ivoirien a adopté en Conseil des Ministres en juillet 2015, la Stratégie Nationale de Financement Basé sur la Performance (SNFBP). Il est annoncé des résultats encourageants, à partir de l'évaluation à mi-parcours du projet pilote et des différents rapports de suivi afférents. Ainsi, il est annoncé une amélioration de la disponibilité des petits équipements techniques et des consommables ainsi que de l'amélioration de la qualité des soins et des services dans son ensemble. En effet, les scores qualité ont été en nette progression et continuent de progresser durant la mise en œuvre. Le score qualité moyen des ESPC dans les districts est passé de 51,60% en 2017 à 82,76% en 2020. Celui des hôpitaux est de 53,91% à 76,76% pour les mêmes périodes. Il est annoncé une plus grande proportion des centres de santé réalisant le PMA (paquet minimum d'activités) dans son ensemble. De même, il est annoncé une bonne évolution des indicateurs de quantité, en particulier les prestations non offertes ou en souffrance avant le démarrage du FBP telles que la (i) contraception, (ii) la consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse, (iii) la consultation post natale, (iv) le suivi nutritionnel des enfants sains, (v) la prise en charge des enfants malnutris, (vi) la consultation de référence dans les hôpitaux avec contre référence aux ESPC, (vii) les prestations de prise en charge du VIH et de la tuberculose.

2.2 Persistance de failles et de faibles CIP : conséquences sur les réalisations techniques et effectives du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire

Nous considérons que les résultantes des failles structurelles dans le système de santé en Côte d'Ivoire sont : un écart important entre les résultats et les objectifs de santé maternelle (2.2.1), une prestation inéquitable et de faible qualité des services de santé au détriment des femmes moins aisées (2.2.2), des ressources humaines de santé de faible qualité (2.2.3), un faible plateau technique et des infrastructures ne répondant pas aux attentes (2.2.4), une faible mobilisation et distribution de l'information et des connaissances sanitaires (2.2.5).

2.2.1 Un déphasage important entre les objectifs et les résultats de santé maternelle

La persistance de résultats insatisfaisants de santé maternelle, en Côte d'Ivoire, informe sans doute d'un manque de bonne gouvernance, de la faible qualité et pertinence des soins, de l'existence de mécanismes inappropriés et peu systémiques ainsi que de failles institutionnelles dans la définition des objectifs de santé maternelle.

Les objectifs de protection financière, sociale et de bien-être en Côte d'Ivoire sont encore loin d'être atteints. Cette situation renforce le manque de confiance de la population envers le système, et généralement ses gouvernants. Ce manque de confiance des communautés envers l'Etat renforce **la faible CIP Etat – communauté**. D'une part, nous soutenons que la définition des objectifs en Côte d'Ivoire semble souffrir d'un faible intérêt pour les DSS et de faibles arrangements institutionnels pouvant découler de ce manque d'approche systémique. D'autre part, la revue documentaire, notamment des différents PNDS, nous permet de noter des objectifs pouvant être trop ambitieux, peu réalistes, car souvent accrochés à des standards internationaux et déconnectés des réalités locales. Ceci renforce les **faibles liens de CIP entre Etat décideur - Etat acteur**, ou encore **Etat - hiérarchies privées (PTF)** et ce, au détriment des populations qui sont le principal destinataire des programmes. Nous notons un manque de réadaptation de ces standards à des objectifs réalistes tenant compte d'aspects sociaux propres aux réalités contextuelles des populations et du pays.

Si l'on prend l'exemple de l'ODD 3 qui concerne la réduction du ratio de mortalité maternelle en dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes au niveau mondial et à moins de 140 décès pour chaque pays d'ici à 2030, il s'agira pour la Côte d'Ivoire de passer de plus de 600 décès maternels à moins de 140. Ce qui paraît très ambitieux, au regard de la tendance actuelle et la faible approche systémique persistante dans les documents stratégiques. L'Etat et ses PTF tiennent souvent peu compte des valeurs morales et culturelles, des capacités et des atouts des populations. Ainsi, ce **manque de CIP Etat - hiérarchies privées (PTF)** conduit souvent à un réel écart entre les objectifs définis et les résultats observés.

Le plus souvent, les populations, notamment pauvres qui sont le destinataire final des programmes et politiques mis en œuvre, n'ont pas la parole et sont faiblement impliquées dans la définition des objectifs. Comme résultats, sont instituées aux populations des règles et actions à poser pouvant aller à l'encontre de leurs valeurs. Ce qui peut entraîner des tensions, une faible adhésion aux normes internationales de santé maternelle et par ricochet un environnement socio-

culturel peu favorable à l'accès aux services de santé maternelle et infantile (CPN, CPoN, planification familiale).

Par ailleurs, les engagements que prend le pays semblent formels et non concrets. Certains d'entre eux sont dits en vigueur sans qu'ils ne soient traduits en document de politique nationale, avec une planification et une coordination rigoureuse entre les principaux acteurs pour les atteindre. Ainsi, des **tensions existent principalement entre les MCG Etat, hiérarchies privées (PTF) et les communautés**. En cas de crise, il arrive par exemple que les PTF souvent en déconnexion avec les communautés suspendent leur financement ou les réorientent, parfois au détriment des besoins prioritaires des communautés, afin de gérer les urgences de la crise. La pandémie internationale de la COVID-19 en est un exemple palpable. En plus de la réorientation des financements au détriment des priorités nationales qu'a engendré la COVID-19, elle a aussi contribué à réduire les fréquentations des établissements sanitaires et à augmenter les accouchements à domicile, comme le relate une directrice d'ONG, également sage-femme en chef ONG.4.2 face à la question de savoir l'impact de cette crise :

-ONG.4.2 : « Oui, la COVID a énormément et négativement impacté. Il y a eu plein de perdus de vue, notamment du fait de la peur de se faire tester ou de se faire vacciner. Même les vaccins des enfants, les CPN, les femmes ne venaient plus... Les CPN pour besoin ont beaucoup diminué. Juste celles qui venaient pour l'accouchement se sentaient obligés. »

Ceci a contribué à détériorer encore la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Cette sous-section nous a permis de comprendre qu'en plus des interactions dynamiques pouvant exister entre les résultats et objectifs de la santé maternelle, la gouvernance et le leadership, la prestation des services de santé, les valeurs et principes, le financement, les ressources humaines en santé, etc., il pourrait exister de faibles liens de CIP entre MCG dans le système de santé maternelle pouvant influencer sur les résultats et la définition des objectifs de santé maternelle.

2.2.2 Prestation des services de santé maternelle

En Côte d'Ivoire, la prestation de services de santé est **inégalitaire entre les régions, entre les secteurs public et privé. La faible qualité des soins ainsi que l'insuffisance du plateau technique** s'avèrent très problématiques, essentiellement dans la prise en charge de la santé maternelle et infantile (**cf encadré n°33**). L'insuffisance dans la prise en charge post-natale s'avère tout autant néfaste que celle relative au suivi prénatal car selon le Rapport sur la

surveillance des décès maternels en Côte d'Ivoire³³⁶, la moitié des décès, évitables, survient en période de post-partum immédiat (**cf encadré n°33**).

Outre cela, il a été révélé une insuffisance de notification des décès maternels dont 71 % sont dus à une faible implication communautaire dans la surveillance des décès maternels ainsi qu'à une insuffisance de réalisation de revue et de riposte des décès maternels dans 31 % des cas³³⁷. Pourtant, 20% des décès maternels liés aux causes médicales auraient lieu en dehors des établissements sanitaires³³⁸. Selon l'EIPSS (2021), les raisons spéculées pour le faible taux d'enregistrement des décès maternels en routine dans la base de données à cet effet, le MAGPI, sont entre autres la crainte d'une réprimande de la hiérarchie, en cas de nombre élevé de décès maternels pouvant être le signal d'une mauvaise qualité des personnels dédiés. A ces décès sous-estimés, s'ajoutent ceux non officialisés par la communauté. Ce qui contribue à dégrader la qualité de l'information disponible sur la santé maternelle compromettant ainsi les besoins réels et la planification. De telles insuffisances pourraient dissimuler de **faibles liens de CIP Etat décideur - Etat acteur, Etat décideur – Communautés**.

En Côte d'Ivoire, plutôt qu'une intégration dans une plateforme unique, on note une dichotomie entre - d'une part, un secteur privé fort, hors de contrôle et difficilement accessible aux catégories défavorisées et d'autre part - un secteur public aux conditions précaires mais plus accessible. Les activités du secteur privé (incluant le secteur confessionnel privé), en plein essor, semblent encore peu réglementées, peu contrôlées et faiblement intégrées dans les stratégies de politiques nationales, en dépit de la contribution de ce secteur au niveau national à environ 42% de l'offre de services de santé (PNDS 2021-2025). L'hypothèse de **faibles liens de CIP Etat-marché** ressort également ici.

Bien que l'on lise dans les PNDS une classification et un alignement des établissements sanitaires privés dans l'organisation pyramidale sanitaire en Côte d'Ivoire, ni eux, ni les praticiens de la médecine traditionnelle n'y sont intégrés, de façon pratique. Ce manque de coordination peut effectivement conduire les catégories de patients vulnérables à ne pas recevoir les soins appropriés, soit parce qu'ils habitent des zones rurales et difficilement évacuables, soit

³³⁶ Surveillance, revue et riposte face aux décès maternels en Côte d'Ivoire - Rapport de situation premier semestre 2015 (PNDS, 2021-2025).

³³⁷ Cette insuffisance est liée au manque de formation et à l'inexistence de comité national et de comités déconcentrés de surveillance, de revue et de riposte des décès maternels.

³³⁸ D'après le PNDS (2021-2025), il s'agirait de 51% des femmes pauvres et 5% des femmes riches accouchant en l'absence d'un personnel de santé.

parce que le plateau technique dans les établissements publics de soins sanitaires (EPS) de référence ou appropriés les plus proches possibles est précaire, ou encore les deux. Il peut arriver que certaines pathologies requièrent une technologie médicale n'existant que dans le privé, qui est malheureusement accessible qu'à une catégorie de patients. Et même dans les établissements publics de soins sanitaires (EPS) où des services de santé requis sont disponibles, nos entretiens révèlent par exemple, pour les césariennes, un dysfonctionnement des services sociaux, au détriment des plus vulnérables (cf chapitre 9). Les mécanismes de subvention et de gratuité en faveur des plus vulnérables, notamment les femmes, ne leur sont profitables que dans le secteur public. Le secteur privé n'étant pas encore associé à ces mécanismes, les femmes indigentes ne peuvent pas recourir au secteur sanitaire privé pourtant mieux apprécié. D'ailleurs, le secteur privé en Côte d'Ivoire est plus fréquenté par les autorités, fonctionnaires de PTF, les personnalités publiques par rapport au secteur public.

Par ailleurs, nos entretiens de l'enquête 1 (E1) (cf parties 1 et 2) révèlent que la prestation des services de santé maternelle en Côte d'Ivoire dans les services publics de santé est assurée majoritairement par des sages-femmes (parmi lesquelles des stagiaires ou peu expérimentées), infirmiers, etc. Les gynécologues n'y interviennent que ponctuellement pour poser un diagnostic nécessaire à la suite de complications (conduisant à des césariennes ou interruptions de la grossesse) et procéder à des césariennes. Pourtant, dans les grands établissements sanitaires privés, les simples CPN et examens prénatals/postnatals sont souvent assurés par des gynécologues qualifiés ayant souvent plusieurs années d'expérience, souvent issus du public et exerçant dans plusieurs établissements sanitaires à la fois. Il s'agit souvent des mêmes gynécologues devant exercer dans le public, mais s'orientant davantage vers le privé où ils passent finalement plus de temps, du fait de la rémunération qui y est plus intéressante et des meilleures conditions de travail par rapport au secteur public. Divers prestataires de services de santé enquêtés du secteur public et du secteur privé ont des propos à ce sujet qui convergent vers le verbatim ci-dessous de MC.1³³⁹ :

-MC.1 : « *La rémunération au public n'est pas en accommodation avec ce que le médecin représente en Côte d'Ivoire... »*

Ce qui précède interroge davantage les **liens de faibles CIP/ fortes CID Etat -marché** : Et ce, au profit des patients du secteur privé formel et réputé étant souvent des populations ayant

³³⁹ Médecin-chef interviewé pendant l'enquête 1 (E1).

une assurance maladie privée pour un niveau de plateau technique d'une meilleure qualité et une meilleure prestation de services (**cf encadré n°33**). Ces derniers profiteraient de CID. Cette situation déjà illustrée dans les chapitres précédents (1 et 4) est confortée par le verbatim ci-dessous d'une enquête F.2.1 dans un établissement sanitaire public, mais ayant recouru au privé également et qui met en évidence une préférence pour les gynécologues quant au suivi prénatal :

-F.2.1 : « Pour les CPN, je préfère le gynécologue car il est mieux spécialisé que la sage-femme. Chacun a son travail. La sage-femme, son travail, c'est aider à accoucher. Donc pour l'accouchement, je n'ai aucun problème à me rendre comme aujourd'hui en maternité publique »

Ainsi, les arrangements institutionnels dans la prestation des services en Côte d'Ivoire contribuent à maintenir voire creuser les inégalités d'accès aux soins de santé et de santé déjà existantes. En dépit des mécanismes de subvention et de gratuité, il demeure un problème d'accès aux soins de santé et à un personnel de santé qualifié pour les accouchements. Par exemple, certaines catégories de femmes vulnérables ont peu de moyens d'intercepter le flux d'informations disponibles à leur endroit et leur bénéfice (le bien-fondé d'un suivi prénatal et postnatal, les mécanismes d'exemption, etc.). Certaines rencontrent des difficultés à se rendre dans les établissements sanitaires les plus proches pouvant en réalité être très éloignés (chapitres 2,3 et 4) sans possibilité aucune d'évacuation (**cf encadré n°33**). Ce sont des signes confirmant la pertinence d'interroger d'autres catégories de facteurs à mettre en cause au-delà des barrières financières.

Les documents officiels de stratégie nationale pointent peu des efforts de synergie pour résorber le mauvais état voire l'inexistence des routes permettant d'accéder à ces établissements sanitaires suffisamment éloignés. Or, tout comme les difficultés d'accès à l'eau et à l'électricité qui sont indispensables à des soins de santé, notamment maternelle, ces problèmes de routes, de transport et d'infrastructures peuvent impacter indirectement mais considérablement l'état de santé des femmes enceintes et accouchées. Il en est de même pour les populations subissant ces failles dans le système. De telles situations interrogent l'existence de faibles liens de complémentarités institutionnelles performantes externes (CIPEX) entre MCG du secteur de la santé et d'autres secteurs indispensables et influençant indirectement l'accès aux soins de santé (maternelle) et la santé (maternelle). Autrement dit, il s'agit ici d'une hypothèse de **faibles liens de CIP entre Etat « santé au sens strict » – Etat « autres secteurs sociaux »**.

Par ailleurs, les relais communautaires regroupant les ASC, les groupes de soutien à une action sanitaire spécifique, pouvant palier aux lacunes de proximité des établissements sanitaires, ne disposent toujours pas de statut réglementaire qui définit leurs missions, leur position et ancrage institutionnel ainsi que leur prise en compte financière. Ce qui limite leur champ d'interventions ainsi que leur mobilisation peu encadrée par des PTF et ONG à leurs fins respectives. Même si un document de stratégie de service à base communautaire est disponible, il n'existe pas de stratégie nationale de mobilisation sociale et les COGES ne sont pas fonctionnels dans la plupart des établissements sanitaires.

Ce qui précède ainsi que la différence de la qualité du suivi maternel et du plateau technique entre le secteur public et le secteur privé contribuent à favoriser une mauvaise perception de l'équité et donner un mauvais signal sur la prestation dans le secteur public aux femmes vulnérables et leurs familles. La mauvaise qualité des soins en Côte d'Ivoire est d'ailleurs impactée davantage par un manque de motivation lié aux conditions de travail précaires des prestataires de services de santé (faible plateau technique, insuffisance de prestataires, précarité salariale, faible compétence, etc.) ainsi qu'à leur faible gouvernance. Non seulement, ceci les éloigne de leurs principes et engagements professionnels, mais aussi entraîne sans doute des effets pervers sur les services offerts ainsi que sur la perception des patients (**cf encadré n°33**) et par ricochet, l'utilisation des services de santé maternelle.

Enfin, la revue documentaire ainsi que nos entretiens révèlent l'existence de peu de mécanismes³⁴⁰ qui motivent et orientent positivement, non seulement le comportement des prestataires de services de santé, de sorte à améliorer leur responsabilité envers les utilisateurs de services, mais aussi celui de la demande de services de santé et de comportement de recherche de soins. Ce qui peut davantage détériorer la confiance de la population à l'endroit des agents de santé des établissements sanitaires publics, les conduire pour ceux qui n'ont pas la possibilité de recourir aux établissements sanitaires privés vers la médecine traditionnelle, voire l'automédication et augmentant ainsi la probabilité d'avoir ainsi de mauvais résultats de santé maternelle.

Cette sous-section confirme les **liens de faibles CIP entre Etat décideur – Etat acteur, Etat - marché renforçant des CID et les faibles CIP entre Etat acteur – communautés**. Elle permet également de comprendre les interactions dynamiques pouvant exister entre la prestation

³⁴⁰ Mécanismes au-delà de campagnes de sensibilisation, tels que les mécanismes d'incitation financière, système de bons.

des services de santé, la gouvernance, les résultats et objectifs, la population, le contexte, les ressources humaines en santé, le financement et les autres ressources (équipements et biens, les informations et connaissances).

Encadré n°33 : Une prestation insuffisante en quantité et en qualité en ressources humaines en santé et plateau technique

D'après le PNDS (2016-2020), les décès maternel et néonatal pourraient s'expliquer par certaines insuffisances telles que : **(i)** la faible application des directives sur les SONU par le personnel de santé, **(ii)** l'insuffisance de capacités pour l'organisation et la gestion des services intégrés de santé maternelle, **(iii)** la faiblesse du plateau technique pour l'offre des SONU. D'après le PNDS (2016-2020) et comme partiellement mis à nu par l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2), les femmes en suite de couches ne restent pas dans les établissements sanitaires pendant les deux jours réglementaires mais en sortent deux heures après l'accouchement lorsqu'elles ne présentaient aucune complication. De plus, 34 % des nouveau-nés ont bénéficié de soins dispensés par un agent de santé deux jours après la naissance. D'après le PNDS (2021-2025), une analyse des données régionales a mis en exergue : **(i)** une indisponibilité de certains services spécialisés dans les CHR, **(ii)** une faiblesse des plateaux techniques des structures de référence, **(iii)** une insuffisance dans l'application des normes et des procédures en matière de qualité des services (accueil, communication, temps d'attente, orientation), **(iv)** un comportement répréhensible de certains personnels de santé, **(v)** une prolifération de structures sanitaires privées non agréées.

Les résultats de l'EIPSS (2021) confirment l'existence dans le privé, d'un plateau technique et d'une offre de services de santé relativement meilleurs par rapport au secteur public. Cette situation prévaut également dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Moins de la moitié des établissements sanitaires publics y sont effectivement équipés de matériels essentiels au suivi de la grossesse et parmi eux, d'autres sans tables d'accouchement. Au niveau national, d'après l'EIPSS (2021), près de 2 établissements sanitaires sur 3 (de 87,0% en milieu rural et 56,0% en milieu urbain) offrent des services de santé maternelle.

L'éloignement des installations les plus proches associées aux lacunes des systèmes de référence interrogent. Le taux d'ambulance par établissement sanitaire public n'est que de

0,22³⁴¹. On note d'ailleurs des déserts médicaux de certaines zones reculées au profit de la capitale et proximité.

Au total, l'offre des services souffre de problèmes liés à la non-conformité des plateaux techniques à chaque niveau de la pyramide sanitaire ; l'insuffisance de ressources humaines en santé en termes de quantités et qualités ; l'insuffisance dans la mise en œuvre des paquets minimums d'activités³⁴² à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, l'insuffisance d'infrastructures sanitaires et non sanitaires (routes, eau, électricité, ambulances, etc.).

Une enquête satisfaction des clients réalisée lors de l'EIPSS (2021) montre également que les populations sont sensibles aux conditions suivantes qui nécessitent une amélioration dans l'offre de services de santé en Côte d'Ivoire : l'accessibilité/disponibilité des médicaments (45,5%), l'amélioration du plateau technique (15,3%), l'accroissement de l'effectif du personnel prestataire (15,0%) et l'amélioration de l'accueil par le personnel et le respect des horaires d'ouverture (7,0%).

2.2.3 Ressources humaines en santé

En dépit d'une évolution, l'on dénote en Côte d'Ivoire un véritable manque de ressources humaines en santé et de fortes disparités, principalement au niveau du ratio médecin/population, dans les différentes régions sanitaires (avec 13 régions sur 21) en dessous de la norme d'un généraliste pour 10 000 habitants. Nous avons par exemple 1 médecin pour 20 803 habitants dans le Cavally-Guemon. L'analyse à partir des PNDS (2016-2020), PNDS (2021-2025), des défis relatifs aux ressources humaines en santé s'est faite à travers : i) la planification ; ii) la production ; iii) le recrutement et le déploiement.

La planification des ressources humaines en santé est confrontée à des difficultés liées à : une inégale répartition des ressources humaines en santé. Les raisons évoquées sont l'absence d'un système de gestion national de l'information sur les ressources humaines en santé, l'absence d'évaluation de la charge de travail dans les établissements sanitaires avec un déficit de planification des besoins en ressources humaines en santé au niveau déconcentré et un problème budgétaire. Cette absence d'outil de dimensionnement approprié des ressources humaines en santé engendre une insuffisance d'information sur la situation des personnels de santé,

³⁴¹ RASS, 2017.

³⁴² Paquet Minimum d'activités.

notamment la cartographie des différentes catégories professionnelles, devant améliorer la prise de décision. Ce qui accentue l'**hypothèse de faibles CIP Etat décideur – Etat acteur**.

Pour la production des ressources humaines en santé, en dépit des acquis, on note un problème de disponibilité de ressources humaines en santé de qualité occasionnée par un faible investissement consacré à la formation et les difficultés de mise en œuvre de la réforme du système éducatif (le système LMD). En ce qui concerne la santé maternelle en Côte d'Ivoire, la persistance des mauvais indicateurs, en dépit de l'atteinte de la norme OMS de 1 sage-femme pour 3000 femmes en âge de procréer, dans tous les districts départementaux sanitaires, conduit à interroger d'autres facteurs. Il pourrait entre autres s'agir de la qualité/ du type de la formation (continue ?) de ces sages-femmes (qui manquent de sites de stage) (PNDS 2021-2025) et des autres travailleurs de la santé, du plateau technique à leur disposition et des facteurs, du côté de la demande, au-delà de ceux monétaires. La formation initiale³⁴³ et la formation continue³⁴⁴ se heurtent à de nombreux défis. Par exemple, en 2016, seulement 37% des établissements sanitaires disposaient de directives pour les accouchements, 42 % du personnel étaient formés aux soins essentiels à l'accouchement et 54 % des prestataires de services de santé étaient formés aux dernières directives obstétriques nationales (RASS, 2016).

En matière de *recrutement et de déploiement*, on note une insuffisance de spécialistes dans plusieurs districts de l'intérieur du pays causée par l'absence de plan de formation continue des agents de santé et la non-reconnaissance de la spécialité médicale par la Fonction Publique avec le faible recrutement de personnels spécialisés. La faible densité de 8,57 personnels de santé pour 10 000 habitants est due à l'absence d'un mécanisme de fidélisation du personnel dans les zones rurales effectivement difficiles d'accès et éloignées du pays. Cette faiblesse est accentuée d'une part par le manque de mise en œuvre d'incitations financières et non financières visant à fidéliser le personnel, en général et spécifiquement ceux des zones reculées et difficiles d'accès, et d'autre part à l'absence de textes réglementant la mobilité du personnel et l'absence de profil de carrière.

³⁴³ En ce qui concerne *la formation initiale*, on note l'insuffisance : (i) des capacités d'accueil des établissements de formation du personnel paramédical, (ii) des sites de stage pour la formation, (iii) du matériel didactique, (iv) de financement à laquelle font face les institutions étatiques en charge de la formation initiale. On pourrait également citer l'inadaptation des formations initiales aux besoins du ministère de la santé.

³⁴⁴ S'agissant de *la formation continue*, on note une insuffisance de la mise en œuvre de la politique nationale de formation continue et de la recherche et une insuffisance du financement par l'État pour la formation continue.

Dans l'ensemble, la pénurie de spécialistes est un problème majeur. De nombreux hôpitaux régionaux manquent de gynécologues, de chirurgiens, d'anesthésistes, etc. (RASS, 2015). Ces spécialistes ainsi que les sages-femmes restent concentrés à Abidjan et dans les zones urbaines. Le traitement des gynécologues et autres spécialistes, nécessitant en réalité plus d'années de formation, comme des médecins décourage à s'y investir, si bien qu'on en note une pénurie, notamment dans les zones reculées. Ces derniers sont pourtant indispensables au suivi prénatal voire en cas de complications. Par ailleurs, le personnel de santé n'est pas directement géré par le ministère de la santé mais par la Direction de la fonction publique, et les districts sanitaires ou établissements sanitaires n'ont pas le pouvoir d'embaucher ou de licencier. Ce qui limiterait la réactivité aux défis potentiels de qualité des services de santé maternelle au niveau des établissements (RASS, 2015). Ceci emmène à davantage examiner les **faibles liens de CIPINT et CIPEX** entre le secteur de la santé et les autres secteurs indispensables tels qu'ici celui de l'emploi. Autrement dit, il s'agit de l'hypothèse de **faibles liens de CIP Etat « santé au sens strict » – Etat « autres secteurs sociaux »**.

Par ailleurs, la non-maitrise des effectifs des ressources humaines en santé du secteur privé résultant de l'insuffisance dans l'application des textes réglementaires et le manque d'un observatoire des ressources humaines en santé sont des contraintes supplémentaires à une gestion efficiente des ressources humaines en santé. Enfin, comme déjà mentionné dans la prestation des services, les ASC demeurant des maillons essentiels pour permettre à environ 30% de la population vivant à plus de 5 km d'un établissement sanitaire d'accéder à des services de santé, n'ont malheureusement pas à ce jour, aucun cadre institutionnel organisant leurs activités et facilitant leurs interventions au profit de la santé maternelle. Ce qui interroge davantage les **faibles liens de CIP Etat décideur - Etat acteur, Etat – communautés**.

D'autres défis majeurs du pays des ressources humaines en santé en Côte d'Ivoire sont :

- i) une insuffisance de gestion administrative efficiente des ressources humaines en santé pour réduire la mobilité et les taux d'absentéisme ;
- ii) l'insuffisance de capacité pour la formation initiale et de financement pour la formation continue ;
- iii) la faible capacité institutionnelle du ministère de la santé en termes de réglementation et de gouvernance du personnel de santé ;
- iv) une production insuffisante de main-d'œuvre, spécialement pour suivre la construction de nouvelles installations ;
- v) et un financement limité pour rectifier les problèmes présentés ci-dessus.

D'ailleurs, le **taux d'absentéisme élevé** en Côte d'Ivoire reste un défi majeur encore peu

investigué. L'EIPSS (2021) révèle **qu'environ un tiers du personnel de santé (31,2%) du public étaient absents à leur poste de travail le jour de la visite**. Selon la localisation de l'établissement sanitaire, 35,2% du personnel étaient absents en milieu urbain et 26,1% de ceux du milieu rural étaient absents. La principale raison des absences du personnel de santé est la demande de permission ou congé avec 42,2%. Les absences non autorisées représentent 13,7%. Les autres raisons d'absence qui représentent des proportions élevées dans les EPS sont les formations ou les séminaires (16,8%) et les repos maladie ou maternité (13,1%). Ce taux élevé d'absentéisme, reflétant également la faible gouvernance des ressources humaines en santé et du secteur globalement, a un effet pervers sur la disponibilité et la qualité des services de santé maternels offerts.

Cette section a mis en évidence les interactions dynamiques entre les ressources humaines en santé, le financement, la gouvernance, les résultats de santé maternelle, la prestation des services, etc. et a confirmé l'existence de faibles CIP entre MCG.

2.2.4 Infrastructures et fournitures pharmaceutiques, de technologies et de biens

D'une façon générale, l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité **au sang**³⁴⁵, **aux médicaments, aux vaccins**³⁴⁶ **et autres intrants stratégiques de qualité**³⁴⁷, reste un défi majeur à relever par l'Etat ivoirien, afin d'améliorer la santé maternelle et infantile.

³⁴⁵ L'insuffisance de disponibilité des Produits Sanguins Labiles (PSL) dans les établissements sanitaires (taux 60-70%) pourrait être due à une insuffisance de la promotion des dons de sang. D'autres difficultés de ce domaine sont l'insuffisance de chambre froide (vieillissante ou de petite capacité) et les difficultés dans la destruction des déchets liés à la transfusion sanguine au niveau des CTS (centres de transfusion sanguine) et ATS (antennes de transfusion sanguine). Des approches innovantes de mobilisation de donneurs de sang bénévoles, de leur fidélisation, de fractionnement du sang total et surtout d'utilisation rationnelle des PSL par les prescripteurs sont des pistes pour une gestion efficiente du sang.

³⁴⁶ S'agissant de la disponibilité des vaccins, les difficultés concernent : i) le non-déploiement du Stock Management Tool ou Outil de gestion des stocks (SMT) pluriannuel, ii) une lourdeur dans les procédures d'enlèvement et d'acheminement des vaccins et consommables ; iii) l'insuffisance et la vétusté de la chaîne du froid pour les vaccins au niveau périphérique ; iv) une insuffisance du système de suivi de température à distance dans les chambres froides.

La distribution des produits sanguins et de santé de façon générale est marquée par i) l'insuffisance de moyens pour le fonctionnement des véhicules (carburant, maintenance...), ii) l'absence de moyens roulants pour les nouveaux districts, iii) l'impraticabilité de certaines voies selon les saisons et iv) des moyens de locomotion pas toujours adaptés à la distribution des produits de santé pour certains sites.

³⁴⁷ Pour améliorer la disponibilité des produits de santé, l'approvisionnement joue un grand rôle. Cependant, les données de quantification sont encore de qualité peu fiable et de disponibilité limitée ou insuffisante pour une meilleure prévision des besoins en produits de santé. Par conséquent, de nombreuses prévisions sont effectuées sur la base d'hypothèses ou des données de morbidité et non sur les données de consommation réelle. De même, pour disposer de médicaments sûrs et de qualité, le contrôle doit être effectué. Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) qui est habilité à le faire ne dispose pas d'un plateau technique suffisant pour assurer le contrôle qualité des produits.

On note une faible production locale de produits pharmaceutiques³⁴⁸ (6%) tandis que la production locale de médicaments traditionnels améliorés avec une autorisation de commercialisation reste insignifiante (seulement 7 médicaments)³⁴⁹. Ces faibles disponibilité et accessibilité constituent un frein à l'utilisation des établissements sanitaires et la qualité des soins. Un exemple alarmant concerne l'absence de centres de transfusion sanguine fonctionnelle dans la ville de Soubré, tandis que celle-ci constitue le premier nid de mortalité maternelle, principalement du fait des hémorragies du post-partum HPP (Observation issue de l'enquête 1 (E1)). Le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire, essentiellement dans les établissements sanitaires publics, se caractérise par son très faible plateau technique.

Au sujet *des mobiliers médicaux*, on note que la capacité litière est insuffisante, vétuste et ne répond pas aux normes³⁵⁰. L'enquête 1 (E1) confirme cette faible capacité litière et d'hospitalisation, réduisant les conditions optimales pendant l'accouchement et le **suivi postnatal** à entre **8h et 24h dans les ESPC et HG enquêtés** (cf parties 1, 2 et chapitre 9).

L'EIPSS (2021) révèle qu'au niveau national, moins d'un établissement sanitaire sur 4 dispose d'une ambulance (20,4%), seulement 18,3% des établissements sanitaires disposent d'ambulances fonctionnelles, 10,9% disposent des 7 matériels de base³⁵¹, dont 13,7% dans le privé et 9% dans le public. Seulement 46,6% des établissements sanitaires disposent des 4 matériels essentiels pour les accouchements³⁵² et parmi les établissements sanitaires offrant les services de santé maternelle, 5,9% ne disposent pas de table d'accouchement (EIPSS, 2021). Pour ceux qui en disposent, on note en moyenne 1,5 table d'accouchement par établissement sanitaire (EIPSS, 2021). Des efforts restent à faire en termes d'implantation³⁵³, de

³⁴⁸ Cela est dû à l'absence de mise en œuvre d'un plan national d'industrialisation locale pour la production de produits médicaux et technologie de santé (PNDS 2021-2025).

³⁴⁹ Pour les Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA), les principaux problèmes sont : i) le coût élevé des tests toxicologiques dans le processus d'autorisation de commercialisation des MTA ; ii) l'inexistence d'un cadre de collaboration entre scientifiques et acteurs de la médecine traditionnelle.

³⁵⁰ i) Au niveau des CHU, 1000 ne répondent pas aux normes ; ii) au niveau des CHR, 1 281 ne répondent pas aux normes et sont vétustes ; iii) au niveau des HG, 1 655 sont vétustes et iv) au niveau des ESPC, 17 029 sont vétustes ; iv) pour les secours en électricité (CHU, CHR et HG), 12 groupes électrogènes s'avèrent défectueux.

³⁵¹ « 7 matériels de base » identifiés par le Programme National de Santé de la Mère et l'Enfant (PNSME).

³⁵² Ces 4 matériels de base définis par l'EIPSS (2021) sont : tensiomètre, toise, pèse-personne-adultes et Stéthoscope Obstétrical/doppler fœtal.

³⁵³ Le non-respect de la carte sanitaire dans l'implantation des EPS en raison d'une multiplicité des interventions (collectivités déconcentrées et décentralisées) et la non-conformité de nombreux établissements sanitaires aux normes réglementaires applicables à la catégorie d'ES à laquelle elles appartiennent constituent les principaux problèmes en matière d'infrastructures sanitaires. Cela s'explique entre autres par l'absence d'une carte sanitaire prospective et l'érection automatique des établissements sanitaires du niveau inférieur en établissements sanitaires du niveau supérieur sans une mise aux normes desdites infrastructures.

réhabilitation³⁵⁴, de maintenance d'équipements et de construction d'établissements sanitaires ainsi que de locaux propres pour certaines directions régionales et districts sanitaires. Des disparités régionales persistent dans l'accessibilité géographique de la population vivant à moins de 5 Km d'un établissement sanitaire avec des taux inférieurs ou proche de 50 % pour certaines régions (RASS 2020).

Bien que, sur l'ensemble du territoire national, l'EIPSS (2021) montre une amélioration dans l'accès des établissements sanitaires à l'eau³⁵⁵ et à l'électricité³⁵⁶, il demeure d'importantes disparités, notamment dans l'accès à l'eau potable, entre le milieu urbain (89,3%) et le milieu rural (21,7), entre le secteur public (41,0%) et le secteur privé (92,0%). La question du faible accès à l'eau s'avère davantage problématique dans la santé maternelle, quand l'on sait le rôle crucial que joue l'eau pendant l'accouchement. Ce qui interroge l'existence de **faibles CIPEX dans le système entre le secteur de la santé et le secteur de l'eau et assainissement** voire avec d'autres secteurs.

Les documents de stratégie politique montrent une persistante focalisation dans le système de santé au sens restreint, en dépit des recommandations de la santé dans toutes les politiques. Ces difficultés au niveau de la disponibilité et la distribution des produits sanguins ainsi que toutes les lacunes précédemment évoquées accentuent sans aucun doute les répercussions négatives dans la réaction du système de santé face à l'HPP qui est la première cause de mortalité maternelle en Côte d'Ivoire. De telles situations interrogent davantage sur les liens de **faibles CIP Etat décideur – Etat acteur, Etat – communautés et Etat (INSTINT) – Etat (INSTEEX)**.

Les principaux problèmes identifiés en matière de qualité structurelle sont la gestion des transfusions sanguines (seulement 5 % au niveau des soins primaires), les interruptions des

³⁵⁴ Selon le PNDS (2021-2025), les causes de ces insuffisances sont liées à : i) l'inexistence de commission d'agrément de construction et de réhabilitation ; ii) l'ouverture de plusieurs ESPC avec des équipements à minima faute de budget ; iii) l'utilisation excessive de certains équipements ; iv) l'absence de programme de remplacement des équipements ; v) l'absence de réglementation de l'évolution des statuts des établissements sanitaires en fonction de l'évolution administrative (passage d'un CSR à centre de santé urbain ; centre de santé urbain à HG, HG à CHR) ; vi) la mauvaise utilisation des équipements ; vii) l'instabilité du courant électrique (30% à 40%) des pannes et viii) la qualité approximative de certains équipements acquis sans un minimum d'encadrement technique (collectivités, administration centrale et déconcentrée).

³⁵⁵ 66,0% des établissements sanitaires sont raccordés à l'eau potable, selon l'EIPSS (2021).

³⁵⁶ 97,6% des établissements sanitaires ont accès à l'électricité, selon l'EIPSS (2021).

chaînes d'approvisionnement³⁵⁷ entraînant des ruptures de stock, et les capacités en matière de données et de gestion (PNDS, 2021-2025).

Par ailleurs, il se pose un problème de transparence et de conformité³⁵⁸ au niveau des pharmacies des établissements sanitaires publics. Le constat est que les établissements sanitaires dans leur majorité ne pratiquent pas les prix recommandés par le ministère de la santé. Ce qui interroge davantage les liens de **faibles CIP Etat décideur – Etat acteur et Etat acteur – communautés**. De même, l'évaluation des procédures d'achats de médicaments fait apparaître une proportion d'achats conformes de 0 % sur les 10 meilleures pratiques internationales. Quant à prolifération du marché des médicaments illicites, elle résulterait de l'insuffisance des moyens de contrôle et de lutte ainsi que de l'insuffisance d'un cadre administratif et réglementaire de la lutte contre le trafic illicite et la contrefaçon des produits de santé (PNDS, 2021-2025). L'autre réalité que nous présentent nos entretiens est que les **populations se tournant vers ce marché illicite** le font **pour éviter les dépenses catastrophiques** induites par le « out of pocket payment », en achetant les produits (très souvent indisponibles ou chers dans les pharmacies publiques) dans les pharmacies privées.

Un autre problème de la chaîne d'approvisionnement est la dépendance de certains approvisionnements en produits de santé vis-à-vis des PTF, notamment à travers les programmes verticaux. En effet, plusieurs PTF interviennent dans l'achat de produits de santé de certains programmes nationaux de santé même si l'Etat y contribue (ARV³⁵⁹, Antituberculeux, MILDA³⁶⁰, Antipaludique, santé reproductive, etc.). Dans ce cas, les produits des programmes nationaux prioritaires de santé présentent une disponibilité variable relativement moyenne en raison du non-respect du plan d'approvisionnement par les PTF. Ce qui interroge les liens de **faibles CIP Etat – hiérarchies privées (PTF) et hiérarchies privées (PTF) - communautés**.

³⁵⁷ On estime que 87 % des établissements sanitaires ont connu au moins une rupture de stock de médicaments au cours de l'année écoulée, 53 % d'entre eux ayant connu plusieurs ruptures de stock. Ces situations entraînent une faible utilisation (48 % de la population n'a pas cherché à se procurer des médicaments).

³⁵⁸ La mise aux normes des espaces de stockage des pharmacies des établissements sanitaires conformément aux standards d'organisation et de fonctionnement reste insuffisante. En effet, les besoins de réhabilitation pour certaines pharmacies des EPS et la construction de locaux pour les nouveaux districts restent à combler. De 2018 à 2019, sur les 30 pharmacies de district planifiées, 9 n'ont pu être réhabilitées.

³⁵⁹ Antirétroviraux.

³⁶⁰ Moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'actions.

2.2.5 Informations et connaissances

La situation décrite dans la sous-section f) du 1.2.2 peut occulter le défi toujours croissant d'une information sanitaire de qualité, disponible à temps prenant en compte aussi bien tout le secteur public, privé et communautaire, pour la prise de décision. Le défi majeur en matière d'information sanitaire se résume à la *disponibilité/circulation optimale d'une information sanitaire de qualité* et au *développement de la recherche en santé* qui profitent finalement peu d'une alimentation mutuelle. C'est encore une grosse plaie les systèmes de santé des pays pauvres. Il est souvent mis en place des politiques et réformes sans mettre en place de véritables mécanismes pratiques d'informations, d'implication, d'éducation des populations tant au niveau des prestataires de services de santé qu'au niveau des populations. Ce qui pourrait entre autres justifier cet écart et des tensions entre des règles nouvelles et leur application du fait d'une absence d'adaptation des populations bénéficiaires aux informations et dispositifs existants. Il faudrait cette transparence tant au niveau de l'offre que de la demande.

D'abord, le SNIS est composé de divers sous-systèmes qui sont logés dans différentes directions et institutions du ministère de la santé. Ce qui pose des problèmes de gestion et de centralisation des données. Outre cela, le système national d'informations sanitaires connaît d'énormes difficultés (**cf encadré n°34**) liées à : **(i)** la non intégration des données sanitaires des CHU, des établissements sanitaires privés et autres EPN de santé, **(ii)** l'insuffisance de ressources humaines en santé formées dédiées à la gestion de données sanitaires dans les établissements sanitaires, **(iii)** la rupture fréquente des outils de gestion de l'information sanitaire, **(iv)** l'absence d'un cadre formel de rétro information du niveau central vers le niveau déconcentré, **(v)** l'absence d'analyse des données en temps réel pour la prise des décisions. Le système national d'informations sanitaires prend donc peu en compte les données sur des acteurs et secteurs pertinents contribuant à l'offre sanitaire en Côte d'Ivoire (secteur privé, PMT³⁶¹, santé communautaire, etc.). Ce qui pourrait accentuer les difficultés de leur intégration dans le système national, dans une plateforme unique ainsi que la coordination institutionnelle. Une telle situation conduit à examiner l'existence de **faibles CIPINT entre Etat – marchés, Etat – communautés** et de **fortes CID Etat – marchés**. En effet, les femmes et populations peu aisées seraient celles qui subiraient davantage ce manque de coordination dans l'utilisation, l'accès à/la gestion de l'information sanitaire.

Encadré n°34 : Défis en Côte d'Ivoire au niveau des informations et connaissances sanitaires

³⁶¹ Praticiens de la médecine traditionnelle.

Pour ce qui est de *la disponibilité et de l'utilisation des outils*, on note en dépit de la disponibilité d'outils (papiers et électroniques) : i) un approvisionnement insuffisant des structures en outils de gestion du fait de l'inexistence d'un mécanisme pour la reprographie des outils de collecte au niveau des districts sanitaires et établissements sanitaires de références qui est encore sous la dépendance des financements extérieurs, ii) la faible disponibilité de matériels informatiques destinés à la gestion des données sanitaires du fait de l'absence d'un plan d'équipement et de renouvellement du matériel informatique, iii) l'inadéquation entre les logiciels utilisés par la majorité des établissements sanitaires privés lucratifs et les besoins en collecte du système national d'informations sanitaires, et iv) l'absence d'interopérabilité entre les logiciels du système national d'informations sanitaires (DHIS 2³⁶², e-SIGL³⁶³, OpenELIS³⁶⁴, MAGPI, etc.).

D'autres défis au niveau *de la disponibilité et utilisation des données*, sont: i) l'absence de mécanismes opérationnels pour disposer des données sanitaires des EPN hospitaliers, de l'armée ; ii) la non intégration des données des établissements sanitaires privés lucratifs ; iii) le retard dans la production à temps et la diffusion des données sanitaires du fait de la non intégration de certaines sources de données dans le système d'information de routine (CHU, IPCI³⁶⁵) et du retard de la validation des données de certains programmes ; iv) l'archivage et la diffusion insuffisante des documents produits ; v) l'insuffisance de rétro-information entre les régions et les districts, entre les districts et les établissements sanitaires (seulement 46% des districts ont réalisé une rétro-information à l'endroit et au sein des établissements sanitaires ; vi) la faible utilisation des données au niveau des établissements sanitaires et moyenne aux niveaux district (53%) et région (57%). En général, les responsables de ces structures utilisent peu leurs données pour la planification car les plans élaborés découlent des directives et cibles fixées au niveau central par les programmes de santé³⁶⁶.

S'agissant de *la qualité des données*, on constate : i) l'absence de textes portant création et organisation d'un service de gestion de l'information sanitaire (SGIS) au niveau des établissements sanitaires et celui portant création et organisation d'un corps de métier de gestionnaire de données de santé ; ii) l'insuffisance de personnels dédiés à la gestion de données ; iii) l'insuffisance d'un contrôle qualité interne des données collectées au sein des

³⁶² District Health Information Software 2.

³⁶³ Système d'information de gestion logistique.

³⁶⁴ Open source laboratory information system for clinical and reference laboratories.

³⁶⁵ Institut Pasteur de Côte d'Ivoire

³⁶⁶ Rapport PRISM 2018

établissements sanitaires; iv) l'insuffisance d'un mécanisme d'assurance qualité et d'utilisation des données pour la prise de décision.

Pour ce qui est du *développement de la recherche et l'innovation en santé*, malheureusement, l'organisation de la recherche et l'utilisation de ses résultats pour le développement dans le contexte africain en général et en Côte d'Ivoire en particulier est faible voire inexistant. Plusieurs raisons expliquent cet état de choses : (i) L'insuffisance de mécanismes institutionnels de coordination et d'orientation des activités de recherche en santé (cadre institutionnel et juridique) se traduisant par la dispersion des moyens et le cloisonnement des activités nationales de recherche, mais aussi par la faiblesse voire l'inexistence de lien entre chercheurs ou institutions scientifiques et décideurs du secteur de la santé ; (ii) L'insuffisance de moyens matériels et financiers et l'inadéquation des procédures budgétaires et de gestion financière avec les exigences de la recherche en santé ; (iii) L'insuffisance d'une masse critique de personnels qualifiés pour la recherche et d'opportunités de renforcement des capacités pour la recherche sur les systèmes de santé (RO, RA) aux niveaux de la pyramide sanitaire (directions centrales, régions et districts sanitaires). En effet, la plupart des chercheurs sont dans des sphères (académiques en général) différentes de la sphère opérationnelle socio-sanitaire, de sorte qu'il y a une inadéquation entre les thèmes abordés dans la recherche en santé et les priorités sanitaires et de développement du pays ; (iv) Les résultats des recherches ne sont pas présentés sous des formes directement exploitables par les décideurs qui n'ont ni le temps, ni les moyens de traduire les résultats scientifiques et académiques en évidences pour la prise de décision. Cette situation limite l'accès des décideurs à l'information pertinente pour la prise de décision ; (v) L'insuffisance de collaboration entre les chercheurs et le ministère de la santé pour que leurs thèmes de recherches soient en adéquation avec les priorités sanitaires et de développement du pays.

Ces informations sont issues du PNDS (2021-2025-).

L'absence de prise en compte du secteur privé **dans la « Carte Sanitaire primaire » regroupant uniquement les données du secteur public met également en évidence un creux entre les discours et la pratique dans la volonté politique à rechercher une certaine équité ainsi qu'une faible réglementation et coordination du secteur privé.** Ce qui traduit de faibles **CIP Etat – marché.** La faible utilisation des données au niveau des établissements sanitaires et moyenne aux niveaux districts et régions interroge davantage cette incohérence.

La section sur les ressources du système dans son ensemble fait montre des interactions dynamiques pouvant exister entre l'organisation et la disponibilité des ressources d'une part et la gouvernance, le financement, la prestation des services, les résultats de santé, le contexte.

Conclusion du Chapitre 7

En somme, l'application du cadre d'Olmen *et al.* (2012) sur le système de santé et de la santé maternelle en Côte d'Ivoire révèle d'importantes failles (à travers des INSTINT et INSTEX, au niveau des 10 dimensions), tout en laissant émerger des hypothèses de faibles liens de CIP surtout entre divers MCG et parfois de fortes CID, essentiellement entre les MCG Etat et marchés.

Ces failles peuvent être regroupées en deux catégories, à savoir **des failles fondamentales** qui contribuent à engendrer **les failles résultantes**, la seconde catégorie de failles qui en sont les résultats. Les failles fondamentales sont entre autres : (i) une faible prise en compte du contexte et des valeurs locales dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de santé et autres politiques publiques ; (ii) un faible leadership et une mauvaise gouvernance par l'Etat ; (iii) un financement de sa santé principalement à la charge de la population, notamment celle pauvre.

Les failles résultantes sont : (i) un écart entre des objectifs très ambitieux et les mauvais résultats de santé maternelle ; (ii) une prestation de faible qualité des services de santé ; (iii) une insuffisance et une mauvaise répartition de toutes les ressources du système de santé.

En d'autres termes, ce sont les institutions (MCG, valeurs ou institutions informelles, acteurs publics, règles d'action formelles, etc.) qui déterminent la situation sanitaire d'un pays, d'une population. Dans le chapitre suivant, nous poursuivrons une connexion entre le cadre d'Olmen *et al.* (2012) et celui des CI de Boyer (2007), que nous adapterons au contexte de la Côte d'Ivoire afin de confirmer notre typologie de CI (chapitre 8). Cela nous permettra de présenter dans le chapitre 9 quelques résultats de faibles CIP et de fortes CID en lien avec une faible prise en compte des DSSM en Côte d'Ivoire, à l'aide de l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2).

CHAPITRE 8 : LES MECANISMES DE COORDINATION/GOUVERNANCE DE LA SANTE MATERNELLE EN CÔTE D'IVOIRE POUR UNE APPLICATION DE NOTRE CADRE D'ANALYSE DES COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES

Introduction du chapitre 8

Améliorer les indicateurs de santé maternelle en particulier et de santé en général en Côte d'Ivoire requiert diverses étapes. Outre la prise en compte des DSSM en Côte d'Ivoire (cf chapitre 4), il importe de montrer leurs liens étroits avec des **mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG)** ou d'autres formes institutionnelles du système de santé. Nous examinons l'hypothèse qu'il existe de faibles CIP entre les MCG du système de santé (maternelle) en Côte d'Ivoire - au détriment des femmes vulnérables et aux conditions défavorables – qui sont finalement mauvaises pour la performance du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Nous examinons également l'existence de mauvaises complémentarités ou CID au profit des femmes déjà aisées et au détriment de la performance du système de santé maternelle.

Pour marquer le lien avec la typologie d'institutions à considérer dans notre étude (cf chapitre 6), nous assumons que ces différents MCG font appel, soit à des règles du jeu ou procédures immatérielles (y compris les valeurs et principes) qui peuvent être informelles (coutumes, valeurs culturelles, etc.), soit à des acteurs responsables de leur mise en place. Il convient également de rappeler que la typologie de Boyer (2007) est très pertinente pour notre analyse de la santé maternelle car elle nous permet de façon plus pragmatique et plus réaliste d'y aborder les questions de CI, notamment dans l'aspect gouvernance, entre les institutions en présence dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire. En effet, nous avons mis en évidence de profonds problèmes de gouvernance, à travers l'analyse des failles du système de santé en Côte d'Ivoire fondée sur la grille de Olmen et *al.* (2012). Non seulement cette analyse (cf chapitre 7 section 2) a mis en lumière les effets pervers des failles de dimensions structurantes et institutionnelles du système sur les facteurs plus techniques. Mais aussi, elle a fait naître une hypothèse récurrente de faibles CIP (et parfois de fortes CID) (cf section 2 chapitre 7) entre MCG du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire.

L'objet de ce chapitre est d'affiner notre adaptation du cadre de Boyer (2007) en structurant clairement l'articulation que nous en proposons avec les dimensions du cadre de Olmen et *al.* (2012), afin de nous faciliter une analyse approfondie de de DSSM et de faibles CIP entre MCG dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Dans une **première section**, il s'agira, après une présentation plus détaillée des MCG du cadre de Boyer (2007), de bien identifier et lister les équivalents de ces MCG à prendre en compte dans le système de la maternelle en Côte d'Ivoire.

La **section 2** conduira à notre cadre final des complémentarités institutionnelles (CI) qui est le fruit d'une articulation entre la typologie des mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) de Boyer (2007) et les dimensions du cadre de Olmen et *al.* (2012).

Section 1 : Notre outil de travail : Les mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance

Cette section a pour objet de non seulement présenter les conditions préalables et mode de gouvernance des MCG de Boyer (2007) (1.1), mais aussi d'en identifier les équivalents et les plus pertinents pour l'analyse de la santé maternelle dans le secteur de la santé au sens large en Côte d'Ivoire (1.2).

1.1 Présentation détaillée des modalités de construction des mécanismes de coordination et de gouvernance de Boyer (2007)

Boyer (2007) s'insère dans une vision systémique et institutionnaliste permettant de comprendre les possibles goulots d'étranglement pouvant faire obstacle à de meilleures performances de tout système et de réduire ainsi la pauvreté et les inégalités. Dans son article, Boyer (2007) assimile les mécanismes de coordination et de gouvernance institutionnelle (MCG) à des arrangements institutionnels. Boyer (2007) préconise ainsi que tout arrangement institutionnel soit analysé dans ses interrelations avec les autres présentes dans son système d'appartenance, plutôt qu'une analyse isolée. Plutôt que de s'en tenir à la définition de deux MCG conventionnellement opposés, le marché et l'Etat, Boyer (2007) retient 6 MCG en prenant en compte à la fois le motif de l'action (intérêt ou obligation) et la répartition du pouvoir entre les acteurs (symétriques ou typiquement hiérarchiques).

Il considère le marché et l'Etat comme des « extrêmes ». Tandis que le marché repose sur l'intérêt et les interactions horizontales (symétriques) entre les acteurs, l'Etat est construit sur l'obligation et un exercice asymétrique (hiérarchique) du pouvoir. Ainsi, 4 autres MCG pouvant être considérés comme des formes intermédiaires d'arrangements institutionnels et qui émergent de la combinaison des différents motifs de l'action et des différentes répartitions du pouvoir sont : la hiérarchie privée des organisations et des entreprises, les communautés, les associations, et enfin les réseaux. Les sociétés et les économies présentent donc une multiplicité d'arrangements institutionnels, plus ou moins imparfaits, qui doivent être comparés entre eux et non avec une pure économie de marché mythique (Boyer, 2007). Aucun MCG, à lui seul, ne peut garantir la viabilité et l'efficacité d'un système. C'est au cœur de l'analyse institutionnelle.

D'un côté, tout arrangement institutionnel unique - un marché en fait partie - requiert une organisation précise, des règles et des normes, des moyens de conformité individuelle et collective et ces exigences doivent être fabriquées par la mobilisation de ressources en dehors de cet arrangement institutionnel (cf tableau n°10). D'après Boyer (2007), la concurrence pure du

marché, par exemple, fait partie des dispositions institutionnelles les plus exigeantes et n'est pas du tout un état de nature qui résulterait d'une évolution spontanée. Ainsi, en fonction de l'architecture nationale de toute société, il peut en résulter des arrangements institutionnels qui produisent des résultats. Le tableau n°10 résume les 6 MCG de Boyer (2007), leur gouvernance ainsi que leurs conditions préalables de fonctionnement. Les modalités résultantes pour chacun des MCG ou arrangements institutionnels permettent de comprendre la pertinence de chacun dans tout système.

Tableau n°10 - Mécanismes de coordination : leurs gouvernance et conditions préalables

MÉCANISMES DE GOUVERNANCE/ COORDINATION (MCG)	STRUCTURE ORGANISATIONNELLE (ORGANISATION PRECISE)	RÈGLES ET NORMES D'ÉCHANGE	MOYENS INDIVIDUELS DE CONFORMITÉ	MOYENS COLLECTIFS DE CONFORMITÉ
MARCHÉS	Entrée et sortie gratuites Bourse ou place de marché bilatérale (Wall Street)	Échange au comptant volontaire	Application légale du contrôle Réglementation pour maintenir un marché public	Norme de propriété privée Légitimité du marché libre
COMMUNAUTÉS	L'adhésion informelle évolue sur une longue période	Échange volontaire basé sur la solidarité sociale et un haut degré de confiance	Les normes sociales et les principes moraux imposent des obligations Connaissance des autres et réciprocité dans le temps	Des normes et des règles hautement institutionnalisées obligent les membres à accepter des obligations « d'entreprise »
RÉSEAUX	Adhésion semi-formelle Échange multilatéral	Échange volontaire sur une période de temps	Obligations contractuelles	Relations personnelles
ASSOCIATIONS	Adhésion officielle Échange multilatéral	Réservé aux membres	Intérêt personnel	Un certain degré de contrainte

		Initié / étranger d'opposition	Effet de réputation	Administration partiellement privée
HIÉRARCHIES PRIVÉES	Organisations complexes qui ont tendance à devenir bureaucratiques	Réservé aux membres, échange basé sur un pouvoir asymétrique, règles bureaucratiques	Récompenses pour les individus	Règles hautement institutionnalisées
ETAT	Hiérarchie publique Adhésion de jure et imposée	Action unilatérale Échanges politiques et économiques indirects et mondiaux	Sortie (évasion fiscale, migration) Voix (vote, lobbying)	Coercition Règles ou normes sociales

Source : Boyer (2007)

D'un autre côté, chaque arrangement institutionnel ou MCG a un domaine d'application limité et ne peut pas être étendu à l'ensemble de l'économie. Chaque MCG a ses forces et ses faiblesses (cf tableau n°11) relatives à sa mise en vigueur, sa fourniture de bien public et externalité. En ce qui concerne les critères d'équité et d'efficacité, on note surtout des faiblesses au niveau de chaque MCG. Tandis que certains arrangements institutionnels sont adaptés pour allouer efficacement des biens typiques, d'autres renforcent la confiance nécessaire à la coordination de chaînes de production complexes et une autre catégorie est consacrée à la fourniture de biens publics. De plus, les préoccupations d'équité ne sont pas prises en compte par le même MCG que celui qui vise l'efficacité de l'allocation des ressources (Boyer, 2007). Par exemple, le marché ne peut pas gérer la détermination de l'offre de biens publics, les externalités et le souci de justice sociale. Les États n'ont pas clairement de supériorité pour allouer des biens conventionnels mais ils sont assez adaptés à la coordination des externalités stratégiques et à la livraison des biens publics. Chaque MCG présente des forces

Tableau n°11 – Chaque MCG a ses propres forces et faiblesses (défaillances)

Type de défaillances	MECANISMES DE COORDINATION/GOUVERNANCE (MCG)					
	MARCHÉ	COMMUNAUTÉS	RÉSEAUX	ASSOCIATIONS	HIÉRARCHIES PRIVÉES	ETAT
Défaillances (faiblesses) MISE EN VIGUEUR Forces	A besoin d'une autorité d'exécution interne Facilite la collusion et la concurrence	Besoin de confiance et de loyauté, venant souvent de l'extérieur (famille, religion, origine ethnique) Compatible avec différents types de compétition	Besoin d'une autorité d'exécution externe Peut faciliter la cartellisation et le monopole	S'appuie généralement sur l'État comme exécuteur Ressemble au mécanisme d'application des cartels	Pourrait améliorer le comportement opportuniste L'idéal des marchés intérieurs pourrait nuire aux travailleurs en place	Nécessite des contrôles externes à la bureaucratie de l'État (juges, parlement, marché) pour corriger les abus de l'État Des lobbys (groupes d'intérêt) peuvent atteindre des objectifs d'intérêt public
Force BIEN PUBLIC ET EXTERNALITE	Ne peut pas fournir des biens collectifs ou traiter des externalités	Peut internaliser certains biens collectifs (qualité, formation) mais pas d'autres (bien-être,	Utile pour améliorer la qualité et la formation	Utile pour établir des normes et la qualité, pour établir des règles de concurrence dans l'industrie	Les coûts de gouvernance pourraient dépasser les avantages de la division interne du travail	Peut fournir des biens publics

Faiblesse	Suivi inadéquat des changements techniques et de l'innovation	biens publics généraux) Les membres sont étroitement intégrés à la communauté et ont une capacité d'innovation limitée	Mais pas très bon pour assurer le bien-être général de la société Faible dans la fourniture de biens collectifs	Utile pour fournir de nombreux biens collectivement que les membres individuels ne peuvent pas fournir eux-mêmes	Lent à réagir aux changements de l'environnement	Mais a du mal à les fournir en quantités précises Pourrait échouer à induire des changements techniques
(Surtout des faiblesses)	Certaines relations sociales de base ne peuvent pas être fournies par de purs mécanismes de marché	Certaines marchandises ne peuvent pas être livrées à des coûts suffisamment bas	Lent pour améliorer l'efficacité et la vitesse d'adaptation, sauf dans les secteurs où la technologie est complexe et évolue rapidement	Facilite la coopération et l'efficacité-X mais pas l'efficacité d'allocation	Manque de coopération et d'efficacité-X	Peut être très bureaucratique et ne peut pas facilement livrer des marchandises à faible coût
EFFICACITE						
ÉQUITÉ	Facilite l'inégalité des revenus et de la richesse	Peut entraîner un retard de développement	Lorsqu'ils sont largement développés en districts industriels, les réseaux peuvent faciliter une plus	Des structures associatives étroites conduisent à des inégalités de revenus	Multiplication excessive des contrôleurs (frustration et inégalité)	Pourrait accentuer les inégalités (pouvoir et privilège)

(Surtout des faiblesses)			grande égalité et une meilleure répartition des revenus. Lorsqu'ils sont peu développés, les réseaux ont tendance à accroître les inégalités sociétales			
--------------------------	--	--	---	--	--	--

1.2 Equivalents et pertinence des mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance dans le système de santé (maternelle) en Côte d'Ivoire

Dans la partie 3 et dans l'introduction de ce chapitre, nous avons souligné les motifs de notre choix finalement porté sur le cadre des CI de Boyer (2007). Nous adaptons ce cadre de Boyer (2007) en tenant compte des spécificités de la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire, nous pouvons retrouver les 6 MCG définis selon le motif de l'action (intérêt ou obligation) et selon la répartition du pouvoir (symétries et hiérarchies), de façon croissante en fonction de l'obligation et le pouvoir asymétrique/hiérarchique, que sont : les marchés, les communautés, les réseaux, les associations, les hiérarchies privées et l'Etat (Boyer, 2007). Nous déroulons un panorama des MCG du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire (1.2.1) que nous décrivons tout en montrant la pertinence pour notre étude (1.2.2).

1.2.1 Panorama des MCG pour une analyse du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire

Dans le système de santé (maternelle) en Côte d'Ivoire, les équivalents des MCG que nous avons pu identifier sont présentés dans le tableau n°12 ci-dessous. Le marché est principalement considéré comme ayant un statut privé. Tandis que l'Etat est principalement public. Les MCG intermédiaires sont des catégories relevant à la fois de règles publiques et de règles privées (Boyer 2007).

Tableau n°12 : Equivalents des MCG dans la santé maternelle en Côte d'Ivoire

MCG	MARCHÉS	COMMUNAUTÉS	RESEAUX	ASSOCIATIONS	HIÉRARCHIES PRIVÉES	ÉTAT
EQUIVALENTS DANS LA SANTÉ MATERNELLE EN CÔTE D'IVOIRE	Secteur Public : 8 unités de production de médicaments Secteur privé : 4 Grossistes répartiteurs ³⁶⁷ de produits de la santé de la reproduction (SR) dans les officines privées, officines privées pharmaceutiques	Leaders communautaires et religieux, relais communautaires (ASC, groupes de soutien à une action spécifique, ABC ³⁶⁸ , OBC ³⁶⁹ , etc.), responsables d'organisations communautaires féminines,	Réseaux informels, relations privées, entraide informelle. Faitières des associations (Faitière des associations de jeunes ambassadeurs	ONG, OSC ou ONG indépendantes (AIBEF, AFJCI, ASAPSU, SAUVONS 2 VIES, AIMAS (Marketing social), etc. Associations de professionnels de santé et	La Nouvelle Pharmacie de Santé Publique de Côte d'Ivoire ³⁷⁵ (NPSPI-CI), la centrale d'achat (publique privée). PTF (Banque mondiale, OMS,	Le ministère de la santé et ses directions centrales, techniques (Direction gérant le volet accès aux soins de santé du système d'assurance national CMU ainsi que les structures gérant les autres achats stratégiques tels le FBP (CTN ³⁷⁸ -FBP)) et ses directions opérationnelles (directions régionales et

³⁶⁷ Ces grossistes sont les intermédiaires entre les grands laboratoires internationaux et les officines privées en Côte d'Ivoire. Ils achètent les produits sur le marché international et en assurent la revente en les fournissant aux pharmacies privées en Côte d'Ivoire. Toutefois, ces centrales d'achats fournisseurs du secteur privé ne sont pas installées sur le territoire ivoirien. Ils sont affiliés à des centrales d'achat et des plateformes logistiques situées pour la plupart en France. Il s'agit de LABOREX CI, COPHARMED, DPCI, TEDIS PHARMA

³⁶⁸ Associations à base communautaire.

³⁶⁹ Organisations à base communautaire.

³⁷⁵ La NPSPI est la centrale d'achat de l'Etat dont la mission est d'assurer la disponibilité géographique et l'accessibilité financière des médicaments essentiels et intrants stratégiques de bonne qualité dans les EPS et parapublics (CHR, centres de santé, districts départementaux, directions régionales, etc.) sur toute l'étendue du territoire national au profit des populations de Côte d'Ivoire. L'Etat lui a confié depuis le 21 novembre 2013, cette mission de service public à finalité sociale. L'Etat lui apporte ainsi une subvention des produits surtout génériques à moindre coût que la NPSPI met à la disposition des populations dans les établissements sanitaires publics. C'est la pharmacie centrale publique. Ils ont des dépôts régionaux dans les régions qu'ils couvrent. Dans chaque district, il y a une pharmacie que la NPSPI livre et c'est la pharmacie du district qui livre les pharmacies respectives de tous les centres de santé du district.

³⁷⁸ Cellule technique nationale pour le financement basé sur la performance.

	(opérateurs privés de pharmacie, 542 dépôts de pharmacie), compagnies d'assurances privées, établissements sanitaires privés à but lucratif incluant un service de santé maternelle (cliniques, polycliniques, infirmeries/maternités privées, etc.)	communautés elles-mêmes, notamment les femmes, COGES, etc.	de la Planification familiale, etc.) Ou ONG regroupées en confédération constituant réseaux Ex : FACACI ³⁷⁰ , FENOSCI ³⁷¹	corporatives de santé (ASFI ³⁷² , ACPCI ³⁷³ ...) Autres associations de femmes (ALSP ³⁷⁴)	FM ³⁷⁶ , USAID ³⁷⁷ , FNUAP, etc.)	départementales/districts, Collectivités locales (Mairies) ; Structures et différents programmes de santé tels que MENET-FP ³⁷⁹ , PNSME ³⁸⁰ ; et d'autres Ministères techniques tels que le MEF ³⁸¹ , MFFE ³⁸² , MEPS ³⁸³ (exemple de la direction du MEPS gérant le volet assurance de la CMU); MPD ³⁸⁴ , MEDD ³⁸⁵ ; Ministère des
--	--	--	---	--	---	---

³⁷⁰ Fédération des associations de consommateurs actifs de Côte d'Ivoire.

³⁷¹ Fédération nationale des organisations de santé de Côte d'Ivoire.

³⁷² Association des sages-femmes ivoiriennes.

³⁷³ Association des cliniques privées de Côte d'Ivoire.

³⁷⁴ Association de lutte contre le sida et la pauvreté.

³⁷⁶ Fonds Mondial.

³⁷⁷ Agence des Nations Unies pour le Développement International.

³⁷⁹ Ministère de l'Education Nationale, de l'enseignement technique et la fonction publique.

³⁸⁰ Programme National de la Santé Mère Enfant.

³⁸¹ Ministère de l'économie et des finances.

³⁸² Ministère de la femme, de la famille et de l'enfant.

³⁸³ Ministère de l'emploi et de la protection sociale.

³⁸⁴ Ministère du Plan et du Développement.

³⁸⁵ Ministère de l'environnement et du développement durable.

						transports ; MJDH ³⁸⁶ ; MPJIPSC ³⁸⁷ ; etc. DD ³⁸⁸ , DR ³⁸⁹ EPS ou EPN (ESPC (centre de santé urbain, CSC), HG, CHU, CHR, etc.) Relais communautaires (non encore institutionnalisés (ASC)
--	--	--	--	--	--	--

Source : auteure

³⁸⁶ Ministère de la justice et des droits de l'homme.

³⁸⁷ Ministère de la promotion de la jeunesse, de l'insertion professionnelle et du service civique.

³⁸⁸ Districts sanitaires départementaux.

³⁸⁹ Départements régionaux sanitaires.

1.2.2 Présentation et pertinence des six mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance retenus pour l'analyse de la santé maternelle en Côte d'Ivoire

Pour l'analyse des dynamiques de la santé maternelle en Côte d'Ivoire, nous trouvons pertinent de retenir les 6 mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) (cf tableau n°12) : les marchés, les communautés, les associations, les hiérarchies privées et l'Etat. Conformément à notre typologie des institutions (cf chapitre 6) réitérée en introduction, plusieurs catégories d'institutions peuvent être assimilées aux MCG retenus. Autrement dit, en plus de l'assimilation des formes institutionnelles aux règles, nous assumons également leur assimilation aux acteurs responsables de leur mise en œuvre. Ainsi, nous sélectionnons pour chaque catégorie de MCG, les mécanismes/règles et acteurs qui mènent des actions impactant la santé maternelle en Côte d'Ivoire, d'après les documents officiels ainsi que l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2).

Par ailleurs, conformément à l'approche des DSS, nous assumons que ces MCG peuvent, non seulement avoir un caractère interne ou lié au système de santé au sens restreint (à travers des INSTINT), mais aussi avoir un caractère externe ou lié au système de santé au sens large (à travers des INSTEX).

Par exemple, dans le tableau n°12, si nous considérons le MCG « Etat », nous pouvons distinguer non seulement l'Etat décideur, mais aussi l'Etat acteur. L'Etat décideur est le premier gouvernant du système de santé et responsable de la formulation des politiques/stratégies de santé et bien d'autres secteurs, pour le bien-être des populations. Nous pouvons également considérer Etat « santé au sens strict » de Etat « autres secteurs sociaux ». L'Etat acteur interne au système de santé au sens strict peut concerner les établissements sanitaires publics (prestataires des services de santé qui font de la prestation des services de santé, de protection sociale/ de couverture santé dites mutuelles), les districts sanitaires, directions techniques sanitaires, les directions départementales, Nous y considérons également les ASC bien qu'il n'existe encore aucun cadre institutionnel organisant leurs activités. Les ASC représentent des relais de la prestation des services de santé dans les zones rurales et reculées. etc. L'Etat « autres secteurs sociaux » concerne les directions techniques de ministères autres que la santé, ministères de secteurs importants exerçant une grande influence sur la santé des individus (environnement de vie, éducation, emploi, transport, communication, etc.). Il s'agit donc d'INSTEX qui peuvent, au niveau international,

concerner des PTF, des organisatrices et des régulatrices de la santé, des pourvoyeuses de biens et de médicaments.

Bien que l'étude des institutions soit intimement liée à l'Etat nation selon nos prédécesseurs (Aoki, 2001 ; Boyer, 2006 ; Amable, 2005 ; Amable et Palombarini, 2009), celles participant au système de santé peuvent relever de l'international par le biais de mécanismes internationaux. Il s'agit, entre autres, de la gouvernance internationale par les PTF apportant un soutien financier et technique au pays dans le processus d'atteinte de ses objectifs de santé ainsi que d'objectifs plus internationaux (OMD, ODD, etc.). Nous assumons que les PTF font partie du MCG « hiérarchies privées ». Les PTF sont souvent soumis à une gouvernance internationale pouvant relever en partie de leur hiérarchie publique et en partie de leur hiérarchie privée (gouvernance de marché), ou des deux etc. Il est difficile de les mettre dans des catégories strictement nationales. C'est le cas de USAID qui est un mixte par son fonctionnement sur la base de la gouvernance publique (d'une puissance étrangère à la Côte d'Ivoire, à savoir les Etats Unis) et de la gouvernance privée (gouvernance de marché). Ceci vaut pour tous les pays d'Afrique subsaharienne où l'USAID intervient.

En réalité, il nous est difficile de retenir cette catégorie dans l'un des mécanismes de Boyer (2007). Nous aurions pu créer une nouvelle catégorie qui permettrait de définir de nouveaux critères. Toutefois, nous préférons situer certains de ces PTF dans le MCG « hiérarchie privée des organisations et des entreprises » (FM, Banque mondiale, USAID, Gavi, OMS, UNFPA) et d'autres tels que « solidarité internationale » dans les associations pour avoir des points communs avec des ONG locales, des OSC. Dans notre thèse, nous considérons les PTF comme des MCG à part entières assimilées aux « hiérarchies privées ». Les mécanismes internationaux peuvent également être ceux liés à la distribution de produits pharmaceutiques, de l'échelle internationale vers le niveau national. Ainsi, dans la catégorie MCG « hiérarchies privées », en plus des PTF, nous y insérons également la NPSP, la centrale d'achat.

Au niveau du MCG « marché », nous pouvons noter en plus du secteur privé (pharmaceutique, assurances, et établissements sanitaires privés, etc.), un secteur public d'unités de production des médicaments. Au niveau du MCG « communautés », nous pouvons considérer, entre autres, les leaders communautaires et religieux, les OBC/ABC ou leurs représentants, les

relais communautaires (ASC). Au niveau du MCG « associations », nous considérons, les OSC, les ONG, les associations de femmes, de professionnels de santé, de corporatives de santé, etc.

Au niveau du MCG « réseaux », nous pouvons considérer entre autres les faitières d'organisations et une catégorie plus informelle telles que les relations privées ainsi que l'entraide informelle. Les données de l'enquête 1 (E1) ont mis en évidence le poids du réseau (voisinage, amis, etc.) dans les décisions de recours aux services de santé (maternelle). La catégorie informelle du MCG « réseaux » que nous considérons d'intérêt dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire est celle que nous retenons.

Toutes les informations présentes dans le tableau n°12 sur les équivalents des MCG sont issues de la documentation officielle sur la santé en Côte d'Ivoire ((PNDS 2016-2020) ; (PNDS 2021-2025) ; PNSME, etc.). Pour la suite de l'analyse, nous ne considérerons pas le MCG « réseaux », dans la mesure où la revue documentaire sur notre sujet montre une faible implication et influence de ce MCG sur la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Nous n'étudierons donc pas les réseaux dans le cadre de cette thèse.

La recherche des équivalents des MCG dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire révèle les grandes caractéristiques de ce champ pour la Côte d'Ivoire, et les pays d'Afrique subsaharienne d'une façon générale. Comme déjà évoqué dans les chapitres précédents (cf chapitre 7), il importe d'y noter la multiplicité et la complexité du domaine de la santé maternelle, l'entrecroisement des responsabilités (plusieurs catégories d'acteurs aux intérêts divers et prônant un même objectif). Ces caractéristiques contribuent à expliquer les problèmes de CI existant dans la santé maternelle en Côte d'Ivoire, particulièrement en situation de faible gouvernance. Une mauvaise gouvernance des MCG ainsi qu'une faible prise en compte des valeurs et principes des différents acteurs peuvent effectivement conduire à de faibles CI entre MCG. Ce qui peut conduire à des défaillances à tous les niveaux du système.

Par exemple, en ce qui concerne la prestation de services de santé maternelle, interviennent simultanément l'Etat, le marché (qui manque réellement de réglementation et de contrôle par l'Etat) et d'une façon indirecte les hiérarchies privés (PTF) intervenant via des programmes verticaux et pouvant passer par des ONG, ASC ou via des programmes existants de l'Etat. Comme évoqué dans les chapitres précédents, les lacunes du marché en termes d'équité dans l'offre de

soins maternels ne sont pas adressées par l'Etat qui, non seulement faillit à assurer une offre de services de santé publics de qualité, mais aussi contribue à faire la promotion du secteur privé, accentuant ainsi les ISS au détriment des moins aisés. Cet encroisement des responsabilités, associé à un manque de coordination et de transparence entraîne des répercussions perverses sur la santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Section 2 : Mise en évidence de notre typologie de complémentarités institutionnelles entre MCG à partir d'une articulation entre Boyer (2007) et Olmen et al. (2012)

L'objet de cette section est de construire des catégories de CI qui nous faciliteront un examen des problèmes de CI en Côte d'Ivoire. A partir de cette typologie, nous essaierons dans le chapitre 9 de ressortir les incohérences entre les différentes formes institutionnelles/ MCG retenus pour notre analyse des CI dans la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Nous tentons de réussir ce pari, en nous servant des interactions dynamiques entre les dimensions du cadre de Olmen et al. (2012) que nous articulons avec le cadre de Boyer (2007).

Par analogie, le contexte institutionnel du système de santé maternelle est fonction de l'héritage des programmes et politiques de santé mis en œuvre au niveau national (y compris ceux impulsés de l'international), des valeurs et principes du système de santé maternelle, de la population, des choix politiques, du leadership et de la gouvernance et des différentes ressources existantes. Ces différentes dimensions laissent paraître des MCG – imbriqués à/ à travers des INSTINT et INSTEX - dont la coordination permet de déboucher sur les réalisations techniques effectives du système ainsi que les résultats de santé constatés.

Dans le tableau n°13, nous proposons une typologie des CI que nous appliquons par la suite à nos données de terrain de l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2) (cf chapitre 9), afin de conforter les hypothèses de faibles CIP au détriment des femmes peu aisées en Côte d'Ivoire (cf section 2 du chapitre 7).

Tableau n°13 : Notre typologie de complémentarités institutionnelles entre mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance pour une analyse de la santé maternelle en Côte d'Ivoire

DIFFERENTS TYPES DE COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES	INTERACTIONS DYNAMIQUES ENTRE LES DIFFERENTS ELEMENTS D'OLMEN ET AL. (2012)
<p><i>Etat décideur – Etat acteur [incluant le type de CI Etat « santé au sens strict » – Etat « autres secteurs sociaux » qui peut également avoir lieu entre Etat décideur -Etat décideur]</i></p>	<p>Lien direct entre prestations de soins et ressources du système de santé (informations/connaissances)</p> <p>Lien direct entre prestations de soins et ressources du système de santé (infrastructures/fournitures de biens et services)</p> <p>Lien direct entre ressources du système de santé (ressources humaines en santé) et leadership/Gouvernance (1)</p> <p>Lien indirect entre prestations de soins et population</p> <p>Lien direct entre prestations de soins et ressources du système de santé (ressources humaines en santé)</p>
<p><i>Etat-Communautés/Associations/Réseaux</i></p>	<p>Lien indirect entre leadership/gouvernance et population (2)</p> <p>Lien indirect entre prestations de soins et population</p> <p>Lien direct entre prestations des services et résultats du système de santé</p> <p>Lien direct entre prestations de soins et ressources du système de santé (ressources humaines en santé)</p> <p>Lien direct entre prestations de soins et ressources du système de santé (Informations/Connaissances)</p>

	Lien direct prestations de soins et ressources du système de santé (infrastructures/fournitures de biens et services) (ici fait également allusion au lien indirect entre prestation de services et communautés, voir exemple)
<i>Etat – Hiérarchies Privées</i>	Lien direct entre prestations de soins et financement (3) Lien direct financement et leadership/gouvernance (4)
<i>Hiérarchies privées (PTF) – Communautés/réseaux et associations</i>	Lien direct entre prestation de soins et financement (3) Lien direct entre financement et ressources humaines en santé (5)
<i>Hiérarchies privées – Marché</i>	Lien direct entre prestations de soins et financement (3) Lien direct entre leadership/gouvernance et prestations de soins (6)
<i>Etat – Marché</i>	Lien direct entre prestations de soins et financement (3) Lien indirect entre valeurs/principes et gouvernance (7) Lien indirect entre valeurs/principes et prestation de services (8)
<i>Marché – Communautés/réseaux</i>	Lien direct entre prestation des services et résultats du système de santé

	Lien direct entre financement et prestation des services (3)
<i>Etat - Associations</i>	Lien indirect entre gouvernance et valeurs/principes
<i>Hiérarchies privées – Associations</i>	Lien direct entre financement et résultats de santé maternels Lien indirect entre valeurs et principes et résultats de santé maternelle (9)

Source : Auteurs

Nous définissons ainsi notre typologie des CI comme suit : **(i)** CI Etat décideur – Etat acteur ; **(ii)** CI Etat – Communautés ; **(iii)** CI Etat – Associations ; **(iv)** CI Etat – Hiérarchies Privées ; **(v)** CI Marché – Communautés/réseaux ; **(vi)** CI Hiérarchies privées – Communautés/réseaux ; **(vii)** CI Hiérarchies Privées – Associations ; **(viii)** CI Hiérarchies privées – Marché ; **(ix)** CI Etat – Communautés et associations.

Nous retenons donc **9 typologies de CI** pouvant faire l'objet d'analyses pour en montrer de faibles liens de CIP ou l'existence de CID au détriment de la performance globale du système. Nous considérons qu'il existe d'autres types de CI pouvant se retrouver dans le type de CI Etat décideur – Etat acteur. Ce sont les CI *Etat « santé au sens strict » – Etat « autres secteurs sociaux »* ou encore dans cette dernière catégorie *Etat décideur « santé au sens strict - Etat décideur « autres secteurs sociaux »*. A chacune de ces typologies, nous pourrions associer certaines catégories d'interactions dynamiques qui peuvent être des liens directs ou indirects entre institutions internes au système de santé (INSTIT) et entre institutions internes et externes au système de santé (INSTINT et INSTEX) des composantes de Olmen et *al.* (2012).

Chaque bloc défini dans la grille d'Olmen et *al.* (2012) entretient effectivement soit des liens directs, soit des liens indirects avec les autres blocs du système, et ce, à travers des INSTINT et INSTEX. Le bloc de leadership et gouvernance influence directement l'organisation des ressources et la prestation des services et indirectement les autres blocs. L'organisation des ressources impacte directement la prestation des soins et services et vice versa. La prestation des

soins et services influence directement les résultats du système de santé, qui à leur tour influencent directement la définition des objectifs du système de santé (Olmen et al., 2012).

A partir du cadre de Olmen et al. (2012), nous pouvons ainsi définir également **9 interactions dynamiques** directes et indirectes (cf tableau n°13) que peuvent avoir les différents blocs d'Olmen et al (2012). Dans la section 2 du chapitre 7, nous avons catégorisé les dimensions de la grille de Olmen et al. (2012) en des **dimensions fondamentales plus structurantes** du système et des **dimensions techniques qui en sont les résultantes**. Nous assumons que ces dimensions de la grille de Olmen et al. (2012) sont liées à des INSTINT et INSTEX, à travers lesquels ont lieu les arrangements institutionnels entre MCG du système de santé (maternelle) en Côte d'Ivoire.

Dans le prolongement de notre démarche, nous proposons de *privilégier les interactions dynamiques qui connectent des dimensions structurantes et des dimensions plus techniques* (celles numérotées dans la seconde colonne du tableau n°13). Par ailleurs, excepté le financement que nous considérons comme une dimension structurante, nous proposons de regrouper les différentes ressources du système de santé (ressources humaines en santé, infrastructures/équipements, informations et connaissances) en une dimension ressources dans les analyses des failles. Par exemple, nous considérons dans la description des résultats les liens directs entre leadership/gouvernance et les ressources du système de santé (ressources humaines en santé, infrastructures/équipements, informations et connaissances) plutôt que des liens directs considérés séparément entre leadership/gouvernance et chacune des autres ressources. La récurrence de liens entre le financement de la santé et la prestation des services de santé dans le tableau n°13 nous conforte dans notre choix de classer le financement de la santé parmi les dimensions fondamentales ou structurantes.

Ainsi, les liens directs que nous avons pu identifier sont : **lien direct entre leadership/gouvernance et autres ressources (1) ; lien direct entre prestation de services et financement (3) ; lien direct entre leadership/gouvernance et financement (4) ;** lien direct entre autres ressources et prestations de services ; **lien direct entre financement et ressources humaines en santé (5) ; lien direct entre leadership/gouvernance et prestations de services (6)**. Les liens indirects que nous avons pu identifier sont : **lien indirect entre leadership/gouvernance et population (2) ; lien indirect entre leadership/gouvernance et**

résultats de santé ; lien indirect entre leadership/gouvernance et objectifs/résultats ; lien indirect entre gouvernance et valeurs/principes (7) ; lien indirect entre valeurs/principes et prestation de services (8) ; lien indirect entre valeurs et principes et résultats de santé maternelle (9).

Pour la suite de nos analyses (cf chapitre 9), nous retiendrons 5/9 catégories de CI que nous jugeons pertinentes (sur la base de l'analyse des failles dans la section 2 du chapitre 7) pour notre analyse de la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Nous y examinons les interactions dynamiques (Olmen et *al.* 2012) entre MCG pour illustrer davantage les principales hypothèses de faibles CIP (voire de fortes CID) (examinées dans la section 2 du chapitre 7) au sein chacune d'entre elles.

Conclusion du chapitre 8

La connexion des cadres de Boyer (2007) d'une part et d'Olmen et *al.* (2012) d'autre part nous a permis de dégager 9 catégories de CI pertinentes à étudier pour une analyse du système de santé (maternelle) en Côte d'Ivoire. Pour la suite de nos analyses, nous mobiliserons et étayerons cinq (5) des hypothèses de faibles CIP ou de CID mises en évidences dans la section 2 du chapitre 7, afin de montrer comment les mauvais résultats de santé maternelle sont dus à un manque de CIP – et dans certains cas, de fortes CID - en lien avec une faible prise en compte des DSS maternelle en Côte d'Ivoire.

CHAPITRE 9 : PRESENTATION DE QUELQUES PRINCIPAUX RESULTATS DE COMPLEMENTARITES INSTITUTIONNELLES DANS LE SYSTEME DE SANTE MATERNELLE EN CÔTE D'IVOIRE

Introduction du chapitre 9

Afin d'agir considérablement sur les DSS, essentiellement les DSSM (cf conclusion du chapitre 4), nous avons recommandé d'investiguer les causes les plus profondes (cf 4^{ème} strate du modèle de Dahlgren et Whitehead, 1991). A cet effet, nous avons proposé d'interroger les arrangements institutionnels (cf parties 3 et 4) dans le système de santé (maternelle) en Côte d'Ivoire. L'analyse des failles du système de santé en Côte d'Ivoire (cf section 2 du chapitre 7) a effectivement fait émerger un certain nombre d'hypothèses de faibles complémentarités institutionnelles performantes (CIP) et de fortes complémentarités institutionnelles dominantes (CID) existant dans le système de santé (maternelle) en Côte d'Ivoire.

L'objectif de ce chapitre est de montrer que les arrangements institutionnels dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire ne sont pas suffisamment complémentaires pour améliorer la santé maternelle et réduire considérablement la mortalité et la morbidité maternelles ainsi que les ISS maternelle. Il a donc pour objet de mettre en évidence l'existence de faibles CIP et/ou de fortes CID entre les **mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG)** selon Boyer (2007) retenus pour l'analyse de la santé maternelle en Côte d'Ivoire (cf chapitre 8).

Afin d'étayer davantage ces hypothèses de faibles CIP et de fortes CID, nous souhaitons rappeler et associer les hypothèses émises dans la section 2 du chapitre 6 et examinées dans certains chapitres (3, 4, 7) : (i) Il existe des interactions dynamiques entre les mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) en Côte d'Ivoire à travers des institutions internes (INSTINT³⁹⁰) et des institutions externes (INSTEM³⁹¹) du système de santé; (ii) Il y existe de faibles complémentarités institutionnelles performantes entre les institutions directement liées au secteur de la santé (CIPINT) et entre les institutions directement liées et celles indirectement liées (CIPEXT) au détriment des femmes les plus défavorisées et vulnérables; (iii) Il y existe

³⁹⁰ Institutions internes au système de santé, qui lui sont directement liées ou qui l'influencent directement.

³⁹¹ Institutions externes au système de santé, qui lui sont indirectement liées ou qui l'influencent indirectement.

parallèlement de fortes complémentarités institutionnelles dominantes entre les institutions directement liées au secteur de la santé (CIDINT) et entre les institutions directement liées et celles indirectement liées (CIDEX), au profit des plus aisées; (iv) L'environnement institutionnel des femmes en Côte d'Ivoire est inégalitaire au détriment des plus pauvres. De même, l'environnement institutionnel précaire des femmes défavorisées, entretenu par l'architecture institutionnelle des MCG en place, offre de minces opportunités d'impacter positivement les reproductions sociales et de réduire les fortes complémentarités institutionnelles dominantes (CID) en présence dans le système; (v) Les règles importées, en santé, ont peu d'impact car : (i) elles sont souvent en tension avec des règles ou réalités sociales/ locales (faible prise en compte du contexte) et ; (ii) elles sont empreintes d'une faible implication des populations elles-mêmes dans le processus de mise en œuvre de politiques leur étant destinées.

Nous avons pu identifier 9 catégories de complémentarités institutionnelles (CI) (cf section 2 du chapitre 8) pouvant faire l'objet d'analyses de faibles CIP et ou de fortes CID dans le système de santé (maternelle) en Côte d'Ivoire. Toutefois, **pour la présentation de quelques principaux résultats, nous en retenons 5 sur 9**, sur la base de la récurrence de faibles CIP mises en évidence dans la section 2 du chapitre 7 ainsi que des liens entre les dimensions structurantes/ institutionnelles et celles plus techniques (cf section 2 chapitre 7 et section 2 chapitre 8).

Afin de faciliter la structure de nos analyses dans ce chapitre, nous distinguons **deux types d'interactions dynamiques** possibles entre les MCG : **les interactions dynamiques principales** et **les interactions dynamiques subsidiaires**. Nous qualifions les interactions dynamiques mettant en relation les dimensions structurantes et les dimensions techniques de « **principales** ». Les autres types d'interactions dynamiques qui ne mettent pas en lien des facteurs structurants/institutionnels et des facteurs techniques sont qualifiés de « **subsidiaires** ». La perception des acteurs enquêtés sera particulièrement considérée dans cette analyse. D'où l'importance et la myriade de verbatims (à partir de l'enquête 1 (E1) et de l'enquête 2 (E2)) pour étayer davantage les hypothèses de faibles CIP et de fortes CID entre MCG du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Pour la présentation de certains résultats essentiels, ce chapitre comporte 5 sections qui examineront chacune une hypothèse de faibles CIP et/ ou de fortes CID, à partir des 5 catégories de CI retenues, suivant la démarche décrite dans la section 2 du chapitre 8 ainsi que dans l'introduction de ce chapitre 9 :

La **section 1** examine davantage l'hypothèse de faibles CIP et/ou fortes CID entre Etat – communautés/ associations/réseaux.

La **seconde section** explore l'hypothèse de faibles CIP entre Etat décideur – Etat acteur.

La **troisième section** porte sur l'hypothèse de faibles CIP entre Etat – hiérarchies privées.

La **quatrième section** s'intéresse à l'hypothèse de fortes CID entre Etat – marché.

La **section 5** se focalise sur l'hypothèse de faibles CIP et de fortes CID entre marché – communautés.

Section 1 : Faibles complémentarités institutionnelles performantes entre Etat – Communautés/associations/réseaux

Dans cette section, nous élaborons davantage sur l'hypothèse de faibles CIP entre les MCG Etat et communautés/réseaux/associations. Pour cette analyse, nous retenons comme *interactions dynamiques principales* celles indirectes entre **leadership/gouvernance et la population** (cf tableau n°14 ci-dessous). **Ces interactions principales permettent de montrer l'influence de défaillances dans la gouvernance et le leadership sur la population.** Elles sont alimentées par des *interactions subsidiaires* : interactions directes entre ressources du système et prestations de services de santé, entre prestations de services de santé et résultats et des interactions indirectes entre prestation des services et population. Il ressort finalement, de ces interactions, de faibles CIP entre Etat - communautés/réseaux/associations

Tableau n°14 : Description d'un manque de CIP entre les MCG Etat et communautés/réseaux/associations

INTERACTIONS DYNAMIQUES	ANALYSE DES FAILLES EXISTANTES (FAIBLES CIP)
<p><i>Interaction dynamique principale : Lien indirect entre leadership/gouvernance et population.</i></p>	<p>Une Enquête dans un centre de santé communal (CSC) révèle que :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les locaux du CSC abritent des bâtiments servant également à un petit établissement sanitaire privé (qu'on appellera petite clinique par la suite). -Dans son espace, le CSC opère finalement dans un petit bâtiment peu équipé et qui ne contient pas de salle d'accouchement tandis que la petite clinique en contient. Les femmes enceintes des villages environnants ne peuvent accoucher dans ledit CSC. -La petite clinique ne répondrait pas aux normes de prestations, emploie des stagiaires sages-femmes à leur première expérience et qui sans assistance de sénior opèrent des accouchements. -Les activités parallèles de prestations de services de santé dans la petite clinique privée semblent être connues des entités administratives déconcentrées et profiteraient à certaines autorités. <p>D'une façon plus générale, on note :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Une faible coordination et gouvernance du secteur privé par l'Etat.

<p><i>Interactions dynamiques subsidiaires :</i> <i>Interactions directes entre ressources du système et prestations de services de santé, entre prestations de services de santé et résultats et des interactions indirectes entre prestation des services et population.</i></p>	<p>-Un environnement institutionnel inégalitaire/ précaire au détriment des femmes défavorisées perpétuant leurs mauvaises conditions socio-économiques et leur faible autonomisation.</p> <p>– Des femmes de basses classes sociales, peu autonomes, peu nanties et sans assurance santé ne peuvent ni recourir aux grands établissements sanitaires privés mieux appréciés par la majorité des femmes, ni recourir à des ESPC qui sont difficiles d'accès pour elles.</p> <p>-Il s'en suit des accouchements à domicile voire des décès maternels et/ou infantiles, e raison d'une prise en charge tardive des soins.</p> <p>– A contrario, les femmes éduquées, aisées et/ou ayant leurs époux employés dans le secteur d'activités formelles s'orientent vers le secteur sanitaire privé et bénéficient souvent d'une assurance santé visant à couvrir tout ou partie de leurs frais de santé.</p> <p>-Une faible approche systémique (faible considération d'autres secteurs que la santé) et une faible prise en compte de besoins essentiels des femmes/communautés dans la définition de politiques/programmes de santé leur étant destinées. Ce qui entraîne des dysfonctionnements de politiques telles que la gratuité ciblée au détriment des femmes pauvres devant en bénéficier :</p> <p>Des exemples de la faible approche systémique :</p> <p>(i) Un manque de routes bitumées et de moyens de transports dans la localité à partir d'une certaine heure du soir pour accéder à l'ESPC ou à l'hôpital de référence le plus proche.</p> <p>(ii) Une absence d'ambulance ou dysfonctionnement de la seule ambulance en cas de nécessité d'évacuation des patientes si HPP (première cause de décès maternels en Côte d'Ivoire) par exemple.</p> <p>(iii) Un manque d'informations aux communautés sur d'autres alternatives d'accès aux services de santé modernes et de transport en pareilles circonstances.</p> <p>(iv) La vulgarisation d'une politique de gratuité totale des soins aux femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans tandis qu'elle est en réalité partielle. Par exemple, la facturation par les prestataires de soins des examens (bilan prénatal, échographies) et d'autres essentiels absents des kits aux femmes bénéficiaires, en dépit de la gratuité. Une impossibilité d'effectuer les bilans et échographies par celles étant financièrement limitées.</p>
--	---

	<p>(v) Un manque de confiance des communautés envers les prestataires de soins (Etat acteur) et l'Etat décideur.</p> <p>(vi) Une faible implication des prestataires de services de santé peu motivés (conditions de travail et de rémunération défavorables).</p> <p>(vii) Une absence de cadre institutionnel régissant le statut, le fonctionnement et la rémunération des ASC qui sont pourtant mobilisés par divers acteurs, souvent pour l'appui de programmes verticaux et moins pour des problématiques de santé maternelle.</p> <p>(viii) La faible implication des ASC dans la sensibilisation des femmes sur les questions de santé maternelle et dans la prestation des soins maternels.</p> <p>(ix) La faible accès des ASC à des moyens appropriés afin de mener à bien la sensibilisation communautaire.</p> <p>(x) Une faible implication des populations, en particulier des ASC, OSC dans la formulation et construction des programmes et politiques de santé.</p> <p>(xi) Une absence de suivi-évaluation de politiques et mécanismes mis en place pour soulager les plus vulnérables.</p>
--	--

Source : Auteure

Nous proposons de conduire cette section en 2 sous sections qui aborderont : les interactions dynamiques principales entre leadership/gouvernance et population (1.1) et la seconde catégorie d'interactions (les subsidiaires) qui amplifient les effets de la première catégorie (1.2).

1.1 Descriptions de faibles CIP entre Etat - Communautés/réseaux/associations à partir des interactions dynamiques principales entre leadership/gouvernance et population

Comme déjà évoqué dans le chapitre 7, on note en Côte d'Ivoire, un écart entre les politiques telles que communiquées et telles que mises en application sur le terrain. Il s'en suit un manque de confiance des communautés envers les prestataires de services de santé des établissements sanitaires publics de soins (EPS). Ce manque de confiance est surtout alimenté par les effets pervers d'une mauvaise communication et des mauvaises conditions de travail/rémunération des prestataires de services de santé sur le terrain. Ces effets pervers sont visibles dans le cadre de l'application d'une politique de gratuité partielle avec des kits d'accouchement insuffisants et incomplets dans les établissements sanitaires publics tandis que la

communication à un niveau plus stratégique informe d'une gratuité totale. Ce constat est conforté par des prestataires de services de santé interviewés tels que SF.1.1, SF.9.1, SF.7.1, SF.5.1 et Phpr.1.1 à travers les propos ci-dessous :

-SF.1.1 : « *Les centres de santé publiques, c'est moins cher que dans les cliniques mais ce n'est pas gratuit. La gratuité ciblée bien mise en place, voire la gratuité totale est possible, cependant, tant qu'il y aura la mauvaise foi, mauvaise volonté, méchanceté et corruption, son application sera très difficile. La gratuité est vraiment partielle. Les femmes enceintes paient les médicaments même dans les pharmacies publiques, eau de javel, gants, savon, des médicaments et produits pour les soins surtout en cas de césarienne. Nous en recevons énormément qui viennent ici, surtout quand le produit n'est pas disponible en pharmacie publique. »*

-SF.9.1 : « *Revoir leur manière de faire et dire les choses : que l'état soit franc avec les populations en donnant la bonne information. L'incomplétude à 80% des kits expose le personnel de santé, engendre parfois plus de dépenses de la poche des mamans. Les sages-femmes deviennent comme des escrocs. Selon ma formation, l'observation après un accouchement par le personnel soignant, doit durer 5h selon ma propre conception. Si une dame doit saigner, elle va saigner dans les 2h de temps s'il doit avoir hémorragie, automatiquement ça peut se savoir sur le champ »*

-SF.7.1 : « *Non seulement, l'Etat ne fournit pas des kits complets, mais aussi n'introduit pas dans les kits les produits permettant de prendre en charge à l'instant les maladies conduisant à la mortalité maternelle telles que l'éclampsie. Ce qui conduit, en cas de complications à une perte de temps et de vie, si ni nous ni les patients n'avons pas le nécessaire pour gérer »*

-Phpr.1.1 : « *La gratuité doit concerner aussi la pharmacie, c'est-à-dire les médicaments. Pour l'accouchement, il doit fournir des kits complets, car le complément à payer de la plupart des kits gratuits est souvent plus que ce qu'il y a à l'intérieur du kit »*

-SF.5.1 : « *L'Etat fait des publicités mensongères dans la médiatisation de la politique de gratuité (ce qui se dit à la télé diffère de ce qui se pratique) »*

Plus de dix ans après sa mise en œuvre, la politique de gratuité ciblée visant à faciliter l'accès aux services de santé (**cf encadré n°32**) de groupes vulnérables en Côte d'Ivoire souffre

de plusieurs maux : (i) une absence de suivi-évaluation ; (ii) son manque de cohérence et d'organisation ; (iii) une divergence de l'information détenue sur son application selon la position de l'acteur ; et surtout (iv) une rupture régulière d'intrants – face à une demande d'accouchement très élevée par rapport aux kits d'accouchements fournis aux établissements sanitaires – entraînant souvent des tensions entre les prestataires de services de santé et les patient(e)s.

Cette politique semble plutôt partielle que totale sur le terrain. En effet, les populations se retrouvent à payer pour des soins essentiels (échographie, bilan prénatal) tandis que les femmes peu aisées n'en ont souvent pas les moyens. Ce qui peut conduire à une dépréciation des services dans secteur public de la santé pour ceux qui se retrouvent à payer ou à un non-recours par les femmes pauvres. Ce qui coûte très cher pour des femmes pauvres n'est pas couvert, si bien que ces dernières subissent, soit des dépenses catastrophiques, soit un risque plus élevé d'une mauvaise santé pour le couple mère-enfant (cf verbatims et encadré n°35 ci-dessous). Cette situation est confirmée par des prestataires de services de santé et des femmes interviewés tels que F.12.1, PGP.1 à travers les propos ci-dessous :

-F.12.1 : « *Très mauvaise, car hormis les échographies et examens, les consultations étaient gratuites sauf les gants pour la consultation prénatale qui coutait 100f* »

-PGP.1 : « *Au début de la gratuité et ce, pendant un moment, les échographies du premier et du second trimestre étaient gratuites et celui du 3^{ème} trimestre payant. Cependant, depuis un moment, nous faisons face à une rupture des films pour réaliser les échographies. L'administration est obligée de payer les films de ses propres ressources et de faire un recouvrement en faisant payer un montant forfaitaire aux femmes enceintes de 10000F ?* »

Encadré n°35 : Paiements directs plus élevés pour les femmes pauvres au risque d'une mauvaise santé

Dans le centre de santé urbain visité, nous avons observé une jeune accouchée qui était indexée de n'avoir pas réalisé son bilan prénatal. Cette jeune dame qui venait d'accoucher s'est vue empêchée par les sages-femmes, de donner son sein à son bébé pleurant durant des heures, du fait que le personnel de santé ne connaissait pas son groupe rhésus, examen faisant partie du bilan prénatal. **La jeune dame** qu'elle n'avait jamais pu effectuer avant l'accouchement **son bilan prénatal coûtant 15 000 F CFA et a acquiescé ne pas avoir 2000 F pour réaliser l'examen du groupe rhésus, sur place**. Aucune de ses cousines, à ses côtés, ne disposait de cette somme qui a finalement été réglée par une autre dame assistant à la scène.

Toutes les enquêtées interrogées ayant réalisé leur bilan prénatal, ont payé au moins 10 000 F CFA (plus de 15 euros). Le centre de santé urbain ne disposant pas de laboratoire réfère ses patientes à l'HG pour réaliser le bilan prénatal. Certaines femmes enceintes préféraient dévier cet hôpital de référence pour réaliser leurs échographies dans des laboratoires privés qu'elles trouvaient moins chers. Un agent de santé MB.1 de l'hôpital général interrogé à ce sujet affirme :

-MB.1 : « Il y a le matériel pour réaliser des échographies dans cet hôpital ; les femmes qui vont à l'extérieur sont souvent incitées par les sages-femmes qui, en les orientant dans ces laboratoires privés, ont souvent des pourcentages qui leur sont payés par ces laboratoires privés. Lorsqu'elles sont interrogées sur cette attitude, les sages-femmes répondent que c'est souvent la qualité des échographies réalisées dans le laboratoire de l'hôpital, qui est mauvaise, raison pour laquelle elles réorientent les femmes enceintes ».

La politique de gratuité crée des effets pervers au détriment des femmes vulnérables, dans la mesure où quand elles en sont informées et se rendent aux premières CPN, elles subissent souvent le choc de devoir faire face à des dépenses de santé qu'elles ne peuvent honorer. Leur perception des ISS qu'elles subissent peut s'en trouver accentuée. Ce qui peut démotiver les patientes à recourir aux CPN, à les retarder et entraîner une mauvaise publicité de ladite politique dans leur entourage. Plusieurs femmes interviewées ont adopté cette attitude telle que décrite par F.5.1 :

-F.5.1 : « Une échographie et des examens de sang avaient été prescrits. C'est à 6 mois que j'ai eu l'argent et je suis allée les faire ».

Les valeurs de solidarité, d'entraide, de besoin de reconnaissance conduisent certains acteurs de la communauté via du bénévolat à s'ériger en producteurs de santé, en sensibilisant essentiellement les membres de la communauté. Toutefois, nos entretiens en Côte d'Ivoire montrent une faible implication des ASC dans l'amélioration de la santé maternelle.

A la question de savoir, comment ils opèrent dans la communauté, la plupart des ASC ont eu des réponses convergeant vers les propos ci-dessous de ASC.1.2 et ASC.4.2 :

-ASC.1.2 : « Nous avons des difficultés de déplacement et donc besoin de moyens de transport qui va faciliter nos activités sur le terrain ».

-ASC.4.2 : « Et même les dispensaires communautaires existent de nom car tout ce dont la communauté a besoin ne s'y trouve pas. ...Malheureusement pas de moyen de transport, pas de moto. Les ASC ont des mégaphones pour communiquer. Toutefois, le district sanitaire n'appuyant pas l'utilisation voire l'achat des piles par une aide, les ASC sont souvent obligés de s'en détacher ».

Le manque de collaboration et d'organisation entre centres de santé urbain et les ASC a été accentué pendant la pandémie de COVID-19. La gestion de cette crise avait réorienté les efforts des différents acteurs vers elle au détriment d'autres problématiques de santé publique en Côte d'Ivoire. Il s'agit là d'une faille de l'Etat, notamment du ministère de la santé, dans sa fonction d'organisatrice de soins et de prestation de services. La faible implication des ASC dans les activités communautaires pour l'amélioration de la santé maternelle est notre constat lors des entretiens, conforté par les propos de ASC.4.2 et ASC.1.2 :

-ASC.4.2 : « Au-delà des campagnes les ASC ne vont pas vers les populations quoiqu'ils en n'aient les moyens car ils sont dans la communauté, ils sont en contact avec les chefs de communauté et religieux facilitant les accès compliqués à la communauté. Mais ces ASC ne s'y mettent pas hors campagne »

-ASC.1.2 : « L'Etat fournit peu d'efforts pour faciliter la régularité de nos activités dans la communauté, notamment au niveau de la santé maternelle. Il faudrait : Aider les ASC à passer plus de temps dans la communauté, en les rémunérant mensuellement de sorte à mieux faire le lien communauté – système décent.

- *La reconnaissance des ASC par le ministère de la Santé en termes de besoin de moyens de transport pour faciliter la régularité.*
- *Le suivi des personnes n'est pas régulier du fait que les activités sont souvent liées à des projets de courte durée. Une fois finis, le suivi prend un coup car à un coût ».*

L'orientation et la faible coordination des actions d'acteurs proches des communautés sur le terrain entretiennent les faibles CIP entre Etat – Communautés/ associations/réseaux. Les ASC devant constituer des relais de sensibilisation et d'assistance dans les communautés sont certes utilisés par le district sanitaire, mais pour d'autres orientations. Nous avons effectivement noté des activités des ASC conditionnées par l'existence de projets de PTF ainsi qu'une faible collaboration avec les entités importantes telles que le district sanitaire qui est sensé les orienter. Cette situation est relevée par plusieurs acteurs interviewés tels que ASC.4.2 et ASC.1.2 à travers les propos suivants :

-ASC.4.2 : « Notre collaboration avec le district sanitaire c'est surtout quand ils nous sollicitent pour notre formation sur les objectifs à atteindre et les activités à mener lors d'un éventuel projet de programmes VIH, paludisme, etc. Une fois le projet fini la collaboration prend fin et l'ONG est satisfaite. »

-ASC.1.2 : « Les campagnes de sensibilisation n'existent que si les activités mises en place par les ONG ont lieu. Et pas souvent sur la sensibilisation des femmes enceintes au suivi prénatal et sur les bonnes pratiques pendant et après la grossesse. Quand il n'y a pas d'activités, il n'y a cependant pas de sensibilisation et peu de transmission de bonnes pratiques »

Nous avons également noté une faible collaboration entre les centres de santé urbain et les ASC qui sont peu motivés et peu outillés pour aider la communauté, principalement dans le cadre de la santé maternelle. En effet, il n'existe encore pas de document de politique nationale régissant le cadre institutionnel de travail des ASC, en Côte d'Ivoire. Cette situation est relevée par plusieurs acteurs interviewés dont ASC.4.2 et ASC.1.2 à travers les verbatims suivants :

-ASC.4.2 : « Il faut que l'Etat drée un cadre institutionnel qui nous prend en compte de sorte que nous puissions nous concentrer davantage sur leurs actions communautaires.

Nous pourrions d'avantage aider la communauté Cependant, nous ne sensibilisons pas assez les femmes enceintes et accouchées tant que les organismes internationaux ne lancent pas de projets concernant la santé maternelle. Il y en a rarement. Il n'y a pas d'initiative venant des ASC dans ce sens à moins que et rarement ça vienne des organismes nationaux et internationaux. Même le DS ne donne pas ce genre d'orientation pour sensibiliser les femmes enceintes tant que les ONG ou organisme internationaux ne s'y intéressent pas.

Oui, le suivi de l'application des politiques par le Ministère est inexistant. La Direction départementale semble ne pas suivre et les instances supérieures du ministère de la santé semblent ne pas être informées de ce qui se passe sur le terrain.

Par ailleurs, il y a le manque de bonne foi et de conscience professionnelle (parfois les produits disponibles sont cachés) ».

-ASC.1.2 : *« Pas suffisamment opérationnels, il existe de grandes difficultés à accomplir ce rôle. Il existe des insuffisances criantes ».*

Les OSC, quand bien même plus actives, sont également souvent orientées par des projets de PTF. Ces dernières se plaignent souvent d'être peu associées par l'Etat à tout le processus et sont souvent consultées par affinité (avec le pouvoir en place) comme le relate ONG.4.2 à travers le verbatim ci-dessous :

-ONG.4.2 : *« Pour nous ONG qui sommes plus proches des communautés et savons leurs réels besoins, c'est que dans les rapports que nous mentionnons les difficultés rencontrées et les défis à remonter. C'est rarement au cours des rencontres avec le ministère de la Santé ou d'autres autorités que la Directrice de l'ONG rend compte. C'est selon les affinités que les informations remontent. Souvent les rapports qui sont faits ne sont pas lus. Donc les recommandations non prises en compte »*

Plutôt que d'être associés à la phase de préparation des différents projets et programmes de santé, tous ces principaux acteurs proches des populations (OSC, ASC, etc.) ont tendance à être plutôt associés à la mise en œuvre des projets pour aider à l'atteinte des résultats des PTF.

Comme résultats de toutes ces déconnexions institutionnelles, on note la persistance des véritables problèmes de santé maternelle, des stratégies et politiques mises en œuvre **qui finissent**

par déboucher sur des tensions du fait de la faible prise en compte des réalités contextuelles, des valeurs sociales, des codes moraux et de la faible implication des leaders et acteurs des communautés bénéficiaires.

De même, la faible prise en compte des DSS dans les études, sa difficile application ainsi qu'une application peu concrète et peu pragmatique de la santé dans toutes les politiques (HiAP) ne facilitent pas la prise en compte systémique des problèmes de santé maternelle et de santé de façon générale. Cette persistance d'une approche exclusivement axée sur la santé au sens strict ne permet pas d'améliorer le bien-être des femmes. Nous assumons que cette approche de résolution cloisonnée des problèmes au secteur de la santé souffre elle-même d'une faible approche systémique du secteur. Ce cloisonnement des interventions dans le secteur de la santé est exprimé par plusieurs acteurs interviewés tels que ONG.4.2, ASC.4.2 à travers les propos ci-dessous :

-ONG.4.2 : *« Il existe un difficile collaboration au sein du ministère de la santé. Plusieurs chevauchements dans l'exécution des tâches un manque d'humilité. Manque flagrant de synchronisation, de transparence de collaboration entre institution. Parfois, deux (2) structures sont créées pour la même tâche et finalement il y a une mésentente sur le terrain. »*

-ASC.4.2 : *Nous avons des connexions et collaboration liées uniquement aux activités de campagne implémentée, souvent sur des projets et activités issues d'organismes. Au-delà, il n'y a pas de cadres d'échanges entre ASC, chacun gère son agenda et agit individuellement »*

Ces faibles CIP entre Etat – communautés/réseaux/associations se traduiraient également par l'existence de fortes complémentarités entre des défaillances institutionnelles observées au niveau de : (i) l'Etat décideur à travers son faible niveau de gouvernance (et de suivi-évaluation) des ressources du système de santé ; (ii) de l'Etat acteur (les établissements sanitaires publics) à travers sa prestation coûteuse de services de faible qualité ; (iii) des communautés y compris les ASC et leaders communautaires, des OSC (associations) à travers leur faible implication et considération, en dépit de leurs efforts. La mauvaise santé maternelle en Côte d'Ivoire est donc le fruit de ces mauvaises complémentarités. Le manque de suivi-évaluation et de coordination institutionnelle renforce les failles du système et alimentent davantage les faibles CIP entre Etat-

Communautés/réseaux/associations qui existent au détriment des femmes socialement défavorisées.

1.2 Accentuation de mauvaises CI Etat – Communautés/réseaux/associations à partir d'autres interactions dynamiques subsidiaires

Les effets néfastes d'une mauvaise gouvernance/leadership sur la population sont accentués par des failles dans les interactions dynamiques subsidiaires suivantes : lien indirect entre prestations de soins et population, lien direct entre prestations des services et résultats du système de santé, lien direct entre prestations de soins et les ressources du système de santé.

L'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2) ont permis la découverte d'un environnement institutionnel de la santé (au sens large) tant inégalitaire que précaire, au détriment des femmes déjà défavorisées en Côte d'Ivoire.

Lors de l'enquête 1 (E1), des entretiens ont été conduits dans un centre de santé communautaire (CSC) situé dans un village. L'existence du CSC permet en principe d'assurer la proximité et l'accès aux services modernes de santé, notamment maternelle, aux femmes dudit village et de villages environnants, afin d'y réduire la mortalité maternelle. Ce CSC situé en milieu péri-urbain est censé être le plus proche des communautés qui le partagent. Toutefois, nous y avons noté, à l'image de plusieurs établissements sanitaires dans le secteur public y compris ceux visités, une corruption soutenue dans la prestation des soins et essentiellement un manque de gouvernance du secteur ayant des effets pervers sur la population. Le verbatim ci-dessous du médecin chef MC.1 dudit CSC dévoile un véritable problème de gouvernance ayant conduit aux activités parallèles d'un petit établissement sanitaire privé (que nous appelons *petite clinique* par la suite), d'abord clandestin, puis agréementé dans ledit CSC :

-MC.1³⁹² « *La mairie reçoit normalement un budget affecté à la construction des établissements publics de santé et c'est le Ministère de la santé qui a en charge d'y affecter un personnel de santé formé et compétent. Ce centre de santé a été bâti pour réduire la part de la mortalité maternelle due aux accouchements à domicile, tout en rapprochant les soins des populations, notamment des femmes enceintes devant parcourir difficilement une bonne distance pour accoucher. Nous accueillons les femmes pour les consultations*

³⁹² Le médecin chef (MC) dudit centre de santé urbain interviewé pendant l'enquête 1 (E1).

prénatales, mais ne pouvons pas les faire accoucher à ce jour encore, car la salle d'accouchement ainsi que le matériel se trouvent dans l'autre bâtiment du centre, confié à un opérateur privé tandis que tout le centre est censé être public. Les femmes plus démunies sont donc obligées de continuer à vivre les mêmes réalités malgré l'existence du CSC qui était censé leur servir. Le système de santé ivoirien se trouve malheureusement « virusé » par ce genre de clinique boutique privilégiant du business plutôt que la santé des populations tout en utilisant le label d'une ONG faisant croire à des prix dérisoires des soins de santé. Celui à qui a été confié la gestion de l'autre bâtiment se fait appeler « Dr ... » et se fait connaître comme tel par ses patients tandis qu'il n'en est pas un. Il est passé de marchand de lunettes à Dr en ouvrant une branche ophtalmo dans son bâtiment. Il recrute et rémunère son personnel, on ne sait sur quelle base. Il ne propose aucun contrat formel au personnel paramédical recruté, qu'il a d'ailleurs perdu en grande partie pour les premiers venus et dont quelque-uns travaillent avec nous dans ce petit centre. Tous ceux qu'il recrute, quand ils finissent par se rendre compte du mauvais traitement (mauvaise rémunération, absence de contrats, etc.) et des mauvaises conditions de travail, finissent par déserter au bout de trois mois au maximum. Et pourtant, des consultations, des opérations, des accouchements s'y déroulent, et ce, sans un suivi-évaluation du ministère de la Santé qui semble donc ne pas savoir grande chose des activités de nos voisins. Au départ, sur consignes de la mairie, il travaillait avec le personnel de santé qu'il est venu trouver dans le CSC, et qu'il a par la suite écarté, y compris le médecin chef que je suis qui y était ».

Il en ressort un faible engagement et leadership de l'Etat (tant du niveau central que déconcentré) dans l'accessibilité des femmes aux soins de santé dans le secteur public. Les entretiens avec les prestataires de services de santé du CSC et de la petite clinique informent (cf verbatim ci-dessous) d'un détournement des infrastructures du CSC au profit de ladite clinique voisine. Ce détournement serait entretenu par des autorités municipales, au détriment du bien-être des communautés. Cette petite clinique aurait effectivement bénéficié d'un document d'autorisation du ministère de la santé après un an au moins d'exercice dans la clandestinité. Ce qui soulève un véritable problème de l'organisation du système sanitaire et une remise en question de la chaîne des responsabilités sanitaires en Côte d'Ivoire (cas des discordes entre le district

sanitaire, les autorités municipales de la commune concernée et d'autres autorités du ministère de la santé).

Le système de santé en Côte d'Ivoire souffre encore malheureusement de l'absence d'une réglementation et d'un contrôle rigoureux de l'autorité, de mécanismes de suivi-évaluation du bon fonctionnement de ce genre d'établissement sanitaire par l'Etat et de l'application des lois y afférentes (PNDS, 2021-2025). Il est revenu lors de nos entretiens et observations que le cas relaté dudit CSC n'en est qu'un parmi tant d'autres dans le système de santé en Côte d'Ivoire, principalement en milieu rural et en milieu péri-urbain. Nous y avons noté que pour les services de santé maternelle, le CSC ne délivre que les CPN et CPoN. Les communautés locales et environnantes ont finalement droit à un CSC qui est, bien que relativement proche, peu équipé et peu opérationnel. D'une part, les femmes enceintes des communautés environnantes sensées en bénéficier, n'ont pas suffisamment de moyens pour recourir aux prestations dans la petite clinique qui n'applique évidemment pas la gratuité ciblée des soins. D'autre part, ces dernières ne peuvent finalement pas accéder à des soins de qualité notamment à un service d'accouchement gratuit dans un CSC à proximité.

Toutes ces lacunes au niveau de l'offre de santé et de la gouvernance créent la nécessité pour ces femmes enceintes/accouchées pauvres de finalement chercher d'autres alternatives. Cela signifie pour celles qui en ont les moyens de se rendre dans un établissement sanitaire de référence (HG), davantage éloigné de leur lieu d'habitation, pour accoucher ou à défaut, d'accoucher à domicile, lorsque les moyens (transport, communication, réseau social, relais communautaires etc.) de s'y rendre sont minces. C'est souvent le cas pour les femmes habitant certaines localités éloignées et peu accessibles en transport. Ce constat est conforté par diverses catégories d'acteurs interviewés dont F.12.1, ASC.1.2, ASC.3.2 à travers les verbatims suivants :

-F.12.1 : *« Non je n'ai jamais voulu accoucher à la maison mais je perdais les eaux depuis 23h et durant toute la nuit, et vu qu'il n'y avait pas facilement de transport pour se rendre à l'hôpital où je pourrais accoucher car très éloigné J'ai eu des contractions de plus en plus fortes et jusqu'à 6 h il n'y avait plus le choix ».*

-F.12.1 : « *J'allais au lieu de CPN à pieds et je mettais 1h de marche. Pour mon dernier RDV, tant fatiguée, j'ai fait un auto-stop pour qu'une âme de bonne volonté m'y accompagne* ».

-ASC.1.2 : « *Certaines femmes habitent très loin du centre de santé urbain, elles peuvent marcher plus de 5 km pour y accéder* ».

-ASC.3.2 : « *Des taxis peuvent quadrupler le montant du transport. Le temps de trouver des solutions adéquates, il se produit parfois des décès. Les ambulances sont stationnées dans les hôpitaux et réclament du carburant quand on insiste* ».

En effet, en plus de la quasi-impossibilité de recourir à une ambulance des établissements sanitaires publics (EPS), l'on note une absence de moyens de transports dans certaines localités et pour d'autres, à partir d'une certaine heure du soir limitant ainsi la possibilité de se rendre au centre de santé urbain ou à l'hôpital de référence le plus proche, pour des accouchements ou problèmes de santé. Ceci questionne la faible approche systémique des stratégies motivant les femmes à recourir aux services de santé modernes. Le modèle des trois retards popularisés (cf chapitre 2 section 1) pour expliquer les barrières d'accès aux services de santé dans les pays d'Afrique subsaharienne (Geleto et al. 2018), tient peu compte des DSS ainsi que des arrangements institutionnels. Nous soutenons que ces retards, au-delà de la famille et de la communauté, du mauvais fonctionnement du système de référence, de la disponibilité et de l'organisation des structures sanitaires, relèvent surtout du mode de gouvernance du système. La mauvaise gouvernance du système peut donner lieu à de mauvais arrangements institutionnels à tous les niveaux qui peuvent produire les résultats constatés.

D'ailleurs, nos entretiens et nos observations dans l'hôpital de référence (HG) y révèlent également un manque bouleversant d'infrastructures, de moyens et de compétences constituant un frein à la mise en œuvre des normes sanitaires internationales par les ressources humaines en santé de services publics (entre 8 et 12h d'observation postnatale constatées plutôt que 72h comme recommandé). En ce qui concerne le non-respect des normes d'hospitalisation de 72 heures des femmes après l'accouchement, la directrice d'un HG (DGHG) interrogée, répond par les propos ci-dessous :

-DGHG³⁹³.1 :« *On n’y peut vraiment rien. Nous n’avons pas les infrastructures nécessaires pour faire respecter une telle norme. Nous nous imposons de les observer dans les 24h voire 48h qui suivent leur accouchement. Mais, c’est vraiment impossible. Rien que le week-end dernier, nous avons enregistré 35 accouchements, tandis que nous n’avons même pas 25 lits pour les recevoir* ».

Les femmes enquêtées (cf section 2.2.4 du chapitre 7) ont révélé un temps d’observation postnatale entre **8h et 24h en réalité**, après l’accouchement dans les établissements sanitaires publics (EPS), tous types confondus. C’est ce que nous avons pu observer pendant nos enquêtes de terrain.

Tout ce qui précède favorise : (i) **des accouchements à domicile** ainsi que des **risques élevés de morbidité et de mortalité maternelles** ; (ii) une mauvaise appréciation de la prestation des soins notamment dans le secteur public ; (iii) des **CPN tardives** ; (iv) **une accentuation des préjugés culturels** sur la **perception de la grossesse³⁹⁴** et **du suivi moderne** ; (v) un **faible niveau d’autonomie** (éducation, emploi, santé) des femmes et des conditions peu favorables à une amélioration.

Notons que les accouchements à domicile sont également facilités par l’existence de matrones dans les réseaux des femmes ou de leurs proches. Les matrones bénéficient d’une expérience et d’une certaine confiance des communautés, réseaux et leaders communautaires en elles. Certaines femmes accouchent donc grâce à une entraide, bien qu’informelle offerte par leurs réseaux constitués de personnes vivant également ces conditions précaires.

Toutes ces mauvaises conditions sont souvent la résultante **des déficiences institutionnelles d’autres secteurs contribuant à alimenter ce manque** et conduisant ainsi plusieurs femmes en Côte d’Ivoire à être productrices de soins de santé et de santé maternelle parfois de faible qualité. La persistance des lacunes du système à éduquer et offrir les conditions socio-économiques et d’emplois aux femmes en Côte d’Ivoire accentuent les ISS au détriment des plus pauvres. Comme conséquences, il semble que le suivi maternel dans un établissement

³⁹³ Direction générale de l’hôpital général interviewé pendant l’enquête 1.

³⁹⁴ La grossesse n’étant pas une maladie, l’historicité de sa perception et de sa prise en charge persistent en l’absence de facilités de se faire consulter et d’accoucher dans un établissement sanitaire moderne, qui semble être l’affaire de ceux qui en ont les moyens.

sanitaire n'est pas toujours une priorité ou constitue une contrainte pour la majorité des mères enquêtées, surtout dans le public. Cette affirmation est confortée par les propos de plusieurs enquêtées tels que F.2.1 et F.5.1 à travers les propos suivants :

-F.2.1 : « *Pour ma 1^{re} grossesse, je m'y étais rendue à 5 mois de grossesse. Je voulais même attendre le 6^{ème} mois, vu que j'étais en bonne santé. J'ai appris par les sages-femmes ... qu'il était important de s'y rendre plus tôt pour certains soins et examens. Donc pour ma 2^{nde} grossesse, je m'y suis même rendue au 1^{er} mois. ».*

-F.5.1 : « *Une échographie et des examens de sang avaient été prescrit. C'est à 6 mois que j'ai eu l'argent et je suis allée les faire »*

A l'analyse, ce comportement et cette irrégularité des CPN, de façon générale, s'explique sous au moins quatre modalités. **La première modalité** est liée au **faible niveau de conscience sanitaire**³⁹⁵ **et de connaissances** (savoir, informations sues, etc.) de certaines mères à l'étude. La conscience sanitaire peut être définie comme étant l'estime/le souci de soi sanitaire qui se manifeste dans le rapport de chacun à sa santé (des mères à leur santé prénatale), car pour tout sujet normalement socialisé et constitué, la santé est une valeur non négociable et précieuse (Pr Dédy Séri, 2021). Selon un vieil adage africain « *celui qui a été une fois mordu par un serpent s'effraie à la vue d'une simple liane* »³⁹⁶. Cette sagesse suggère que l'idée de conscience sanitaire se rapporte à la conservation de la vie. Autrement dit, le sujet social bien informé prend moins de risque pour sa vie, celui qui l'est moins, s'expose.

Ce bas niveau de conscience sanitaire est capté par les discours de type **F.8.1** : « *Je ne suis pas venue tôt consulter car je l'ai voulu* », **F.9.1** : « *Je ne savais pas que c'était important* », **F.7.1** : « *Je ne savais pas, je n'y ai pas pensé. C'est le mal de ventre qui m'a conduit à l'hôpital* » que des mères enquêtées dans des établissements publics de soins sanitaires (EPS) relatent lorsque la question des CPN est placée au centre des échanges. Il ressort de nos entretiens que les femmes/populations/communautés en Côte d'Ivoire ont un accès très limité à l'information. Ceci

³⁹⁵<https://www.aip.ci/cote-divoire-aip-pr-dedi-seri-preconise-la-promotion-de-la-conscience-sanitaire-pour-lutter-contre-la-covid-19/#:~:text=La%20C2%AB%20conscience%20sanitaire%20%20C2%BB%2C%20selon,valeur%20non%20n%20C3%A9gociable%20et%20pr%20C3%A9cieuse.>

³⁹⁶ En effet, le sujet qui a conscience de la dangerosité du serpent, pour en avoir fait l'expérience ou en avoir entendu parler ne développe pas les mêmes attitudes et stratégies que celui qui n'en sait rien du tout.

est davantage vrai pour les femmes déjà défavorisées et ayant peu de moyens d'y accéder. Comme conséquences directes, l'on note entre autres le retard et l'irrégularité dans les CPN décriés par plusieurs acteurs interviewés et noté plus haut. ONG.4.2 justifie à ce sujet à travers le verbatim suivant :

-ONG.4.2 : « *Les populations ne viennent pas par manque d'informations et de connaissance de leurs droits. Les femmes fréquentent les centres de santé comme avant par dépit ou par affinité (connaissance d'une sage-femme.). Les femmes ne sont pas informées.* »

La **deuxième modalité** fait référence au **manque d'autonomie**, qui est souvent une conséquence de leur faible niveau d'étude et d'occupation dans le secteur formel ou par un travail décent. Bon nombre de femmes enquêtées, principalement dans les EPS, sont faiblement éduquées, ont une faible autonomie et peu de ressources qu'elles acquièrent parfois par de petits commerces informels. En ce qui concerne leur niveau d'étude, 35% ou 1/3 (7 femmes sur les 20 enquêtées recourant aux services de santé dans les EPS) n'ont aucun niveau d'étude. 35% ou 1/3 (7 sur 20 des femmes enquêtées recourant aux EPS) d'entre elles ont le niveau primaire. 15% (3 sur 20 des femmes enquêtées recourant aux EPS) ont le niveau collège. 10% (2 sur 20 des femmes enquêtées recourant aux EPS) d'entre elles ont le niveau BAC. 5% (1 sur 20 des femmes enquêtées recourant aux EPS) ont le niveau licence. Loin d'un refus, ces femmes ont souvent subi les résultats de mauvais arrangements institutionnels leur offrant peu de chances d'être éduquées et autonomes. Elles se sont souvent retrouvées dans des situations contraignantes ayant freiné leurs études, comme le relate ce verbatim de F.4.1 :

-F.4.1 : « *Car nous avons fui l'école du village qui était très éloigné de la maison en plus. Quand tu arrives en retard, on te frappe ou tu vas travailler au champ donc on n'y allait pas et on se cachait pour aller ailleurs puis on mentait à notre retour qu'on revenait de l'école. On était en retard car on devait travailler à la maison avant d'aller à l'école si non à notre retour on ne mangera pas* ».

En ce qui concerne l'impact de ces faibles niveaux d'éducation et d'autonomie sur l'irrégularité des CPN, il ressort que certaines catégories de femmes ne consultent absolument pas jusqu'à l'accouchement ou retardent leurs CPN par manque de repère. Cette absence de repères

chez certaines femmes est relevée par divers acteurs interviewés tels que F.7.1 et SF.2.1 à travers les propos suivants :

-F.7.1 : « *ni à l'hôpital ni aux médicaments traditionnels car n'ayant ni Moyens, ni expérience, je n'y avais même pas pensé et j'étais toujours occupée à aider ma tante à vendre du placali (plat local) »*

-SF.2.1 : « *Il y a des femmes ne sachant pas lire au point de ne pas respecter, avancer (venir avant) ou venir en retard pour un RDV passé ».*

Le **manque d'autonomie** peut être également être entretenu par le **statut matrimonial des mères** et de l'estime que le couple a pour le futur bébé. En tant que femmes, certaines cultures africaines leur enseignent qu'elles ont surtout des devoirs, tout en insistant peu sur leurs droits. Elles détiennent un faible pouvoir de décision. L'homme est généralement considéré comme le chef de famille. Il existe encore des mariages forcés précoces, des grossesses non reconnues par le père assez fréquentes, abandon de la famille, difficulté de transport (pas de système de taxi communal car voies non bitumées). Certaines femmes rencontrent de véritables problèmes financiers, quand le mari ne travaille pas ou refuse de contribuer au suivi prénatal, comme relaté par ONG.4.2 à travers le verbatim suivant :

-ONG.4.2 : « *Il y a un problème d'autonomisation des femmes. Les mariages forcés ou non consentis leur sont très défavorables. C'est le cas d'une fille de 16 ans que nous avons essayé de suivre. Elle a été mariée de force et subit dans son foyer dirigé par l'époux de 70 ans. Pas de droit de parler ni de prendre des contraceptifs sans l'accord de l'époux qui serait très attaché aux traditions. Elle fournit tant d'effort dans sa belle-famille à travailler qu'elle manque souvent de l'énergie à se déplacer pour les CPN. Nombreuses sont les femmes dans cette situation ».*

De plus, les primipares semblent être les plus motivées à aller aux CPN dès le début de leurs grossesses, à moins qu'elles soient dans une relation instable avec le père de l'enfant (un homme marié, un homme financièrement instable, etc.) ou qu'elles n'aient pas les moyens de s'y rendre, etc. Comme le relatent ces enquêtées F.12.1 et F.5.1 à travers les verbatims suivants :

-F.12.1 : « *Je n'ai pas vite consulté pour ma grossesse, car avant les 4 mois, je voulais enlever la grossesse car c'était dur ; le papa est marié et refuse de m'écouter. A force d'avoir pris des médicaments traditionnels, j'ai eu l'insomnie, j'étais fatiguée d'en prendre et j'ai fini par accepter la grossesse* ».

-F.5.1 : « *Mon époux n'avait pas d'argent pour les dépenses et pour la 1^{ère} consultation (carnet 500f, gants 300f pour la 1^{ère} fois ...* »

Le dernier verbatim laisse entrevoir l'absence d'une gratuité de certains soins de santé maternelle, en dépit de la gratuité et la nécessité pour les femmes de payer des essentiels nécessaires à leur suivi, même dans les établissements sanitaires publics (EPS) où la gratuité est censée être appliquée. Toutes ces situations expliquent en partie l'observation tardive des CPN avec ses cortèges de dangers pour la mère et l'enfant ainsi que le recours à d'autres alternatives existantes.

En Côte d'Ivoire, plusieurs femmes sont encore attachées aux valeurs culturelles telles que le recours à la médecine traditionnelle, le secret de la grossesse gardé le plus longtemps possible, etc. (cf parties 1 et 2). D'après nos enquêtes également, les convictions idéologiques sont dominées par le caractère non morbide de la grossesse, un retardement le plus longtemps possible de la prise de conscience de la grossesse par les autres membres de la communauté, une culture médicale traditionnelle et jugée « efficace » y compris pour certaines femmes fréquentant les établissements sanitaires privés (cf chapitre 1). Chez les femmes enceintes averties, le plus important, c'est non seulement de préserver leur santé et leur vie ainsi que celles de leurs bébés tout au long du processus de la grossesse, de l'accouchement, la période postnatale, mais aussi se faciliter toutes les étapes de ce processus.

Toujours en ce qui concerne l'irrégularité des CPN, le comportement des femmes enquêtées dans les établissements sanitaires privés est plutôt une tendance à y recourir. Sur 23/31 femmes enquêtées qui ont commencé leurs CPN au premier trimestre, seules 11/23 s'y sont rendues pour s'assurer que c'est une grossesse et entamer le suivi pour leur bien-être et celui de leur enfant. Ces 11 enquêtées représentent les mères enquêtées dans des établissements sanitaires privés, dont l'attitude pourrait être justifiée par leur niveau relativement élevé de conscience sanitaire et d'autonomie (éducation, emploi, revenu, etc.). En effet, 100% des enquêtées recourant aux services de santé dans le privé ont au moins le niveau BAC. 50% d'entre elles ont un niveau

Master. 30% d'entre elles ont un niveau BAC+2. 10% d'entre elles ont un niveau BAC+3. Ces femmes recourent à 100% durant le premier trimestre, à un personnel de santé d'un établissement sanitaire, pour confirmer leur grossesse, voire prendre le prochain RDV pour débiter leurs CPN. Cette attitude chez toutes les femmes interviewées de cette catégorie est également notée chez F.29.1 à travers le verbatim suivant :

-F.29.1 : *« Vu que le test acheté en pharmacie n'est pas toujours fiable, j'ai voulu m'y rendre pour confirmer la grossesse. Ainsi, une échographie m'a été prescrite et faite et un début de grossesse déclaré. J'ai ainsi programmé mon premier RDV au 3^{ème} mois pour débiter le suivi prénatal ».*

En plus du niveau de conscience sanitaire, d'autonomie (éducation, emploi, revenu, etc.), la troisième modalité concerne **le réseau ou l'environnement social des mères enquêtées** qui joue également dans l'information sanitaire qu'elles ont et dans leurs attitudes thérapeutiques (recours ou irrégularité des CPN, recours à la médecine traditionnelle, abstention thérapeutique, etc.). Certaines enquêtées (7 sur 20 des femmes enquêtées recourant aux EPS) ont été orientées par des voisins du quartier ou proches en faveur d'un retard de leurs premières CPN. C'est le cas de F.9.1 et F.13.1 qui expliquent leurs attitudes comme suit :

-F.9.1 : *« C'est ma mère qui, ayant su que j'étais enceinte et à mon 6^{ème} mois, m'a grondée en me reprochant de n'être pas allée depuis le 1^{er} mois de grossesse et d'avoir écouté mes voisines au quartier qui m'avaient conseillée de laisser la grossesse avancer avant d'aller à l'hôpital »*

-F.13.1 : *« Je pensais avoir un palu, je me suis rendu au marché chez la tradi-praticienne. Les malaises persistant jusqu'à 2 mois, je me suis rendu à l'hôpital où l'on m'a fait un test de grossesse qui a confirmé. Mes voisines ayant soupçonné depuis m'ont déconseillée d'aller prendre le carnet à ce moment »*

Les orientations de l'entourage pour les femmes enquêtées dans les établissements sanitaires privés semblent plutôt favorables à un suivi moderne dès le début, comme l'explique F.27.1, à l'image de plusieurs autres femmes enquêtées, à travers le verbatim suivant :

-F.27.1 : « *C'est le conseil que j'ai reçu de mon entourage, mes amies qui avaient déjà eu des enfants, celui de vite commencer le suivi pour ne pas avoir de problème plus tard* ».

Ces dernières (9/11) ont souvent le réflexe de se rendre à l'hôpital, une voire deux semaines après l'absence de leurs menstrues, et après avoir réalisé un test de grossesse comme le précise cette enquêtée F.21.1 dans le verbatim suivant :

-F.21.1 : « *Je suis venue à l'hôpital à 1 mois 11 jours, dès l'absence de mes menstrues, malgré un test de grossesse négatif* ».

En dépit du test de grossesse négatif, l'absence des menstrues l'a conduite à voir un gynécologue.

Seulement 2/11 des enquêtées recourant aux établissements sanitaires privés partagent les mêmes réticences à débiter tôt leurs CPN que celles recourant aux services publics ou à la médecine traditionnelle. Ce qui motive cette catégorie de femmes à débiter tôt, c'est souvent la possession d'une assurance maladie, comme le relate F.24.1 :

-F.24.1 : « *N'eurent été les douleurs, je ne serais pas venue tôt pour les CPN. J'ai eu le OK de l'assurance de mon époux juste au moment des 6 semaines raison pour laquelle je m'y suis rendue* ».

Parallèlement à ces trois modalités (niveau de conscience sanitaire, autonomie, réseau social), **les difficiles conditions d'accès et de séjour dans les EPS, le comportement des prestataires de services de santé dans certains EPS, principalement les HG ainsi que le retour d'expérience qu'ont certaines femmes de leurs réseaux à ce propos** les découragent à y recourir tôt et régulièrement. Certaines de nos enquêtées (4 sur 20 des femmes enquêtées recourant aux EPS) s'étant rendues dans les EPS avant le 3^{ème} mois, se sont fait renvoyer par des sages-femmes, comme le relate cette femme enquêtée F.16.1 dans un HG comme suit :

-F.16.1 : « *Ici en général, quand on n'a pas 3 mois de grossesse et qu'on vient on ne nous accorde pas d'intérêt, on nous demande ce qu'on n'est venu chercher* »

La faible autonomisation et éducation des femmes est le résultat donc de difficiles arrangements institutionnels. Les communautés, les réseaux, les associations, les PTF et surtout l'Etat en sont responsables, du fait de faibles complémentarités institutionnelles entre ces MCG.

En somme, par leur manque d'autonomie de façon générale, leur faible niveau d'éducation et de connaissances, leur faible niveau de conscience sanitaire, le réseau social, leur pauvreté, plusieurs femmes en Côte d'Ivoire sont productrices de soins de santé et de santé parfois de faible qualité. Leurs caractéristiques et les infrastructures à leur disposition (*proximité des établissements sanitaires, difficultés en termes de transport/accès à l'information/communication/assurance santé, application peu suivie des mécanismes de gratuité, environnement précaire de vie et de travail, etc.*) ainsi que d'autres conditions directes d'accès aux services de santé maternels (*conditions d'accueil, compétence des prestataires de services de santé, plateau technique, etc.*) bien que déterminantes à une mauvaise santé maternelle, continuent d'exister. Cet environnement institutionnel de la santé (au sens large) précaire au détriment des femmes défavorisées en Côte d'Ivoire semble être soumis à perpétuation et engendrer les mêmes reproductions sociales pour les futures générations, du fait surtout d'un manque de gouvernance de la puissance publique reconduisant les faibles complémentarités institutionnelles (CI).

Section 2 : Faibles complémentarités institutionnelles entre Etat décideur – Etat acteur

Dans cette section, nous explorons davantage l'hypothèse de faibles liens de CIP entre Etat décideur – Etat acteur, à travers 3 types d'interactions dynamiques : *une principale* et deux *subsidiaries*. **La catégorie principale concerne les interactions entre les ressources du système de santé et le leadership/Gouvernance.** Les subsidiaires concernent le lien direct entre prestations de soins et ressources du système de santé ainsi que le lien indirect entre prestations de soins et population. Ces interactions dynamiques subsidiaires ont déjà été étudiés pour montrer les faibles CIP Etat – Communautés/associations/réseaux (cf section 1 chapitre 9). Nous tentons de les renchérir pour examiner davantage l'hypothèse de faibles liens de CIP entre Etat décideur – Etat acteur. Nous exploitons la catégorie principale, à savoir le lien entre les ressources et le leadership/gouvernance.

Tableau n°15 : Faibles CIP entre Etat décideur et Etat acteur

INTERACTIONS DYNAMIQUES	ANALYSE DES FAILLES EXISTANTES/DESCRIPTION DE FAIBLES CIP
<p><i>Interaction dynamique subsidiaire : Lien direct entre prestations de soins et Ressources du système de santé</i></p>	<p>-Des prestataires de services de santé peu formés, peu compétents, peu appliqués (manque de conscience professionnelle).</p> <p>-Des prestataires de services de santé peu motivés à travailler dans ce secteur.</p> <p>-Mauvaises conditions de travail des ressources humaines en santé</p> <p>-Un plus faible plateau technique accentué dans le secteur public par rapport aux établissements sanitaires formels réputés du secteur privé (constaté dans le CSC mais aussi de façon générale).</p> <p>-Absentéisme des prestataires de services de santé.</p> <p>Dans le cadre de la gratuité,</p> <p>-Une distribution de kits d'accouchements incomplets en deçà de la demande moyenne (estimée ou communiquée) des établissements sanitaires publics.</p> <p>- une faible disponibilité d'intrants pour des échographies et des kits d'accouchement.</p>
<p><i>Interaction dynamique subsidiaire : Lien indirect entre prestations de soins et population</i></p>	<p>-Application partielle de la politique de gratuité.</p> <p>-Les prestataires de services de santé accusés de corruption par les communautés.</p> <p>-Manque de confiance entre les patientes et les sage-femmes.</p> <p>-Le paiement des soins et examens (bilan prénatal, échographies) par les femmes bénéficiaires, en dépit de la gratuité– Une impossibilité d'effectuer les bilans et</p>

	<p>échographies par celles étant financièrement limitées.</p>
<p><i>Interaction dynamique principale : Lien direct entre ressources du système de santé et leadership/Gouvernance.</i></p>	<p>-Des ressources humaines en santé peu/mal informés sur les politiques en place. Absence de retour de terrain.</p> <p>-Dissemblances des informations communiquées par les prestataires de services de santé, biologistes, équipe administrative d'un même établissement sanitaire</p> <p>-Une absorption des ressources humaines en santé qualifiées du secteur public par le secteur privé</p> <p>-Différentes catégories de prestataires de services de santé entre les EPS et les établissements sanitaires privés pour les services de santé maternelle : le suivi prénatal et postnatal dans les établissements sanitaires privés réputés est assuré par des gynécologues tandis que celui dans le public est assuré par des sages-femmes voire des infirmiers</p> <p>-Préférence générale des femmes/populations pour les grands établissements sanitaires privés ou les petits EPS (centre de santé urbain, PMI, etc.).</p> <p>-La faible implication de l'Etat acteur de la santé ainsi que bien d'autres Ministères d'intérêt tels que ceux de l'économie et des finances, de l'éducation, de la femme, de la famille et de l'enfant, de la protection sociale, de la fonction publique, de l'emploi, du transport, de l'environnement ainsi que ceux en charge de la communication et de l'information, etc. dans la formulation des politiques.</p>

2.1 Description de faibles complémentarités performantes entre Etat décideur – Etat acteur à partir des interactions dynamiques subsidiaires

Nos entretiens en Côte d’Ivoire révèlent un secteur public de la santé qui souffre énormément de plusieurs maux : des conditions pénibles de prestations des services de santé tant pour les femmes que les prestataires, un manque de compétence de nombreux prestataires de services de santé, des prestataires de services de santé peu motivés tant financièrement qu’au niveau du dispositif de travail, etc.

En ce qui concerne les conditions pénibles de prestations chez les prestataires de services de santé, spécialement les sages-femmes et infirmiers dans les établissements sanitaires publics, l’on note souvent des attitudes pouvant traduire un manque de conscience professionnelle que subissent les parturientes. **Nous avons observé une enquêtée se voir refuser une CPN** par une sage-femme sous prétexte que cette dernière est trop occupée et qu’il faudra que l’enquêtée revienne un autre jour. Le mauvais accueil voire le mauvais traitement des sages-femmes dans les grands EPS est une réalité en Côte d’Ivoire. De plus, conformément à nos observations à propos du **manque d’hygiène et de propreté** dans la plupart des EPS de référence (ou de second niveau), ce verbatim ci-dessous d’une enquêtée F.20.1 le met en exergue :

-F.20.1 : *« Entre une accouchée qui libère un lit et une nouvelle qui prend la place, il n’y a pas de service de nettoyage on ne désinfecte rien. On ne prend même pas la peine de savoir s’il y a du sang, des déchets de nourriture, etc. »*

Nous avons également observé deux sages-femmes qui accompagnaient en salle d’observation, à la suite d’un accouchement, une accouchée et son bébé. C’est l’accouchée qui sortit un pagne qu’elles étalaient sur le lit. Nous avons généralement noté dans les EPS des accouchées qui ont elles-mêmes hâte de rentrer à domicile après leur accouchement, du fait des conditions d’accueil très inconfortables (forte chaleur excès de moustiques, absence de ventilation) et par crainte d’y être mal suivies et mal traitées. Les propos de certaines femmes enquêtées convregent vers le verbatim ci-dessous de F.20.1 :

-F.20.1 : *« Vue la césarienne prévue qui m’obligeait aller dans un centre de référence, il le fallait. Je ne voulais plus aller au CHU de cocody, beaucoup plus proche, mais pour leur mauvais accueil et la mauvaise expérience »*

Cette **mauvaise prise en charge** peut s'expliquer par plusieurs modalités. Il peut s'agir d'un **manque de conscience professionnelle et d'engagement, d'un manque de motivation financière, d'un faible plateau technique**, etc. Le manque d'engagement dans leurs prestations de services peut s'expliquer par un **manque de motivation** à divers niveaux. Il peut s'agir du fait qu'elles se retrouvent à exercer cette profession par contrainte. En effet, **100% des sages-femmes enquêtées** dans le secteur public se sont retrouvées dans ce corps de métier par contrainte, comme le relatent SF.1.1 et SF.3.1 à travers les propos ci-dessous :

-SF.1.1 : *« J'ai voulu travailler dans l'enseignement secondaire. Cependant, l'université étant lente dans le parcours, il fallait travailler vite pour subvenir à mes besoins et aider la famille »*

-SF.3.1 : *« Moi j'ai voulu être plutôt douanière, mais je me suis retrouvée à me tracer un avenir de sage-femme car je n'ai pas eu d'autre choix »*

Ceci interroge réellement le système éducatif et professionnel en Côte d'Ivoire. Ces orientations contraintes vers le métier de sages-femmes peuvent être considérées comme le fruit de faibles arrangements institutionnels entre le système éducatif, le secteur de l'emploi et le secteur de la santé en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, leur niveau de compétence, dans le secteur public, est souvent mis en cause. Ce verbatim ci-dessous d'un acteur enquêté du ministère de la santé en Côte d'Ivoire MS.1 reflète les propos de plusieurs acteurs interviewés :

-MS.1 : *« Au niveau de la compétence, c'est pareil. Au niveau de la rigueur : la chaîne des responsabilités fait que la rigueur observée par un médecin dans un CHU public n'est pas la même observée par le même médecin l'après-midi, dans une clinique.*

Dans les cliniques, il y a un contrôle et un suivi permanent du prestataire par l'administration sanitaire. Il y a une concurrence et une volonté de fidéliser certaines familles. Le fait même qu'ils sont payés par patient traité. Tout le monde est suivi et évalué. Les contrats sont faits sur la base de la performance. Et au privé ils essaient de respecter toutes les normes OMS »

Au niveau de la compétence, les prestataires sont tous formés de la même manière et au même endroit, donc il ne devrait pas avoir de différence, cependant une grosse difficulté au public est que certains centres de santé sont créés sans laboratoire. Donc pour

diagnostiquer une maladie nécessitant d'abord un examen, ils le feront beaucoup plus par intuition en se basant sur leur vécu »

Le manque de motivation est souvent accentué par de faibles rémunérations salariales, de mauvaises conditions de travail, et bien souvent un faible plateau technique, principalement dans le secteur public. Ce qui les décourage à offrir des services de qualité aux populations qui y recourent. Cette situation est confortée par plusieurs catégories d'acteurs interviewés tels que SF.1.1, MC.1, ASC.4.2 à travers les verbatims suivants :

-SF.1.1 : *« La rémunération n'est jamais satisfaisante. Le plateau technique est très précaire, tout manque. Même un simple plateau pour transporter les produits pour les accouchements, nous n'en avons pas »*

-MC.1 : *« La rémunération au public n'est pas en accommodation avec ce que le médecin représente en Côte d'Ivoire. Le plateau technique est précaire, le système de santé, défailant au point au point de laisser quelqu'un s'introduire dans le système de santé et occuper déloyalement des locaux de l'état pour des activités médicales non contrôlés par l'état »*

-ASC.4.2 : *« Cependant, ce centre de santé urbain à l'instar des autres manque de bon plateau technique. C'est un rêve pour les ASC de voir les plus démunies accéder à des soins de qualité. Le centre de santé urbain de Bingerville est le meilleur centre de santé urbain de Cocody-Bingerville pour l'accueil du malade, de la femme enceinte ».*

-ONG.4.2 : *« Insuffisance de matériel, le peu existant est vétuste et non fonctionnel. Démotivation des sages-femmes pour insuffisance de salaire, corruption sur le peu de matériel existant ou en rupture, environnement de travail précaire, délétère »*

Il existe une véritable différence dans l'offre de soins entre le milieu urbain et le milieu rural pour les services publics, et ce, y compris dans l'application de politiques telles que la gratuité ciblée. Cet extrait de verbatim de MFFE relève cette situation comme suit :

-MFFE : *« Dans les faits, la gratuité ciblée ne concerne en réalité que les centres de santé dans les grandes agglomérations. Ceux des villages ou milieux ruraux sont moins concernés »*

L’absentéisme des prestataires de services de santé, largement documenté dans le rapport de l’EIPSS (2021) et dans la section 2 du chapitre 7, est plus choquant en milieu rural qu’en milieu urbain. Par ailleurs, les services privés en milieu rural n’existent quasiment pas. Il y est effectivement difficile de faire du profit ou quand ces établissements sanitaires privés existent, ce serait du clandestin. Un acteur du ministère de la santé en Côte d’Ivoire MS.1 explique cette situation relevée également par plusieurs autres acteurs institutionnels enquêtés à travers le verbatim suivant :

-MS.1 : « Au niveau du privé, vu que c’est le business, c’est payant ; cela rend l’accès financier plus compliqué, pour l’accès géographique, dans le rural. Au rural, lorsqu’il y a du privé c’est du clandestin ».

Nos entretiens révèlent que ces établissements sanitaires clandestins et plusieurs EPS souffrent énormément d’un **manque de plateau technique**. Les **mêmes matériels y sont parfois utilisés pour plusieurs accouchements**. Les sages-femmes **oublient quelques fois de les stériliser**, du fait de la forte demande d’accouchement par rapport aux capacités de l’établissement, tandis qu’ils sont censés être utilisés une seule fois.

Les CSC et centres de santé urbain – établissements sanitaires de niveau 1 ou de soins primaires - sont beaucoup plus proches des communautés bien que certaines doivent passer une heure voire plus, parfois sans moyens de transport, pour accéder à l’établissement. **Ces établissements de premier contact (ESPC) dispensent des soins primaires et sont peu équipés pour gérer des complications** telles que des césariennes. Dans de telles situations, les prestataires de services santé sont obligés de référer les cas concernés, sans une organisation ou coordination préliminaires rigoureuses avec l’hôpital de référence. De plus, il n’existe quasiment pas d’ambulance et la recherche d’un moyen d’évacuation peut devenir chronophage. Ainsi, **plusieurs décès maternels voire infantiles se font pendant l’évacuation vers un hôpital de référence**, souvent aux frais et moyens de la parturiente et de ses proches. Au niveau des établissements sanitaires publics, nos entretiens révèlent effectivement une **absence d’ambulance ou d’autres moyens devant faciliter la référence et l’évacuation** des patientes en cas de complications vers des établissements sanitaires « mieux équipés ». Ainsi en cas de complications, sachant la quasi-indisponibilité d’une ambulance, les sages-femmes n’ont ni la compétence ni le matériel adéquat pour traiter les urgences. Il arrive très souvent que les hôpitaux de référence ne puissent pas accueillir les patientes au point d’entraîner des décès de la mère et/ou de l’enfant. Ces expériences

répétées mettant à nu les maux des établissements sanitaires publics découragent des femmes à s'y rendre. Certaines préféreront donc accoucher à domicile, comme le souligne cette responsable d'ONG et sage-femme ONG.4.2 à travers le verbatim suivant confortant nos observations :

-ONG.4.2 : *“Les femmes ont également la hantise de ne pas être bien reçues. Raison pour laquelle elles préfèrent rester chez elles pour accoucher. Les femmes continuent d'avoir des préjugés sur les services de santé publics qui sont fondés et sont une réalité, qui sont la conséquence du manque de motivation, du mauvais accueil des sages-femmes mal payées. La boîte d'accouchement, c'est la boîte où il y a le matériel spécifique pour l'accomplissement.”*

A la question de savoir la disponibilité d'ambulances pour faciliter les évacuations, les verbatims de divers acteurs dont MC.1, SF.1.1, F.30.1 sont choquants :

-MC.1 : *« Non, nous ne les avons pas. Une femme est décédée à Bonoua récemment en accouchement car l'ambulance qui devait la transporter au bloc opératoire pour régler l'urgence d'accouchement était indisponible, pour une panne »*

-SF.1.1 : *« Il manque très souvent une ambulance pour le transfert, entraînant des complications pouvant être fatales. Le problème crucial au niveau de la santé c'est le plateau technique insuffisant »*

-F.30.1 : *« Au public aussi souvent lorsqu'il y a des complications au dernier moment, on entend qu'il n'y a pas de place, même dans les CHU qui sont les mieux équipés du public et qu'il faudrait aller au privé. Or comme j'ai une assurance, je préfère déjà commencer mes soins au privé »*

Le secteur public souffre également d'un problème disponibilité de ressources humaines tant en quantité qu'en qualité qui se fait ressentir dans la prise en charge. Plusieurs acteurs interviewés ont eu des propos convergeant vers ce verbatim de G.2.1 :

-G.2.1 : *« Les ressources humaines sont insuffisantes ; les charges de travail sont énormes ; Il y a un Burn out et cela a un mauvais impact sur la prise en charge des patients ; l'acte de visite médicale est très souvent non suivi d'un acte de contre visite »*

Toutefois, comme relaté dans le chapitre 3 (cf section c), 35% (7 sur 20 des femmes enquêtées dans les EPS) des femmes qui recourent aux services dans les établissements sanitaires publics sont enclines à y poursuivre leurs soins pour les prochaines fois. Toutefois, elles apprécient mieux les soins dans les EPS de premier niveau (centre de santé urbain, CSR, PMI³⁹⁷, etc.) au détriment des grands EPS de niveau supérieur (HG ou hôpitaux de référence, CHU, etc.). Ce constat est justifié par plusieurs femmes interviewées telles que F.31.1 et F.2.1 à travers les propos suivants :

-F.31.1 : « *A la PMI (public), on a droit à un bon accueil, temps d'attente court, temps de consultation court, personnel de santé sympathique* ».

-F.2.1 « *A l'hôpital général de Bingerville, on ne s'occupe pas bien des gens, mauvaise expérience pour mon premier accouchement c'est pourquoi j'ai préféré venir accoucher dans le centre de santé de Gbagba³⁹⁸ et qui a bonne réputation* »

2.2 Description de mauvaises complémentarités Etat décideur – Etat acteur à partir de l'interaction dynamique principale

Les mauvais résultats de santé maternelle, notamment le faible accès aux services de santé des femmes en Côte d'Ivoire, existent en raison de toutes les difficultés rencontrées par les populations dans cet espace où elles sont censées se sentir en sécurité.

Nos entretiens révèlent plusieurs craintes que les femmes enceintes et accouchées décrivent : (i) leur incapacité à faire face à des dépenses de santé au risque de dépenses catastrophiques ; (ii) des complications telles que les césariennes dont elles trouvent onéreuse la prise en charge et pour lesquelles elles remettent souvent en cause l'incompétence des prestataires de services de santé ou leur désir de se faire de l'argent autrement ; (iii) une incapacité (manque de compétence, faible plateau technique, etc.) des prestataires de services de santé à prendre en charge des complications avec pour solutions ultimes des césariennes, etc.

En ce qui concerne **l'application de politiques de santé telles que la politique de gratuité ciblée**, on note une *absence d'intrants pour appliquer les politiques*, un *manque de transparence dans la communication*, une *faible implication et compréhension des prestataires de services de*

³⁹⁷ Centre de protection maternelle et infantile

³⁹⁸ Centre de santé urbain (CSU), donc de premier niveau

santé de certaines normes existantes. Tous ces manquements rendent davantage inconfortables la prestation de services de santé, quitte à faire naître de la méfiance entre les prestataires de services de santé et les communautés. Cette problématique est soulignée par plusieurs prestataires de services de santé interviewés tels que MB.1, PGP.1, G.2.1 à travers les verbatims suivants :

-MB.1 : « ...progressivement, à la suite d'une rupture d'intrants au niveau central et donc une rupture de fourniture d'intrants de la part de l'Etat...et ne disposant pas des réactifs ... nous sommes obligés de recourir à d'autres laboratoires ... l'hôpital fait payer une somme forfaitaire de 10 000 FCFA (plutôt que 19000 FCFA) à toutes les femmes enceintes pour effectuer un recouvrement pour toutes les dépenses effectuées par l'administration de l'hôpital. ...Lorsque les femmes arrivent, elles présentent des tickets de gratuité qui leur ont été fournis à l'accueil de l'hôpital leur donnant droit en principe à la gratuité totale. Mais lorsqu'on leur demande, elles disent payer 10 000 F CFA. Je ne sais pas comment tout ça se passe, il faut demander à l'administration. »

-PGP.1 :« Il faut informer la population sur ce qui est en réalité. Essayer de mettre à la disposition du personnel soignant, au moins le minimum. Sur place, il n'y a pas de kits d'urgence ou de secours face à des cas sociaux. Quand ce sont les jours ouvrables, on peut envoyer les parents des patients vraiment pauvres (incapables de faire face aux dépenses des soins) chez l'assistante sociale. Face à un cas social ici à l'hôpital général, l'assistante sociale reçoit une ordonnance des sages-femmes, après avoir été informée par celles-ci. Quand ce sont les médicaments disponibles à la pharmacie de l'hôpital, la directrice en prend l'engagement et les patients sont servis par la pharmacie de l'hôpital, mais si les médicaments ne sont pas disponibles, je ne sais pas les mesures qui sont prises »

-G.2.1 :« Certains éléments ne sont pas pris en compte lorsque les politiques sont mises en place. Je veux parler entre autres des ressources humaines, les infrastructures et surtout bien former ces ressources humaines à la prise en charge des patients.

Par ailleurs, tout comme au niveau des populations, l'on peut noter **un accès mitigé à l'information chez les prestataires de services de santé sur le terrain**. Ces derniers semblent être partiellement responsables de cela. Comme le relatent ces verbatims de MS.1 et Phpr.2.1 :

-MS.1 : « Un autre problème est qu'en Côte d'Ivoire, les acteurs sanitaires ne vont malheureusement pas à l'information pour chercher à savoir quels sont par exemple les besoins et problèmes sanitaires réels dans une telle localité, tel village, telle communauté, en vue de leur proposer les solutions les plus adéquates possibles et c'est l'une des tares du système l'information. L'information disponible ne vient pas aux gens et ils ont également peu de moyens de l'avoir »

Phpr³⁹⁹.2.1 : « Les prestataires de santé ne lisent pas très souvent les directives, c'est de « bouche à oreille » qu'ils se transmettent l'information. Tout ceci n'est pas fait pour améliorer l'accès aux soins maternels, notamment les trois principaux retards (SONU) 1- communautés 2-transport 3- dans la prise en charge par les prestations »

Nous avons directement vécu cet écart dans l'information concernant la gamme des actes et soins pris en compte par la gratuité ciblée, non seulement au sein de l'administration d'un même établissement sanitaire, mais aussi au niveau de divers acteurs (entre le personnel administratif et le personnel soignant, principalement les sages-femmes qui sont les agents de santé les plus proches des femmes enceintes).

Selon **la quasi-totalité des sages-femmes interrogées, la gratuité ne porte que sur l'acte de la consultation prénatale et l'accouchement, et tout le reste (échographies, bilan prénatal, etc.) est payant.** Tandis que pour la direction de l'HG enquêté, dès qu'une femme est déclarée enceinte, elle bénéficie de la gratuité pour les CPN, le bilan prénatal, les échographies des deux premiers trimestres, l'accouchement et les 3 CPoN « qui étaient déjà gratuites avant la mise en place de la politique de gratuité » selon la directrice.

Conformément aux propos des prestataires de services de santé dudit HG et contrairement à l'annonce faite par la directrice de l'HG, les femmes enquêtées se plaignaient d'avoir payé pour les examens avec des tickets de caisse à l'appui. Le comptable qui était présent pendant les déclarations de la directrice serait très bien informé de la non-gratuité, dans la mesure où les comptes de l'HG passent par les mailles de son filet. Pour le médecin biologiste, comme relaté

³⁹⁹ Pharmacien privé 2 interviewé pendant l'enquête 1 (E1).

dans son verbatim ci-dessus, les bilans prénataux et échographies ne peuvent être réalisés gratuitement car des films manqueraient. L'Etat n'en fournirait plus.

En dépit de la mise en œuvre de divers dispositifs visant à assurer la protection financière des femmes enceintes et accouchées tels que la politique de gratuité ciblée (PNDS, 2016-2020), la CMU, les données de l'enquête 1 (E1) informent d'une **protection financière et sociale défailante des femmes**. Nos entretiens révèlent des *dysfonctionnements de ces différents mécanismes, résultant non seulement d'un fossé entre la politique officiellement communiquée et celle appliquée sur le terrain, d'où une faible complémentarité institutionnelle entre les mécanismes Etat décideur - Etat acteur*. Ainsi, non seulement la qualité des soins semble ne pas satisfaire, mais aussi, la réactivité laisse à désirer dans ce système de santé maternelle. La réactivité implique de réagir efficacement aux besoins et aux demandes de la population et de ses différentes sous-populations et groupes vulnérables (Olmen et al., 2012).

Malgré la gratuité ciblée par exemple, en plus de ne pas être bien informés, *les femmes enceintes et accouchées de milieux sociaux défavorisés doivent dépenser afin de compléter les kits d'accouchement dits gratuits et en réalité incomplets et doivent payer pour les échographies et bilans prénatals coûteux*. Comme résultat, soit ces dépenses sensées ne pas être effectuées du fait d'une gratuité partielle conduisent certaines bénéficiaires à des dépenses catastrophiques, soit, la santé des femmes enceintes et accouchées est mise à mal pour ne pas avoir fait ces examens coûteux pour elles.

A la question des difficultés de l'opérationnalisation de la politique de gratuité ciblée et de l'accouchement continu des femmes à domicile, la responsable d'une ONG, ONG.4.2 également sage-femme ainsi que l'ASC.1.2 répondent par ces propos ci-dessous :

-ONG.4.2 : « *La politique existe de nom mais sur le terrain, il y a rupture des kits d'accouchement qui sont souvent incomplets. Le manque de moyens de transport et la distance à parcourir favorisent les accouchements à domicile. Dans certains centres de santé. Il n'existe souvent que 2 boîtes d'accouchement pour toutes les accouchées ; d'où un risque d'infection des femmes pendant l'accouchement* ».

-ASC.1.2 : « *10 kits de césarienne ou d'accouchement sont fournis par mois tandis qu'il peut exister en moyenne plus de 600 accouchements par an rien qu'au Centre de Santé Urbaine. C'est pourquoi les femmes ont des ordonnances après l'accouchement.* ».

De plus, il ressort de nos enquêtes que certaines catégories de femmes dites vulnérables peinent psychologiquement, physiquement et financièrement à accéder à des soins de santé dits gratuits. La peine psychologique serait causée par le constat désagréable de devoir faire face à des dépenses relativement exorbitantes voire catastrophiques de santé (échographies, bilan de santé, etc.) tandis que les soins sont dits gratuits. Pour des femmes démunies enquêtées, le sentiment de savoir la nécessité de faire le bilan ou des échographies pour surveiller leur santé et celle du bébé sans pouvoir y accéder financièrement constitue une torture. Cette torture est souvent accentuée par la distance parcourue pour atteindre le centre de santé le plus proche en l'absence ou rareté de moyens de transports.

En effet, la gratuité telle que communiquée par les politiques semble plus ambitieuse que son application observée sur le terrain. Cette situation leur fait davantage prendre conscience tant aux femmes qu'au personnel soignant du secteur public, de leurs privations et des inégalités existantes. Leur protection sociale est ainsi éprouvée. Le contenu du paquet minimal d'activités (PMA) au niveau de la santé maternelle en Côte d'Ivoire tient peu compte de la charge de morbidité et des besoins perçus par la population et selon les normes sanitaires. Les résultats médiocres de santé maternelle corroborent l'existence de ces facteurs sociaux, économiques, politiques et autres (faible qualification et manque de motivation du personnel de santé, dysfonctionnement institutionnel). Depuis plus de 10 ans que la politique de gratuité est appliquée et à ce jour, aucun mécanisme de suivi-évaluation n'existe. En raison de ces dysfonctionnements institutionnels dont souffre la politique de gratuité ciblée, son influence sur le taux d'accès aux soins de santé maternelle reste faible.

Le manque de coordination dans la disponibilité, la gestion et la transmission de l'information entraîne des effets pervers tels qu'un *manque de confiance entre les femmes et les prestataires de services de santé qui sont sensés les prendre en charge*. Elles les accusent de garder les kits d'accouchements et produits par devers eux, lorsqu'ils sont incomplets.

La crise de la COVID-19 dans plusieurs pays d’Afrique subsaharienne, notamment en Côte d’Ivoire, a mis à nu ce manque de confiance important des populations vis-à-vis de leurs gouvernants. Cette tension est relevée par plusieurs acteurs institutionnels enquêtés tels que ASC.1.2, MS.1 à travers les verbatims ci-dessous :

-ASC.1.2 : « Cette crise a fortement impacté la fréquentation des centres de santé de façon générale et par les femmes enceintes et accouchées surtout les populations ont des préjugés : il est véhiculé qu’il y a le vaccin de la Covid qui sera administré et par peur les populations étaient réticentes à fréquenter les centres de soins ».

Une autre conséquence de ce manque de confiance est la tension grandissante entre les prestataires de services de santé de santé maternelle et la patientèle des EPS. Les patientes et leurs familles accusent les premiers de détourner les kits d’accouchement pour gagner de l’argent.

Enfin, la faible approche systémique fragilise également les CI entre Etat décideur - Etat acteur et ne peut avoir comme effet que des mauvais résultats de santé maternelle, comme relaté par MS.1 à travers les verbatims ci-dessous :

-MS.1 : « La multisectorialité de la santé impose que tous les secteurs de développement s’impliquent et c’est ce qui manque dans l’atteinte et réalisation des objectifs du PNSME, et notamment qui crée la persistance des taux élevés de la mortalité maternelle. »

Les données de l’enquête 1 (E1) et de l’enquête 2 (E2) font montre d’une **faible synergie entre le secteur de la santé et d’autres secteurs qui l’influencent indirectement tels que le système éducatif y compris le secteur de la formation professionnelle, le secteur de l’information, du transport de sorte à réellement répondre aux besoins de santé maternelle en Côte d’Ivoire**. Cette faible approche systémique contribue aux mauvais résultats de santé maternelle. Dans le contexte ivoirien, la stratégie de HiAP est peu appliquée, en dépit de certaines tentatives. Un entretien avec MS.1 révèle des tentatives de collaboration de ce programme national de santé mère-enfant (PNSME) avec différents Ministères (MFFE, MEF, etc.) comme suit :

-MS.1 : » *Dans la mise en œuvre des plans stratégiques, lorsqu'il s'agit de thématiques de la santé maternelle, les autres ministères techniques ont souvent pensé que c'est seulement le ministère de la Santé qui doit financer les volets qu'ils doivent appuyer relatifs à leurs ministères respectifs. Ce qui a effectivement eu pour effet d'entraîner des goulots d'étranglement dans la mise en œuvre de projets d'amélioration de la santé maternelle en Côte d'Ivoire et d'éloigner des objectifs escomptés ».*

C'est dire que le MCG Etat rencontre en son sein d'énormes difficultés de coordination entre les Ministères et directions le composant. Toutefois, il existe progressivement des ministères qui montent et mettent eux-mêmes en œuvre des projets afin de rechercher un financement et appuyer le volet qui les concerne.

Section 3 : Faibles complémentarités institutionnelles entre Etat - hiérarchies privées (PTF)

Dans cette section, nous analysons l'hypothèse de faibles CIP Etat – Hiérarchies privées. Pour ce faire, nous retenons deux types de lien. ***L'interaction dynamique principale concerne le lien direct entre le financement et le leadership/la gouvernance.*** La *subsidaire* concerne le lien direct entre le financement et la prestation de soins ; que nous analysons afin de confirmer notre hypothèse.

Tableau n°16 : Description de faibles/ mauvaises CIP Etat/ hiérarchies privées

INTERACTIONS DYNAMIQUES	ANALYSE DES FAILLES EXISTANTES/DESCRIPTION DE FAIBLES CIP
<i>Interaction dynamique principale : Lien direct entre le financement et le leadership/la gouvernance</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Absence de coordination entre les PTF dans le financement des activités -La duplication d'activités parfois en déphasage avec les priorités nationales et une fragmentation dans les interventions de santé. -L'omniprésence de financements des PTF, souvent exécutés par eux-mêmes et orientés vers des programmes verticaux.

	–Une faible coordination de tous les acteurs institutionnels autour de la santé maternelle.
<i>Interaction dynamique principale : Lien direct entre le financement et la prestation de soins</i>	<p>–Une faible coordination de tous les acteurs institutionnels autour de la santé maternelle.</p> <p>–Une sollicitation des ASC par le district sanitaire seulement en cas de projets mis en place par les PTF.</p> <p>–Une absence d’orientations et un manque de motivations des ASC à perpétuer la communication et les actions en faveur de la santé maternelle dans la communauté</p>

3.1 Description de faibles CIP Etat – hiérarchies privées à partir de l’interaction principale : une influence de la mauvaise gouvernance sur le financement de la santé

L’analyse des failles dans le système de santé en Côte d’Ivoire (cf section 2 chapitre 7) a mis en évidence que le financement de la santé en général et de la santé maternelle en particulier en Côte d’Ivoire n’est pas viable. En effet, le financement de la santé y est majoritairement assuré par des paiements directs pour une population majoritairement pauvre et par d’autres acteurs, dont les PTF. Il existe un consensus de la communauté internationale à venir en appui aux PED, à travers l’aide au développement. La Côte d’Ivoire en est également bénéficiaire. Les acteurs gouvernementaux, compte tenu du rôle accru des PTF dans le financement de la santé et de leurs contraintes, de leurs accords avec les organisations internationales et donateurs, sont limités dans leur autonomie en matière de décisions de politiques macro-économiques. Il semble que l’Etat pérennise cette dépendance aux aides internationales, du fait de son faible leadership.

D’une part, on assiste dans le système de santé à un manque de coordination entre ces PTF qui sont tous tenus à des agendas respectifs et des résultats précis. Leurs interventions débouchent ainsi sur des dépenses inefficaces, du fait de doublons d’interventions. D’autre part, ces prêts et dons qui devraient contribuer à améliorer le bien-être des populations bénéficiaires atteignent peu cet objectif escompté. Ils endettent davantage ces populations bénéficiaires qui sont faiblement impliquées dans le processus de préparation des projets et de politiques les visant. Le faible leadership/ gouvernance de l’Etat est la principale porte d’entrée à cette fragmentation et des doublons dans les interventions qui ne sont pas sans effet pervers sur la santé des populations,

notamment maternelle. Ce constat est conforté par plusieurs acteurs institutionnels enquêtés dont MS.1 à travers le verbatim ci-dessous :

-MS.1 : « *Très souvent comme (eux aussi financent) ils sont toujours en quête de financement, les ONG se rendent toujours dans les zones déjà en activité tandis que d'autres zones n'en bénéficient pas du tout d'où une répartition inégale des ressources.*

Ce qui fait que 4 à 5 partenaires peuvent se rendre dans une même zone tandis que d'autres zones ne sont pas exploitées du tout »

C'est dire que cette duplication d'activités profite souvent aux mêmes bénéficiaires accentuant ainsi les ISS, au détriment d'autres catégories de populations vulnérables. Des entretiens avec des ASC dévoilent non seulement un abandon d'activités communautaires axées sur la santé maternelle au profit d'autres projets (VIH/SIDA, paludisme, etc.), mais aussi une recrudescence d'activités liées à la gestion de la COVID-19, depuis son avènement. Ainsi la fixation des priorités d'équité et de justice sociale se heurte au défi de choisir entre des options ayant des objectifs différents et mettant l'accent sur les valeurs différentes. **La crise de la COVID-19 a contribué à réorienter plusieurs financements de PTF vers l'achat des vaccins, et ce, au détriment d'autres problèmes de santé publique tels que la santé maternelle.** Cette situation est décrite par plusieurs acteurs interviewés tels que ASC.2.2 à travers les propos ci-dessous :

-ASC.2.2 : « *En fait au niveau national, les actions des secteurs institutionnels se focalisent surtout sur les enfants, vaccins, VIH/Sida etc. Depuis l'avènement de la pandémie Covid-19 la santé maternelle est davantage oubliée et absente dans les stratégies opérationnelles sur le terrain.*

Depuis l'avènement de la pandémie COVID 19, tous les autres acteurs, notamment la santé maternelle sont oubliés (c'est ce qui se fait ressentir sur le terrain). Bon nombre des interventions sur le terrain sont désormais axées sur la Covid-19 »

Ceci met également en évidence le manque de coordination entre les MCG PTF, ONG, Etat et bien d'autres acteurs.

Selon les enquêtés, il existe plusieurs ONG dans le domaine sanitaire en Côte d'Ivoire qui devraient jouer un grand rôle d'intermédiaire entre les populations et le ministère de la santé dans l'atteinte des objectifs de santé. Toutefois, le monde des ONG souffre également d'un véritable

manque de coordination. Cela pousse à interroger également le bien-fondé de cet excès d'ONG, à défaut d'une véritable coordination. Etant données la recrudescence de petites ONG et la persistance parallèle des problèmes de santé, le budget qui leur est accordé pourrait être orienté vers le financement d'autres priorités sanitaires. Cette situation est décrite par plusieurs acteurs interviewés tels que ASC.1.2 et ASC.5.2 à travers les verbatims suivants :

-ASC.1.2 : « *Il y a trop d'ONG dans le domaine de la santé. Les ONG ont souvent des relais communautaires dans les villages (s'il existe des acteurs communautaires bénéficiant du programme, c'est la clé du succès de ce genre de politiques. Les ONG sont financées par le ministère de la santé et jouent un grand rôle et jouent le rôle d'intermédiaires entre l'état et les populations dans l'atteinte des objets de santé. Mais, il faut que leurs actions soient coordonnées »*

Les ASC - interviewés en Côte d'Ivoire - affirment avoir peu d'espace d'échanges visant à faire remonter les difficultés vécues par leurs communautés respectives, même au niveau du district sanitaire qui est leur premier interlocuteur. Leurs échanges avec ces derniers n'ont lieu que dans le cadre de projets financés par des PTF et ONG devant être mis en place. En tant que lien entre le système de santé et les populations, ils sont plutôt des exécuteurs et non des acteurs autonomes. Il existe donc en Côte d'Ivoire une faible coordination entre les districts et les ASC fragilisant davantage la mise en application des règles et la prestation de services de qualité.

Les nombreuses activités mises en place dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 détournent les efforts de ces ASC en compromettant ainsi les activités essentielles et de routine, et ce, au détriment des communautés. Malheureusement, la question de la coordination et d'un faible intérêt pour les activités en communauté de santé maternelle tant de l'Etat que des PTF revient. Pour répondre à la question des actions communautaires initiées en faveur de la santé maternelle, les retours des ASC enquêtés convergent vers ce verbatim de ASC.5.2 qui suit :

-ASC.5.2 : « *De mémoire et avec expérience de 10 ans en tant qu'ASC, il y a eu une ou deux campagnes de sensibilisation, mais pour les moustiquaires, etc. C'est quasiment inexistant. Ce sont les bailleurs de fonds qui décident et qui mènent les ONG du bout des doigts. Et ces derniers apparemment investissent peu dans la santé maternelle. Et même les campagnes de sensibilisation pour le changement de comportement dites être mises en*

place par les hôpitaux, les ASC ne sont pas associés. Donc c'est illogique et illusoire. Il n'y a aucune collaboration organisée entre nous les ASC, le district sanitaire, les centres de santé ».

Tout ceci n'est pas sans effet sur les résultats médiocres de santé maternelle en Côte d'Ivoire. Au-delà de la divergence naturelle des valeurs propres à chaque acteur, il apparaît clairement que de véritables difficultés existent dans la prise en compte de celles relatives aux acteurs les plus vulnérables, les populations pauvres. Il apparaît comme une déconnexion entre les valeurs et principes des communautés et celles d'autres acteurs institutionnels (Etat, PTF, ONG, etc.).

La faible appropriation des questions/politiques de santé maternelle par les communautés est sans doute le résultat de la faible prise en compte des valeurs sociales et codes moraux des populations bénéficiaires. La faible implication et appropriation des **communautés** est accentuée par **les défaillances institutionnelles** déjà évoquées telles que : (i) *la quasi-absence d'une presse libre portant sur le système de santé ; (ii) la faible transparence du processus décisionnel et la faible disponibilité de l'information (inégalement détenue quand elle existe afin de faire valoir des intérêts particuliers ou exercer un pouvoir de force quelconque ; (iii) la désorientation des activités des acteurs de la société civile et des différents représentants des communautés, en faveur de la gestion de la pandémie de la COVID-19 ; (iv) le niveau de corruption.* Par ailleurs, *les acteurs de la société civile se plaignent de leur faible implication dans les prises de décision et la mise en place des programmes, du clientélisme de l'Etat créant des problèmes de leadership ainsi que de la grande fragmentation dans les interventions et activités qui est source de doublons et d'inefficience.*

Enfin, en impliquant peu les communautés et leurs besoins dans les prises de décisions et politiques en leur faveur, comment peut-on jauger la sensibilité de ces dernières ? L'Etat semble tenir peu compte des besoins réels des populations à travers les mesures appliquées. Ce qui peut ensuite imposer des limites à son rôle dans la prestation des services de santé de qualité et dans sa capacité de leadership. Il se crée alors des effets inattendus voire des tensions dans l'application de ces politiques.

La gouvernance du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire est mise à mal dans l'exercice de cette fonction essentielle de la puissance publique. Les politiques de santé sont mises en œuvre et les décisions prises sans pour autant en vérifier le niveau de pragmatisme ou de praticabilité sur le terrain. La logique des « best practice » importées d'ailleurs et accompagnées de mécanismes de mise en œuvre dans des contextes différents, est la stratégie la plus dominante. Ces « best practice » sont souvent véhiculées par les PTF qui prônent comme objectif final le bien-être des populations. Toutefois, c'est l'effet inverse qui est constaté du fait des faibles connexions entre l'Etat, les communautés, les hiérarchies privées et les associations au niveau des valeurs. La faible efficacité des programmes et politiques exécutés ainsi que le creusement des inégalités entre les femmes pauvres et riches, entre celles de zones rurales et de zones urbaines, etc. en sont les résultats.

3.2 Description de mauvaises complémentarités à partir du lien direct entre le financement et la prestation des services de santé

Les inégalités d'accès entre femmes riches et pauvres remettent en question le fonctionnement des hiérarchies privées (PTF) et des associations (ONG). Les acteurs politiques nationaux et internationaux ont mis en place des mesures visant à pérenniser la protection financière. Toutefois, en se concentrant uniquement sur l'accès financier, la faible prise en compte d'autres barrières conduit à une absence des mesures qui visent à assurer la protection sociale, essentiellement à l'endroit des populations/femmes dites vulnérables en Côte d'Ivoire. Cette situation déjà illustrée dans les chapitres précédents tels que le chapitre 4 est ce que relate ASC.2.2 à travers le verbatim suivant :

*-ASC.2.2 : « Il existe peu de services sociaux opérationnels dans les centres de santé et les hôpitaux, afin de traiter les cas des plus démunies. Quand il n'y a pas ce genre de service les femmes enceintes démunies ou défavorisées ont peu mettre en place des moyens de communication et d'échanges permettant de freiner la mortalité maternelle
Les ONG doivent engager des projets sur la santé maternelle car l'Etat semble oublier ou peu se focaliser sur la santé maternelle ».*

Les manquements dans la protection financière et sociale des populations sont liés à la faible gouvernance, à l'absence de sécurité sociale, à l'insuffisance d'infrastructures sanitaires et

d'autres secteurs importants pour appliquer les normes sanitaires, au manque de personnel qualifié et au manque de motivation de ceux existants, à une absence de connexion entre MCG du système, etc. Les résultats de santé médiocres sont le fruit de faibles complémentarités vertueuses au détriment des femmes vulnérables entre les marchés, les communautés, les associations, les PTF et l'Etat.

Par exemple, les réformes du FBP et de la CMU en Côte d'Ivoire ont été impactées à tous les niveaux (ressources financières, humaines, durée, etc.) dans leur mise en œuvre par la gestion de la pandémie de COVID-19 et le type de gouvernance qui l'a caractérisée.

La pandémie du COVID-19 est une épreuve de plus soumise à la faible gouvernance et à la faible acceptabilité des mesures internationales de gestion de la crise par des populations locales. Le modèle de gestion de la pandémie du COVID-19 peut être traité de « modèle voyageur »⁴⁰⁰(O. De Sardan, 2019). Une enquête sur l'acceptabilité du vaccin COVID-19 en Côte d'Ivoire met en exergue une faible considération de la pandémie dans l'ensemble par les populations, un refus de se faire vacciner par plus de 50% des personnes interrogées⁴⁰¹. Parmi les motifs évoqués, la peur de se faire contaminer ou de se faire exterminer via les vaccins ou encore la faible croyance en ces vaccins sont aux premiers rangs.

La COVID-19, à travers son mode de gestion et ses problèmes **d'acceptabilité par les communautés** est un exemple de dysfonctionnements institutionnels et de faible gouvernance de l'Etat pouvant entraîner des effets pervers sur le financement. Tandis que la quasi-totalité des efforts des gouvernants était absorbée par la gestion de la pandémie, les mesures de lutte contre la pandémie, essentiellement les tests et vaccins, ont été considérées par une bonne partie des populations comme un leurre du gouvernement pour attirer davantage de financement international au profit des gouvernants. La conséquence de ce manque de confiance est un **faible engagement communautaire** et donc un gaspillage de ressources pour des activités considérées comme « inutiles » par des populations.

Pourtant les acteurs gouvernementaux et internationaux ont négligé d'autres activités de routine essentielles telles que celles relatives à la santé maternelle, afin de permettre le déploiement

⁴⁰⁰ Il s'agit généralement de modèles ou dispositifs susceptibles de permettre plus facilement l'atteinte des OMD (de 1990 à 2015), puis des ODD (depuis 2015). Ils sont généralement importés localement du fait de leur succès d'ailleurs.

⁴⁰¹ <https://www.facebook.com/URreportCotedIvoire/posts/3938996289464534>

du vaccin en Côte d’Ivoire. Le modèle de gestion internationale de la crise du COVID-19 a requis suffisamment de ressources financières et techniques dont les pays pauvres tels que la Côte d’Ivoire disposent peu. L’acquisition de ces ressources a conduit le pays à solliciter davantage de l’aide internationale, soumise à des conditions et pouvant donc influencer la gouvernance et le leadership gouvernemental. Etant donnée la demande importante d’aide de nombreux pays à travers le monde, les gouvernants ont fait face à une sorte de compétition en concentrant toutes leurs attentions et en mobilisant toutes leurs ressources sur les mécanismes liés à la gestion du COVID-19 sans l’implication des populations. Cette situation a davantage fragilisé leur gouvernance et le leadership local. Ceci pourrait remettre en cause les efforts d’amélioration de la santé maternelle en Côte d’Ivoire (si besoin d’appliquer de nouvelles normes de santé par exemple), voire de développement pour les générations futures.

Ce manque de cohérence dans la gouvernance du système par l’Etat s’aligne avec les déconnexions institutionnelles au sein de la communauté, des hiérarchies privées, des associations (détournant les ASC au profit d’autres projets et au détriment de la santé maternelle en Côte d’Ivoire) et du marché. C’est une situation récurrente favorisant davantage de faibles CIP, au détriment des groupes sociaux les plus vulnérables.

Section 4 : Complémentarités institutionnelles dominantes entre Etat – Marché

Dans cette section, nous examinons l’hypothèse de fortes CID entre Etat – Marché, au profit des populations/femmes les plus aisées. Nous le faisons, à partir d’une analyse d’au moins deux *interactions dynamiques principales* voire trois : **le lien indirect entre valeurs/principes et gouvernance**, **le lien indirect entre valeurs/principes et prestation de services** et **le lien direct entre la prestation de soins et le financement**.

Tableau n°17 : Description de CID entre Etat-Maché

Interactions dynamiques	Analyse des failles existantes/Description de faibles CIP / fortes CID
<i>- Interaction dynamique principale : Lien direct entre la prestation de soins et le financement</i>	-Barrières financières importantes à l’entrée des établissements sanitaires privés, en l’absence de mécanisme de subvention ou couverture, en faveur des femmes vulnérables.

	<p>-Difficultés de recours pour ces femmes vulnérables aux établissements sanitaires privés pourtant mieux appréciés que les établissements sanitaires publics.</p> <p>-Les femmes éduquées, aisées et/ou ayant leurs époux employés dans le secteur d'activités formelles s'orientent souvent vers le secteur sanitaire privé et bénéficient souvent d'une assurance santé visant à couvrir tout ou partie de leurs frais de santé.</p> <p>La sécurité sociale ou l'assurance médicale privée n'est facilement accessible que pour le secteur formel, et pour les fonctionnaires.</p> <p>-Les populations aisées et les autorités se font suivre dans les établissements privés de renom tandis que le secteur public écrème le reste de la population.</p>
<p><i>- Interaction dynamique principale : Lien indirect entre valeurs/principes et gouvernance</i></p>	<p>-Faible régulation et gouvernance du secteur privé de la santé par l'Etat.</p> <p>-faible coordination public-privé.</p> <p>-Faible régulation et contrôle du secteur informel qui est dominant et absorbe une bonne partie de la population, particulièrement celle vulnérable pour ceux qui travaillent.</p>
<p><i>- Interaction dynamique principale : Lien indirect entre valeurs/principes et prestation de services</i></p>	<p>Absorption d'une bonne partie des compétences issues du secteur public par le secteur privé, créant souvent un manque de compétences au public où ils sont moins bien traités et motivés ;</p> <p>-une meilleure appréciation des soins et du plateau technique au privé par rapport au public</p> <p>-Absence d'application d'une politique de gratuité ciblée ou subventions croisées au profit des femmes enceintes dans les établissements sanitaires privés.</p>

	-Une absence de suivi-évaluation de politiques et mécanismes mis en place pour soulager les plus vulnérables.
--	---

Une analyse des failles au niveau du contexte fait montre de faibles complémentarités entre les mécanismes Etat et marché. Nos entretiens en Côte d'Ivoire révèlent d'importantes inégalités entre les femmes d'un niveau de vie correct recourant aux établissements sanitaires réputés du secteur privé et les femmes vulnérables pour celles recourant aux établissements du secteur public. Ces inégalités ont également été observées entre les femmes recourant aux services de différents établissements sanitaires d'un même secteur voire d'un même établissement. Les femmes vulnérables ont pleinement conscience de ces différences entre elles et les mieux nanties, entre la qualité des services au privé et celle au public. Ce qui peut les inciter à moins accéder aux services de santé publics et se tourner vers d'autres alternatives thérapeutiques (le médecine traditionnelle, l'automédication ou même ne rien faire). Ceci peut contribuer à dégrader davantage leur santé et accentuer les inégalités entre les femmes. La **fragmentation de l'offre de soins** est flagrante en Côte d'Ivoire avec d'une part, **un secteur privé mieux nanti en ressources humaines en santé, en plateau technique et accessible aux classes sociales favorisées**, et d'autre part **un secteur public précarisé et constituant le moyen de recours moderne ultime pour la classe pauvre et moyenne**.

D'après nos entretiens, en raison de ces conditions difficiles dans les grands EPS notamment de référence, rares sont les femmes aisées qui préfèrent s'y rendre afin d'y effectuer leurs suivis prénatal et postnatal. Elles recherchent la meilleure offre de soins de santé disponible, comme exprimé par F.29.1 et F.22.1 à travers les propos suivants :

-F.29.1 : « *Oui, car j'ai souhaité pour mon suivi et mon accouchement, le meilleur qui existe. Je préfère ici où il y a un gynécologue compétent et à l'écoute, le confort y est, top dans l'ensemble* ».

-F.22.1 : « *J'ai préféré faire mon suivi et accouchement au privé car l'accueil au public n'est top et le plateau technique n'est pas bien fourni donc en cas d'urgence, même dans les CHU, ils n'ont pas toujours de quoi faire face à l'urgence* »

Nos entretiens révèlent un manque criant d'infrastructures et de moyens constituant un frein à la mise en œuvre des normes sanitaires internationales par les prestataires de services de santé d'établissements sanitaires publics (EPS) (entre 8 et 12h d'observation postnatale constatées plutôt que 72h comme recommandé). Les dysfonctionnements de la politique de gratuité ciblée conduisent souvent à des tensions entre les populations et les prestataires de services de santé. Ces derniers rencontrent souvent des ruptures dues à des délais cumulatifs dans l'approvisionnement (délai dans la livraison internationale, délai de récupération par la PNSP entre ses locaux et le port, délai dans la gestion de la logistique dans la gestion des stocks, etc.).

Tous ces délais limitent l'accès aux produits essentiels à temps réels fragilisant davantage la prestation des soins dans le secteur public. De plus, les chaînes d'approvisionnement mondiales pour les fournitures et équipements ont pu être perturbées en raison du transfert de la production vers des fournitures liées à la COVID-19. Cette situation a entraîné des baisses de production des matières premières et des retards importants dans les délais de livraison, en raison des restrictions de transport et de mouvements. Ce ralentissement de la fourniture des équipements vient effectivement accentuer la faiblesse du plateau technique tant décrié par les prestataires de services de santé enquêtés, principalement du secteur public. Ces conditions précaires de travail ainsi accentuées par la COVID-19 ont davantage détérioré la faible et mauvaise qualité des services de santé maternelle.

Plusieurs patientes enquêtées dans les EPS (13 sur 20) ont également cette perception de la faible qualité de la prestation des CPN dont elles jouissent avec les sages-femmes contrairement à la perception qu'ont celles qui recourent aux établissements sanitaires privés avec des gynécologues. Ce qui creuse leur perception des inégalités existantes entre elles et d'autres catégories de femmes. Comme le relate cette femme F.2.1 ayant accouché dans un centre de santé urbain mais ayant préféré un suivi dans un établissement sanitaire privé à travers le verbatim suivant :

-F.2.1 : « *Pour les CPN, je préfère le gynécologue car il est mieux spécialisé que la sage-femme. Chacun a son travail. La sage-femme, son travail, c'est aider à accoucher. Donc pour l'accouchement, je n'ai aucun problème à me rendre comme aujourd'hui en maternité publique* ».

D'après nos entretiens, rares sont les femmes aisées qui décident de se rendre dans les services publics afin d'y effectuer leur suivi prénatal et postnatal souvent assuré par des sages-femmes. Dans les établissements sanitaires privés formels réputés, spécialement en milieu urbain, les CPN sont effectivement assurées par des gynécologues tandis qu'ils sont souvent assurés par des sages-femmes dans les EPS (voire des infirmiers dans les établissements sanitaires n'ayant pas de sages-femmes le jour de la consultation). Les femmes d'un meilleur statut social ont donc le choix entre ces deux types de prestataires de services de santé en fonction de leurs conditions socio-économiques, culturelles, principes et valeurs. Les enquêtées informées et sachant les rôles respectifs des sages-femmes et des gynécologues, préfèrent ainsi se faire suivre dans des établissements sanitaires privés pour les CPN.

Le manque de confiance à l'endroit du système, notamment public, est amplifié par des retours d'expériences repoussant même des femmes n'ayant pas côtoyé ce secteur. Nos entretiens révèlent généralement que les services et soins de santé maternels dans les EPS sont moins appréciés par les bénéficiaires par rapport aux établissements sanitaires privés qui imposent plus de barrières financières à leur entrée.

A la question de savoir si elles **trouvent une différence dans l'offre des soins entre les EPS et ceux privés en ce qui concerne les soins maternels**, tous les enquêtés sont unanimes sur la différence au niveau de l'offre de soins de qualité entre les EPS (souvent moins appréciés) et ceux privés formels (réputés). A l'image de plusieurs autres femmes enquêtées dont F.2.1 ci-dessus, un extrait de verbatim de F.9.1 relève cette perception :

-F.9.1 : « ... *Si j'avais les moyens, j'irais en clinique au mieux à l'hôpital mère enfant car malgré la cherté ils savent accueillir »*

A la question de savoir **ce qui diffère** entre les établissements sanitaires privés réputés et les services publics de façon générale, la différence se fait surtout au niveau **du plateau technique, les conditions d'accueil**, et bien souvent au niveau des **prestations marquées dans le secteur public par un manque de conscience professionnelle qu'on retrouve peu dans les établissements sanitaires privés** réputés, etc. Pourtant, les prestataires de services de santé reçoivent très souvent la même formation et dans les mêmes conditions. En outre, ce sont souvent les médecins/prestataires des services de santé du public qui sont employés dans le secteur privé, comme le relatent MS.1 et PTF.1.1 à travers les verbatims suivants :

-MS.1 : « *Il existe une différence quoique les prestataires de services sont formés dans les mêmes lieux dans les mêmes conditions. Ce sont les mêmes médecins très souvent qui travaillent au public qui sont au privé. En milieu urbain, l'offre de soins des CHU et grands hôpitaux, cliniques (pour ceux qui sont au même niveau) est la même. Par contre dans le public, il y a la sur effectivité, les retraits sont très vite débordés, donc la qualité prend un coup. Au niveau du matériel technique, il y a la vétusté du matériel et appareils tandis que ceux des cliniques sont à la pointe. Les services publics sont débordés par ce genre de problèmes »*

-PTF.1.1 : « *Au niveau du secteur public, la conscience professionnelle du personnel est en manque malgré tout le matériel et le personnel ; du fait du manque de motivation, de moyens, mais aussi du manque de contrôle régulier. Or au niveau du privé qui est géré comme une entreprise et où il y a une obligation de chiffre d'affaires, il s'impose un meilleur traitement du personnel. Ce qui entraîne une bonne qualité des soins au privé et qualité de l'offre au public moins bonne ».*

En ce qui concerne la perception des femmes au sujet du niveau de compétence et la rigueur dans l'exercice de leurs fonctions entre les professionnels de santé du public et ceux du privé, il revient dans les entretiens avec les acteurs institutionnels que le niveau de compétence des professionnels de santé du public et de ceux du privé en Côte d'Ivoire est quasiment le même.

La grande différence se trouve au niveau de la rigueur dans l'exercice de leurs fonctions. Le secteur privé est positivement influencé par la chaîne des responsabilités qu'y ont les prestataires de santé, notamment les médecins, par le contrôle et le suivi des agents de santé par l'administration sanitaire, des sanctions et des motivations par le souci de fidélisation de clients voire de familles. Tandis que la rigueur des agents de santé dans le public est très souvent négativement influencée par une grosse démotivation pour un faible plateau technique, une surcharge de travail, une absence ou une insuffisance de prime, de bons traitements, de sanctions, etc. comme expliqué par MS.1 à travers les verbatims suivants :

-MS.1 : « *Au niveau de la compétence, c'est pareil. Au niveau de la rigueur : la chaîne des responsabilités fait que la rigueur observée par un médecin dans un CHU public n'est pas la même observée par le même médecin l'après-midi, dans une clinique.*

Dans les cliniques, il y a un contrôle et un suivi permanent du prestataire par l'administration sanitaire. Il y a une concurrence et une volonté de fidéliser certaines familles. Le fait même qu'ils sont payés par patient traité. Tout le monde est suivi et évalué. Les contrats sont faits sur la base de la performance. Et au privé ils essaient de respecter toutes les normes OMS »

« Au niveau de la compétence, les prestataires sont tous formés de la même manière et au même endroit, donc il ne devrait pas avoir de différence, cependant une grosse difficulté au public est que certains centres de santé sont créés sans laboratoire. Donc pour diagnostiquer une maladie nécessitant d'abord un examen, ils le feront beaucoup plus par intuition en se basant sur leur vécu »

« Au niveau de la rigueur, c'est mitigé. Tout dépend de ceux qui managent la structure. Au niveau du privé, plusieurs sanctions sont prises pour des erreurs, tandis que dans le public la plus grosse sanction pour une faute ordinaire (retards, accumulés, absences) ce sont davantage des mutations car les règles de la fonction publique empêchent de licencier à moins que ce soit une faute grave ».

Toutefois, les barrières financières à l'accès aux grands établissements sanitaires privés créent davantage d'ISS entre les femmes aisées et défavorisées et entre celles habitant de grandes villes et celles de zones rurales. D'après nos enquêtes, la plupart des femmes (plus de 90%) recourant aux établissements sanitaires privés disposent d'une protection sociale. Il s'agit d'assurance maladie réduisant considérablement leurs paiements directs. Ces dernières d'un meilleur statut ont les moyens d'accéder à des soins jugés de meilleure qualité et souvent à moindre coût par rapport aux femmes vulnérables et/ou de zones rurales qui recourent au public. En l'absence de mécanismes d'assurances ou de subvention, ces femmes vulnérables se retrouvent à effectuer des dépenses catastrophiques en payant pour des médicaments, bilans prénatals et échographies - censés être pris en charge par la gratuité ciblée et qui ne le sont pas en réalité sur le terrain.

Largement documentés dans la littérature, les itinéraires thérapeutiques en Côte d'Ivoire sont diversifiés et complexes. Cette culture est davantage entretenue pendant les grossesses. Parallèlement, comme alternative de soins moins coûteuse, bon nombre de femmes enquêtées et même des sages-femmes recourent toujours à la médecine traditionnelle, parfois en premier

recours. Certaines, du fait de leurs conditions sociales de vie et leurs convictions culturelles en font l'ultime recours. C'est d'ailleurs une pratique qui est tolérée par des gynécologues enquêtés, la considérant comme complémentaire à la médecine moderne, tant que les patientes privilégient les consultations prénatales et postnatales. Par ailleurs, les structures sanitaires privées sont vues par la majorité des populations comme de meilleurs endroits à fréquenter, en dépit des barrières financières à l'entrée, par rapport aux établissements sanitaires publics.

Non seulement, le gouvernement rencontre des difficultés dans sa gestion et sa réglementation du secteur public (au niveau central et décentralisé), mais aussi et surtout dans sa régulation du secteur privé de la santé (maternelle) dont il fait la plutôt promotion. Parallèlement, il existe un faible partenariat public – privé dans le système et les politiques de santé, notamment maternelle en Côte d'Ivoire. Par exemple, ni la politique de gratuité ciblée, ni la CMU pouvant offrir une chance aux patientes vulnérables d'accéder aux services de santé dans les établissements sanitaires privés n'y sont appliquées.

Section 5 : Complémentarités institutionnelles dominantes entre Marché – Communautés

Pour l'analyse de CID Marché – Communautés, nous retenons une *interaction dynamique principale*, dont le lien entre le **financement de la santé et la prestation des services** et une *subsidaire*, à savoir le lien direct entre prestation des services et résultats du système de santé.

Tableau n°18 : Description de fortes CID entre Marché - Communautés

Interactions dynamiques	Analyse des failles existantes/Description de faibles CIP/ fortes CID
<i>Interactions dynamiques subsidiaires : Lien entre direct entre prestation des services et résultats du système de santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Meilleur plateau technique dans les établissements sanitaires privés qui sont réputés qu'au public. -Absorption des compétences du secteur public, essentiellement les spécialistes (gynécologues, anesthésistes, etc.) au profit du secteur privé. -Les femmes vulnérables en quête d'un mieux-être qu'elles ne retrouvent pas dans le public se tournent vers l'automédication, la médecine traditionnelle ou de petites structures clandestines.

	<p>-Qualité douteuse de ces petites cliniques privées souvent clandestines dont les services sont souvent de faible qualité, avec des soignants peu compétents et un faible plateau technique.</p> <p>-Les mêmes outils y sont par exemple utilisés pour plusieurs accouchements ; Les femmes ne bénéficient quasiment pas d'un suivi postnatal après l'accouchement ; Les femmes enceintes et accouchées y sont peu suivies et exposées fortement à des risques de morbidité et de mortalité élevées.</p>
<p><i>Interaction dynamique principale : Lien direct entre financement de la santé et prestation des services</i></p>	<p>-Etablissements sanitaires privés mieux appréciés et inaccessibles aux femmes vulnérables faute de moyens et d'assurances.</p> <p>-Prolifération de cliniques clandestines qui offrent des services de santé maternelle et leur absorption des populations vulnérables soit du fait de la proximité, soit par préférence des services du secteur privé.</p>

Dans cette section, nous ne ferons pas une description supplémentaire de ces liens de CID qui se trouvent dans les sections précédentes.

Les processus de décentralisation au sein des États transfèrent les responsabilités en matière de prestation de services de santé des structures gouvernementales centrales aux structures locales. Par conséquent, divers acteurs, essentiellement les acteurs du marché et de la société civile, les hommes politiques, les organisations professionnelles et les structures coopératives, exercent une influence sur la gouvernance. Le leadership gouvernemental en Côte d'Ivoire est très vulnérable car souffre d'un manque de confiance et de communication avec sa population. Cette faible gouvernance semble être le résultat d'une faible coordination entre toutes les parties prenantes du système de santé.

Enfin, les réformes et politiques de santé (CMU, FBP, etc.) souffrent de la verticalité dans leur mise en œuvre et du manque d'approche systémique. Elles tiennent peu compte des DSS, d'où

les résultats plus ou moins insatisfaisants, notamment au niveau de la couverture maladie universelle.

Conclusion du chapitre 9

Nous avons examiné les incohérences qui se traduisent en termes de véritables problèmes de complémentarités institutionnelles au détriment surtout des plus pauvres entre les différents MCG (Boyer, 2007) dans une application à la santé maternelle en Côte d'Ivoire (cf figures n°18, 19, 20 ci-dessous). Ces faibles CI agissent indirectement sur la morbidité et la mortalité maternelle élevées et détériorent ainsi la performance globale du système. Cette action se fait au travers des DSSM qui sont encore faiblement pris en compte dans la plupart des études menées sur la question en Côte d'Ivoire. En effet, nous avons mis en évidence les problèmes d'arrangements institutionnels entre les différents MCG, à travers des interactions dynamiques entre différentes dimensions du système de santé maternelle. Cet exercice permet de comprendre également comment des déterminants sociaux et lointains tels que l'orientation d'une politique - de financement par exemple ou la coordination intersectorielle au-delà du secteur de la santé- peuvent affecter les résultats du système, de façon générale et de santé maternelle en particulier.

Afin d'en réduire les effets et de pouvoir atteindre une véritable amélioration de la santé maternelle en Côte d'Ivoire, il convient pour l'Etat de non seulement prendre en compte et opérationnaliser les DSSM en Côte d'Ivoire, mais aussi d'appliquer certaines mesures telles que : des analyses systémiques en toutes circonstances, une protection sociale adaptative aux personnes vulnérables, l'éducation pour tous, une bonne gestion et diffusion de l'information, l'implication et la prise en compte des besoins et de la perception des populations dans la gestion de la crise, la restructuration du système de santé en réorganisant les soins primaires et en faisant un suivi-évaluation des politiques, la recherche d'arrangements institutionnels vertueux entre les MCG, etc.

Pour conclure ce chapitre sur les résultats de notre thèse, nous souhaitons présenter un panorama des liens de complémentarités institutionnelles entre les mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) en Côte d'Ivoire à travers 3 figures (cf **figures n°18, n°19, n°20** ci-dessous).

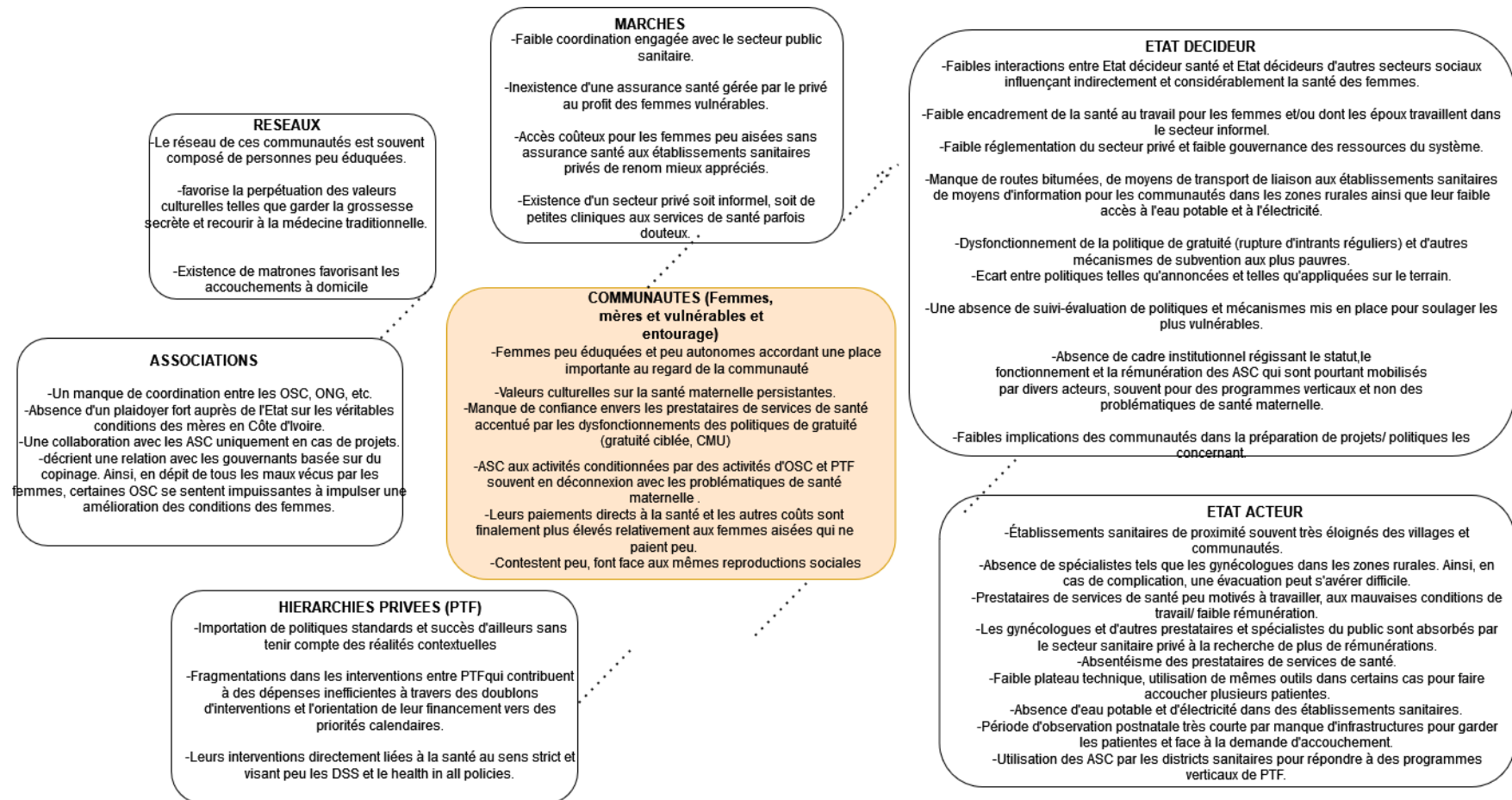
La figure n°18 présente l'absence de complémentarités entre les MCG à travers leurs interventions dans l'environnement précaire des femmes et communautés défavorisées.

La figure n°19 présente les forts liens de complémentarités entre les institutions qui existent dans l'environnement institutionnel des femmes aisées en Côte d'Ivoire.

La figure n°20 présente les liens de complémentarités institutionnelles entre les MCG dans le système de santé maternelle, pris dans son ensemble.

Notons bien que les interventions et arrangements décrits dans ces figures sont à titre indicatif et ne sont donc pas exhaustifs.

Figure n°18 : Absence de liens de complémentarités institutionnelles dans le système au détriment des femmes peu aisées et vulnérables en Côte d'Ivoire

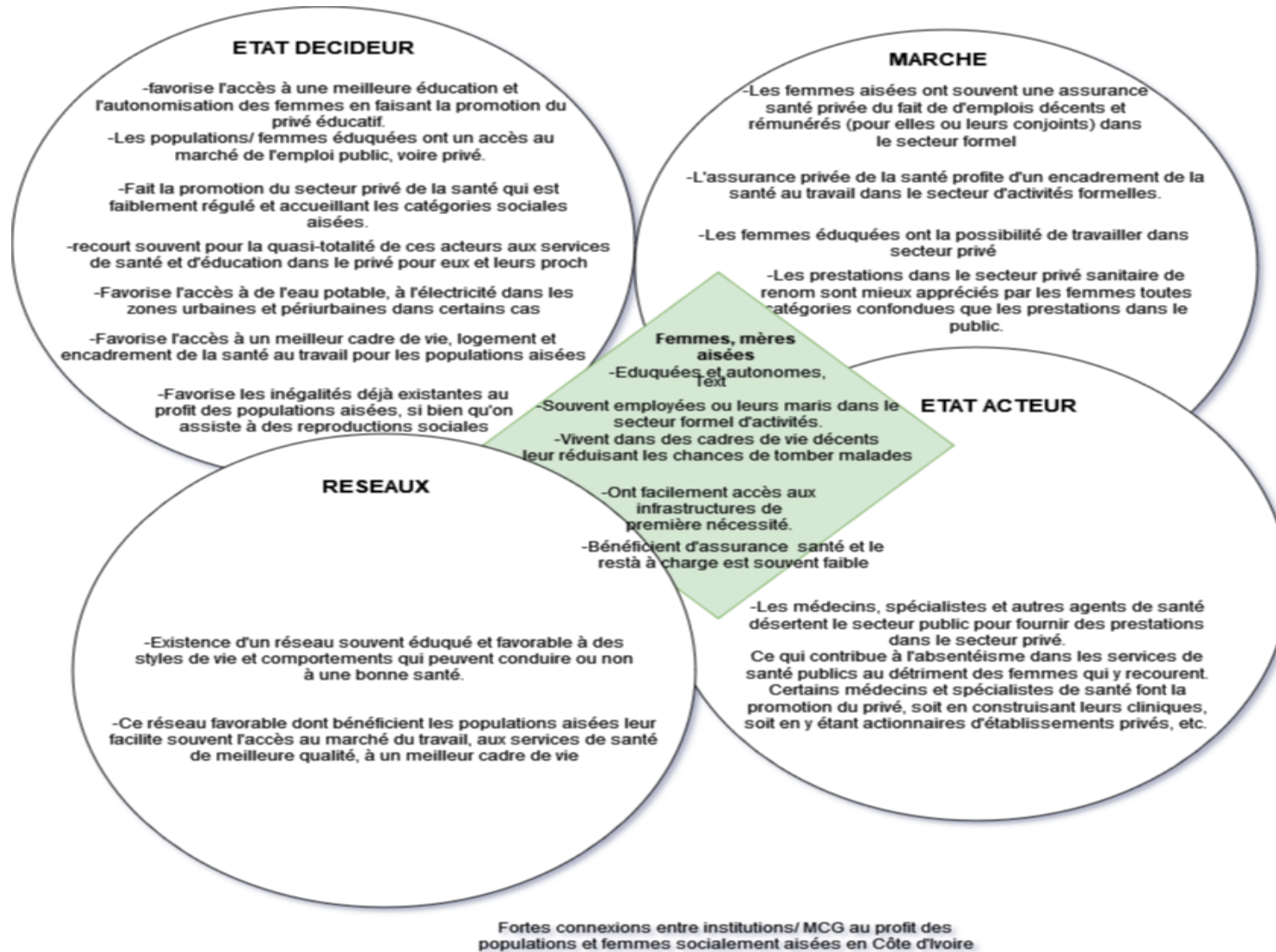


Une déconnexion dans les interventions des MCG au détriment des femmes peu aisées socialement

Source : Auteure

La pauvreté en Côte d'Ivoire est davantage portée par les femmes que les hommes (cf section (a) du 1.2.1 du chapitre 7). Les MCG présents dans l'environnement institutionnel des femmes et communautés peu aisées sont les mêmes pour tout le système. Ce sont l'Etat décideur, l'Etat acteur, le marché, les communautés, les hiérarchies privées (PTF), les associations, les réseaux informels. Cependant, ces différents MCG sont peu connectés et coordonnent difficilement leurs interventions respectives pour le bien-être des femmes peu aisées en Côte d'Ivoire. Cette séparation de nombreuses interventions, censées être harmonisées et souvent sujettes à des doublons, entretient les mauvaises conditions socio-économiques et la faible autonomisation de femmes déjà peu favorisées en Côte d'Ivoire.

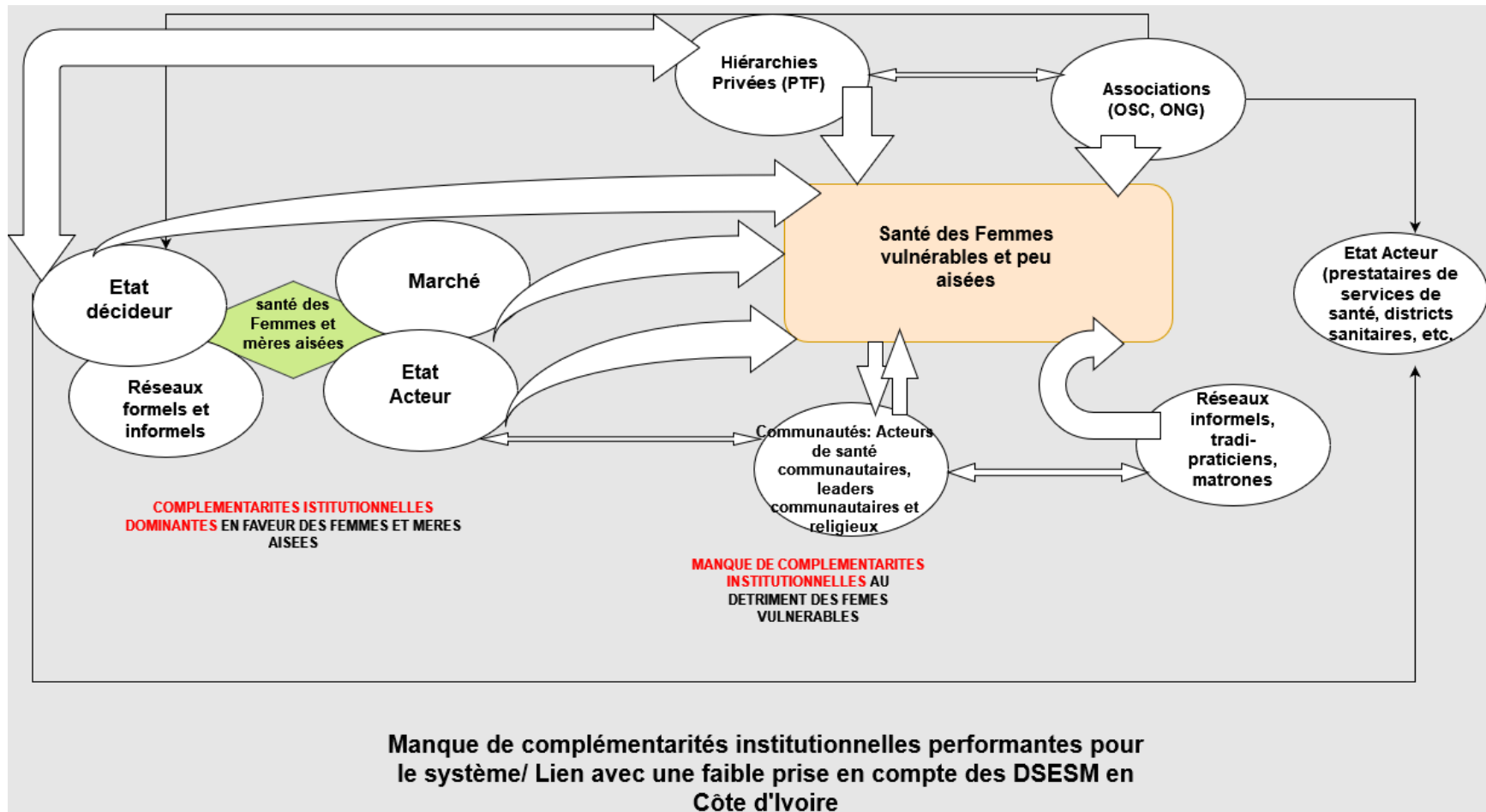
Figure n°19 : Complémentarités institutionnelles dominantes en faveur des femmes aisées en Côte d'Ivoire



Source : Auteure

En Côte d'Ivoire, bien qu'un nombre relativement faible de MCG se mobilisent pour la santé maternelle des femmes aisées qui y sont minoritaires, ces dernières sont déjà bien encadrées. Leurs conditions socio-économiques favorables ainsi que leur accès aisé aux soins modernes de santé sont entretenus par les arrangements institutionnels existants entre l'Etat « santé au sens strict » et l'Etat « autres secteurs sociaux », l'Etat acteur, le marché, les réseaux. Elles profitent de complémentarités institutionnelles fortes en place du fait de conditions structurelles de vie et socio-politiques favorables.

Figure n°20 : Faibles complémentarités institutionnelles performantes pour le système dans son ensemble



Source : Auteure

En dépit de toutes les interventions et leurs efforts respectifs, les MCG intervenant dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire semblent très distants des femmes/ populations vulnérables et peu aisées qui sont les plus nombreuses. Pourtant, la majorité des MCG revendiquent une amélioration de la santé maternelle en Côte d'Ivoire et une focalisation sur les personnes vulnérables et de zones rurales ou éloignées.

Parallèlement, les conditions structurelles en faveur des femmes/ populations déjà aisées socialement leur facilite la mise en place de complémentarités institutionnelles dominantes entre les MCG qui semblent plus proches d'elles.

Au total, ces dysfonctionnements institutionnels, notamment les faibles connexions entre les institutions de plusieurs secteurs dont celui de la santé sont en lien avec la faible prise en compte des déterminants socio-économiques de la santé maternelle (DSESM) et plus généralement des DSSM. Ces faibles arrangements institutionnels à l'intérieur du secteur de la santé et entre le secteur de la santé et bien d'autres secteurs qui influencent la santé des individus in fine existent au détriment des femmes vulnérables et contribuent ainsi à réduire la performance globale du système en Côte d'Ivoire et à entretenir la pauvreté.

CONCLUSION GENERALE

Dans cette conclusion, nous proposons un rappel des enseignements essentiels de chaque chapitre (section 1), les limites de notre recherche (section 2) ainsi que les perspectives de notre thèse (section 3).

1. Principaux enseignements de chaque chapitre

Pour rappel, l'objectif de cette thèse était de faire une analyse de la santé maternelle et de ses déterminants sociaux dans les pays d'Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire. L'atteinte de cet objectif a été facilitée grâce au développement de 9 chapitres. Ces chapitres ont progressivement conduit à la fois, à examiner les hypothèses posées dans l'introduction et à répondre aux questions de recherche qui leur sont respectivement liées. Ils ont permis d'enregistrer **4 contributions de notre thèse** à la recherche.

Le **chapitre 1** intitulé : « *Les insuffisances des approches néoclassiques pour appréhender les déterminants de l'utilisation des services de santé dans les pays en développement* » a effectué une remise en cause des travaux en économie standard. Il avait pour objectif de déconstruire l'hypothèse de rationalité substantive et la focalisation des études sur des modèles techniques quantitatifs dans l'explication des comportements de soins dans les pays en développement (PED). L'économie est une science sociale. Elle doit ainsi outrepasser ces considérations tout en analysant davantage la personne humaine, dans sa société d'appartenance et son environnement contextuel qui peuvent varier d'un espace à un autre. Il nous a paru pertinent d'explorer ce sujet afin de justifier davantage l'incomplétude d'une analyse standard et ses limites pour questionner des facteurs plus ou moins indirects, plus ou moins distants qu'il nous a semblé importants à considérer.

Le **chapitre 2** intitulé : « *Fondements d'une approche alternative pour appréhender l'utilisation des services de santé maternelle en Côte d'Ivoire* » a entrepris une revue de littérature des déterminants de l'accès aux soins de santé et de la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Il avait pour but d'illustrer le manque d'approche systémique dans la plupart des études précédentes, toutes disciplines confondues. Ces études se sont finalement référées à l'approche globale de l'explication des comportements de soins et se sont souvent focalisées sur l'accès aux soins. Le manque d'approche systémique que nous avons perçu dans cette approche globale a conduit à la

proposition d'un autre angle d'analyse ancré dans une perspective institutionnaliste. Tout en nous inscrivant dans une économie politique appliquée au développement et à la santé (Boidin 2018b; Batifoulier et Domin 2015), nous avons justifié l'intérêt de l'économie institutionnaliste pour une analyse plus systémique et qualitative de la mauvaise santé maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne. Cette approche a permis de : (i) prendre conscience de l'existence des institutions dans tout système ; (ii) comprendre qu'elles entretiennent des liens entre elles et orientent les comportements des individus ; (iii) comprendre leur poids dans les enjeux socio-politiques, particulièrement dans les pays pauvres.

Le **chapitre 3** intitulé : « *Une approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire* » a abordé une approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé maternelle en empruntant et adaptant le modèle de Levesque et *al.* (2013) au cas de la Côte d'Ivoire. Ceci est **une première contribution de notre thèse** à la littérature existante sur l'accès aux soins de santé maternelle. Nous considérons l'accès aux soins⁴⁰² comme un canal essentiel mais pas unique d'accès à une bonne santé maternelle et infantile. Ce chapitre a ainsi permis de confirmer que l'accès est une opportunité liée à des dimensions qui se mettent en place ou pas, en fonction de certaines conditions structurelles. Il a éclairé sur le fait que certaines dimensions du processus d'accès sont plus difficiles à atteindre pour une majorité de femmes en Côte d'Ivoire vivant dans la précarité et subissant des inégalités sociales qui sont largement structurelles. Ces dimensions sont l'utilisation des services de santé et l'obtention de la satisfaction du besoin de services. Toutefois, le cadre d'analyse emprunté ne fournit pas encore une réponse claire sur les causes en amont qui façonnent un environnement spécifique pour certaines femmes tandis que d'autres se trouvent dans une situation plus favorable. Ce qui nous a conduit à interroger l'approche des déterminants sociaux de la santé (DSS) dans le chapitre suivant.

Le **chapitre 4** intitulé : « *Elargissement de l'approche des déterminants de la santé à des déterminants extérieurs à l'accès aux soins de santé et au secteur de la santé* » a permis de dépasser l'accès aux soins de santé (maternelle) qui a pendant longtemps été au cœur des études. Ce chapitre a permis de présenter l'approche des déterminants sociaux de la santé (DSS) et leurs enjeux dans la réduction des inégalités sociales de santé (ISS). Il a également permis d'identifier

⁴⁰² L'accès aux soins et services modernes de santé maternelle dont les essentiels sont des consultations prénatales (CPN) régulières (y compris les bilans prénataux et échographies), des consultations postnatales (CPoN) et un accouchement dans les meilleures conditions possibles.

les déterminants sociaux de la santé maternelle (DSSM) en Côte d'Ivoire à partir d'une connexion entre le modèle « arc-en-ciel » de Dahlgren et Whitehead (1991) et des dimensions du cadre adapté de Levesque et *al.* (2013), pour chaque catégorie de déterminants. Ceci est **une seconde contribution de notre thèse** à la recherche et à la littérature existante sur les DSS. Cette analyse des DSSM en Côte d'Ivoire a été rendue possible en mobilisant des données secondaires (ENV, 2015 ; World Bank Group, 2022 ; EIPSS, 2021) et primaires issues de nos enquêtes qualitatives (E1) et (E2).

Cette démarche a permis de comprendre qu'en Côte d'Ivoire, une bonne partie des femmes est privée : (i) d'un accès aisé aux services modernes de santé maternelle et aux services sociaux ; (ii) d'un cadre de vie décent et sain ; (iii) d'un emploi décent et rémunéré, (iv) d'un accès aisé au transport devant leur faciliter les connexions (déplacements) ; (v) d'un accès aisé aux infrastructures de base (eau et assainissement, électricité) tant dans leurs environnements respectifs que dans les établissements sanitaires de proximité qui sont souvent éloignés et difficiles d'accès ; (vi) d'un accès à une alimentation saine et équilibrée ; (vii) d'un accès aisé à l'éducation et à la bonne information en temps réel, ainsi qu'aux médias et outils d'information et de communication.

A l'image de la plupart des études ayant porté sur les DSS, ce chapitre s'est limité à la 3^{ème} strate du modèle « arc-en-ciel » de Dahlgren et Whitehead (1991), dans les analyses. Nous y avons assumé que des conditions très vastes telles que la gouvernance publique, l'environnement, les institutions et les connexions qui en découlent se trouveraient au niveau de la 4^{ème} strate. Ces conditions nécessitent également d'être interrogées, si l'on veut véritablement opérationnaliser la prise en compte des DSS dans les politiques de santé et les politiques publiques d'une façon générale. D'où la nécessité d'un cadre d'analyse institutionnaliste.

Le **chapitre 5** intitulé : « *Intérêt d'une analyse en termes de complémentarités institutionnelles et jalons théoriques* » a permis de présenter le concept des complémentarités institutionnelles (CI) selon différentes perspectives. Nous y élaboré une présentation synoptique des institutions et des CI ainsi qu'une revue critique de littérature limitée aux travaux d'intérêt pour notre thèse (Aoki, 2001 ; Boyer, 2006 ; Amable, 2005 ; Amable et Palombarini, 2009) sur le concept et le cadre des complémentarités institutionnelles. Cette revue critique a davantage conforté le positionnement de notre démarche dans un cadre régulationniste pour une analyse de

la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Le chapitre 5 a mis en évidence une diversité de conceptions des CI selon Aoki (2001), Boyer (2007), Amable et Palombarini (2009).

Toutefois, il a permis de comprendre qu'en dépit du fait qu'Aoki est le concepteur initial des CI, nous ne pouvions pas mobiliser son cadre d'analyse fondé sur la théorie des jeux et ses hypothèses (optimum de Pareto, de 1^{er} rang, de second rang) pour la suite. Ce chapitre a également permis de retenir que dans le système de santé, à l'instar de tout autre système, **deux institutions sont complémentaires si leur conjugaison améliore les résultats de santé, comparativement aux résultats qui seraient obtenus, si l'on se focalisait seulement sur l'une des deux institutions**. Enfin, il a permis de comprendre le rôle important joué par l'Etat ou le pouvoir politique dans la création et la régulation des institutions, conduisant ainsi à entretenir des rapports de pouvoir spécifiques entre ceux qui bénéficient du système et ceux qui n'en bénéficient pas.

Le **chapitre 6** intitulé : « *Nos choix en termes de complémentarités institutionnelles pour une application à la santé maternelle en Côte d'Ivoire* » a approfondi la précision de nos choix en termes de complémentarités institutionnelles (CI). Nous avons choisi la mobilisation du cadre de Boyer (2007) complétée par une approche néoréaliste (Amable et Palombarini, 2009). D'une part, ce chapitre a permis de saisir le secteur de la santé comme un domaine d'analyse des institutions et des liens de complémentarités entre elles. D'autre part, il a permis de clarifier notre conception des institutions ainsi que notre approche spécifique des CI pour une analyse de la santé maternelle en Côte d'Ivoire.

Nous avons ainsi retenu une conception des institutions en termes de : (i) mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) selon Boyer (2007) ; (ii) règles et (iii) acteurs du jeu⁴⁰³. Enfin, ce chapitre a permis de faire une distinction entre la recherche de **complémentarités institutionnelles performantes (CIP)** indispensables à un objectif d'équité et l'existence possible de **complémentarités institutionnelles au profit des dominants (CID)**. Cette approche hybride des CI ainsi que la distinction entre CIP et CID qui en découle constituent **une troisième contribution de notre thèse** à la recherche existante.

⁴⁰³ Le jeu ici est considéré comme un scénario dont font montre les interactions entre les différentes institutions d'un système donné.

Le **chapitre 7** intitulé : « *Panorama des interactions dynamiques du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire* » a permis d'étudier et mettre en évidence l'existence d'importantes failles dans le système de santé (maternelle) en Côte d'Ivoire. La mobilisation du cadre des dynamiques du système de santé d'Olmen et *al.* (2012) a permis une étude de ces failles entre des institutions internes (INSTINT) et externes (INSTEX) au système de santé en Côte d'Ivoire. A partir d'une hiérarchisation des 10 dimensions dudit cadre, nous avons pu classifier ces failles en deux catégories : des **failles structurantes ou fondamentales** et des **failles résultantes** considérées comme des conséquences des premières.

Les failles structurantes et fondamentales dans le système de santé au sens large en Côte d'Ivoire sont entre autres : (i) une faible prise en compte du contexte et des valeurs locales dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de santé et autres politiques publiques ; (ii) un faible leadership et une mauvaise gouvernance par l'Etat ; (iii) une faible implication de secteurs sociaux influençant indirectement la santé des individus ; (iv) un financement de la santé de la population principalement à sa charge surtout en ce qui concerne les plus pauvres.

Les mauvais résultats de santé maternelle ainsi que les insuffisances dans le système de santé maternelle sont les résultantes de ces failles fondamentales. Ce chapitre a également confirmé l'existence d'hypothèses de faibles liens de CIP, surtout entre divers mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance (MCG) et parfois de fortes CID, notamment entre l'Etat et le marché.

Le **chapitre 8** intitulé : « *Les mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance de la santé maternelle en Côte d'Ivoire pour une application de notre cadre d'analyse des complémentarités institutionnelles* » a permis d'identifier des équivalents des 6 MCG de Boyer (2007) dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire, de les étendre et de construire notre typologie de complémentarités institutionnelles (CI). Cette construction a été faite sur la base des hypothèses de CI issues du chapitre 7 et d'autres chapitres en amont et à partir du cadre des MCG de Boyer (2007). Les MCG considérés pour notre analyse du système de santé maternelle en Côte d'Ivoire sont : le marché, les communautés, les associations, les réseaux, les hiérarchies privées (PTF), l'Etat décideur, l'Etat acteur, l'Etat « santé au sens strict » et l'Etat « autres secteurs sociaux ». Dans la dernière catégorie nous pouvons avoir l'Etat décideur /acteur « santé au sens strict » et l'Etat décideur/acteur « autres secteurs sociaux ».

Nos catégories de CI sont ainsi propices à une véritable analyse des DSS. La grille et la typologie des CI que nous avons proposées constituent la **quatrième contribution de notre thèse**. Elles peuvent faire l'objet d'analyses pour n'importe quel système de santé dans les pays d'Afrique et dans les pays pauvres.

Le chapitre 9 intitulé : « *Présentation de quelques principaux résultats de complémentarités institutionnelles dans le système de santé maternelle en Côte d'Ivoire* » a présenté nos résultats en termes de faibles complémentarités institutionnelles performantes (CIP) et de complémentarités institutionnelles dominantes (CID), à partir de la démarche et de la typologie décrites dans le chapitre 8.

Les mauvais résultats de santé maternelle en Côte d'Ivoire peuvent s'expliquer par : (i) de faibles CIP entre Etat d'une part et les communauté/réseaux/associations d'autre part ; (ii) de faibles CIP entre Etat décideur et Etat acteur ; (iii) de faibles CIP entre Etat et PTF ; (iv) de fortes CID entre Etat et marché ; (v) de fortes CID entre marché et communautés. Et ce, au détriment des populations et femmes déjà vulnérables, si bien que ces dernières demeurent dans des conditions favorisant des reproductions sociales identiques.

Les analyses dans ce chapitre 9 confirment des enseignements ainsi que des hypothèses examinés dans les chapitres précédents, notamment : (i) la négligence des valeurs et principes des destinataires des politiques de santé à savoir la population, les femmes enceintes et accouchées ainsi que leurs communautés d'appartenance ; (ii) une paupérisation de la population, première contributrice au financement de sa santé en Côte d'Ivoire ; (iii) une distribution inégale des dépenses de santé en Côte d'Ivoire constituant des dépenses catastrophiques pour les plus femmes les plus pauvres ; (iv) des inégalités sociales de santé (ISS) maternelle entre femmes peu aisées et aisées dans l'accès aux services de santé modernes et aux services sociaux, dans les conditions de vie, de logement et d'emploi ; (v) un manque de coordination au sein même de l'Etat entre l'Etat décideur et l'Etat acteur et entre l'« Etat santé au sens strict » et l'« Etat autres secteurs sociaux » ayant des effets pervers sur la santé des populations ; (vi) un secteur privé, notamment les grands établissements sanitaires, mieux apprécié par la majeure partie de la population pour la qualité de ses services bien qu'inaccessible aux plus pauvres; (vii) un manque de coordination entre le secteur public et le secteur privé de la santé faiblement réglementé par l'Etat pour réduire les inégalités d'accès; (viii) une certaine dépendance du pays vis-à-vis du financement des partenaires au

développement (PTF) essentiellement axés sur des programmes verticaux parfois en déconnexion avec les priorités locales ; (ix) un manque de coordination entre l'Etat, les PTF (hiérarchies privées), les OSC (associations), les ASC (communautés) au détriment des populations les plus vulnérables ; (x) une faible coordination entre les différents acteurs intervenant pour le bien-être des femmes enceinte et accouchées (OSC, ASC, Etat acteur); (xi) un manque de confiance des populations envers l'Etat acteur voire l'Etat décideur, etc.

Tout ceci engendre comme résultats une mauvaise santé des femmes et des taux continuellement élevés de décès maternels évitables en Côte d'Ivoire.

Une approche multisectorielle en termes de complémentarités institutionnelles est donc pertinente pour traiter les dimensions interdépendantes de la santé en particulier et des questions de pauvreté/ développement, d'une manière générale, en Côte d'Ivoire.

2. Les limites de notre thèse

Au-delà de l'intérêt et de la valeur ajoutée de ce travail dans la recherche, nous en percevons quelques limites : des limites théoriques (2.1) et des limites empiriques (2.2).

2.1 Limites théoriques de cette thèse

La découverte de l'économie institutionnaliste a été réellement engagée pendant la seconde année de la thèse après une revue de la littérature sur les DSS. Cette aventure a débouché, au cours de la troisième année et à la suite de l'enquête 1 (E1) sur l'hypothèse d'un manque de complémentarités institutionnelles dans le système de santé ivoirien (au sens large). Durant cette exploration, nous avons également voulu saisir l'opportunité de cadres et grilles que nous avons jugés intéressants pour nos analyses.

Nous avons, à plusieurs moments, fait face à une complexité d'articuler les différents cadres et approches empruntés progressivement. Outre la difficulté de faire le lien entre le cadre adapté de Levesque et *al.* (2013) et le modèle de Dahlgren et Whitehead (1991) pour une analyse des DSSM en Côte d'Ivoire, l'exercice le plus difficile a été celui d'une connexion entre le cadre des complémentarités institutionnelles (CI) de Boyer (2007) et celui d'Olmen et *al.* (2012) pour

construire un cadre d'analyse aussi exhaustif que possible et permettant une analyse de nos données d'entretien, à partir du cadre des CI.

Par ailleurs, le cadre des CI a souvent été utilisé par d'autres auteurs à une échelle macroéconomique, tandis que nous avons choisi de l'utiliser à une échelle méso dans un contexte aussi particulier que celui des pays subsahariens marqués par une multiplicité d'acteurs y compris au niveau international intervenant dans le domaine de la santé. Toutefois, nous avons réussi à construire et appliquer un cadre intéressant à l'analyse du système de santé au sens large.

Enfin, nous souhaitons mettre l'accent sur des nuances considérées par Boyer (2007) dans la perception des liens de complémentarités institutionnelles (CI). Boyer (2007) alerte à propos d'un risque de confusion entre la complémentarité institutionnelle (CI) et d'autres concepts apparemment similaires mais différents en réalité. Il s'agit des concepts de « super modularité » et de « compatibilité ». Une définition rapide de ces concepts nous aiderait à mieux en percevoir les nuances.

On dit que deux éléments E et E' sont « super modulaires » lorsque la performance R de la conjonction des deux éléments E et E' est supérieure à la performance de n'importe quelle autre combinaison de ces éléments, c'est-à-dire si $R(E, E') > R(E, A)$ pour tout $A \neq E'$ et si $R(E, E') > R(E', B)$ pour tout $B \neq E$ (Boyer 2007). Nous convenons avec Boyer que la « super modularité » est difficile à diagnostiquer. Son diagnostic ne peut se faire par observation directe car elle nécessite la construction d'un modèle formel engendrant une série de mondes fictifs (Boyer 2007).

La seconde nuance beaucoup plus délicate concerne celle à faire entre la complémentarité et le concept de compatibilité. Deux éléments E et E' sont compatibles s'ils peuvent être conjointement observés dans des économies et sociétés existantes ; c'est-à-dire il existe une économie donnée telle que la jonction de E et E' est différente de l'ensemble vide (Boyer 2007)⁴⁰⁴. Est-ce à dire que la compatibilité est une étape séquentielle vers la complémentarité ? Est-ce qu'il peut exister une complémentarité entre deux institutions qui ne sont pas compatibles ? Est-ce que

⁴⁰⁴ Boyer (2007) reprend un exemple de Martin Höpner (2003) investiguant les liens entre le système dual du conseil d'administration allemand et la codétermination des employés. Il relate que les tenants d'un grand courant de la « Varieties Of Capitalism » qualifieraient ces institutions de complémentaires - ayant observé de bonnes « performances » de l'économie allemande jusqu'au début des années 1990 – alors que l'observation ne fait que dire qu'elles sont compatibles.

deux institutions complémentaires peuvent ne pas être compatibles ? Ou encore est-ce que deux institutions complémentaires sont nécessairement compatibles ? Ce sont autant de questions que nous nous posons au regard de cette nuance à faire.

Toutefois, nous considérons que la construction du cadre rigoureux et de la typologie des CI que nous avons effectués ainsi que les analyses à l'aide de données de notre terrain nous ont permis de dépasser ces dernières limites.

2.2 Limites empiriques

Nous pouvons noter trois niveaux de limites empiriques.

Le premier niveau est lié à l'insuffisance d'analyse quantitative entreprise dans notre approche mixte. Nous aurions souhaité engager des analyses quantitatives supplémentaires, en termes d'analyses de tendances voire de régressions économétriques à partir des bases de données récentes analysées (EIPSS, 2021, etc.), dans le cadre de cette thèse. Faute de temps, le volet quantitatif de notre approche mixte dans cette thèse s'est limité à deux aspects. D'une part, nous avons entrepris une revue des bases de données classiques existantes (récentes) afin d'évaluer la possibilité d'en tirer une analyse institutionnaliste. D'autre part, nous avons effectué une revue de littérature critique sur les déterminants de l'accès aux soins de santé y compris maternelle dans les pays d'Afrique subsaharienne et plus particulièrement en Côte d'Ivoire. Ces revues ont tout de même mis en lumière les limites de ces bases et études précédentes pour interroger des causes plus profondes et structurelles parmi lesquelles les arrangements institutionnels en place dans le système.

Le second niveau est lié à la méthodologie d'exploitation de notre terrain. Nous aurions souhaité utiliser un logiciel visant à effectuer de l'analyse lexicométrique de nos données de terrain. Toutefois, l'intensité du travail théorique ainsi que des événements malheureux ont limité le temps que nous aurions pu consacrer à la découverte de nouveaux logiciels d'exploitation des données de terrain. De même, nous n'avons pas pu creuser en profondeur les trajectoires spatiales des femmes enquêtées, faute également de temps et du fait de la complexité de notre cadre d'analyse théorique.

Le troisième niveau est lié à la triangulation des données que nous aurions voulu entreprendre en comparant les différentes sources de données quantitatives et qualitatives, afin d'en identifier les convergences et les divergences.

Toutefois, étant donné le matériau riche que nous avons pu mobiliser lors de nos enquêtes qualitatives et que nous pourrions actualiser incessamment, nous espérons entreprendre d'autres études qui permettront de combler ces limites sus-mentionnées et d'aller plus loin dans nos analyses.

3. Quelles perspectives de recherches ?

Nous souhaitons orienter nos recherches futures autour de deux axes qui sont : l'activation de liens de complémentarités institutionnelles performantes (CIP) pour le système de santé au sens large des pays pauvres à travers une opérationnalisation des déterminants sociaux de la santé (DSS) (3.1) et l'appropriation des normes techniques sanitaires profitables aux populations par les populations (3.2).

3.1 Quels catalyseurs pour un passage des déterminants sociaux de la santé aux complémentarités institutionnelles performantes pour les systèmes de santé des pays subsahariens ?

Construire le « puzzle institutionnel du système sanitaire considéré au sens large » en Côte d'Ivoire pour une amélioration de la santé maternelle et une réduction des inégalités sociales de santé (maternelle) passe par plusieurs engagements, principalement des gouvernants et d'acteurs internationaux.

Le diagnostic de faibles complémentarités institutionnelles (CI) dans le système de santé en Côte d'Ivoire que l'économie institutionnelle permet de poser conduit aux questions suivantes : (i) Peut-on évaluer le niveau de complémentarités entre deux institutions ? (ii) Si oui, comment identifier le niveau de CI à rechercher pour atteindre une performance correcte pour tout système?

Nous soutenons que la prise en compte des DSS, en facilitant l'application de la stratégie de « health in all policies », constitue une étape primordiale dans la construction de liens de complémentarités institutionnelles performantes (CIP) pour les systèmes de santé des pays d'Afrique subsaharienne. La nécessité d'approches intersectorielles est une question d'actualité au menu des initiatives internationales telles que le ODD (Boidin, 2022). Leur mise en œuvre

permettra d'intervenir concrètement sur les véritables causes des problèmes de santé dans les pays d'Afrique, essentiellement en Côte d'Ivoire.

L'une des questions essentielles reste le dépassement de l'hypothèse d'inégalités des revenus comme facteur explicatif prédominant des inégalités sociales de santé (ISS) (Eckersley, 2015). Comment dépasser la persistance de cette hypothèse dans les tentatives d'élaboration des stratégies pour opérationnaliser les DSS ?

L'existence de complémentarités institutionnelles dominantes (CID) au profit de femmes aisées peut effectivement conduire à croire qu'il faut redistribuer les richesses de façon équitable. A priori, nous partageons peu cette idée qui pourrait fournir des résultats peu soutenables. Nous soutenons plutôt que des changements beaucoup plus structurels doivent se faire. De toute évidence, les résultats escomptés ne se verront pas dans le court terme. Nous soutenons la nécessité de créer un environnement aux populations et aux femmes qui soit propice à un accès équitable aux mêmes DSS pour tous. Autrement dit, faire en sorte que tous les individus puissent avoir la même chance d'accès à l'éducation, à un emploi décent, encadré et rémunéré, à de l'eau potable, à l'électricité, à l'information, aux services de santé et sociaux, à un cadre de vie décent, qui puissent favoriser l'activation d'un réseau favorable et d'un cercle vertueux à leur bien-être. Par exemple, manger et boire potable, respirer un air sain permettent de tomber moins malade, de recourir moins aux services de santé et d'être plus productifs. Passer moins de temps à des corvées ménagères peut permettre aux femmes enceintes et accouchées de dégager plus de temps à consacrer à leurs CPN, CPoN ou à des formations.

L'activation de ce type de cercles vertueux pourra se faire dans une coordination avec le secteur sanitaire privé. En effet, une coordination entre l'Etat et le secteur sanitaire privé pourrait contribuer à faciliter l'accès de populations pauvres à des services de meilleure qualité en Côte d'Ivoire.

Comment matérialiser la mise en œuvre d'approches intersectorielles au niveau de la communauté internationale ? Le financement de la santé dans les pays pauvres se présente comme une piste prometteuse. Dans le chapitre 7, plutôt que de considérer cette dimension comme une résultante des dimensions structurantes, nous avons considéré le financement de la santé comme une dimension fondamentale et structurante.

La communauté internationale, dans son aide aux pays pauvres à travers des prêts et dons à la santé y contribuera considérablement, en réorientant ces prêts et dons vers la mise en œuvre d’approches intersectorielles. Cette démarche passe sans doute par un diagnostic des besoins des populations en termes de DSS. Un tel diagnostic doit être contextuel et nécessite une invitation des acteurs des autres secteurs sociaux (relatifs aux DSS) à la formulation de politiques de santé et sociales.

Une opérationnalisation des liens de CI entre MCG Etat (santé au sens strict) – Etat (autres secteurs sociaux) nécessite une coordination régulière entre le secteur de la santé et ces autres secteurs qui l’influencent, y compris celui de l’économie et des finances de ces pays. C’est en ce sens que Boyer (2015) présente l’intérêt d’analyser les complémentarités entre les domaines que sont la santé, l’éducation et la culture. Toute politique de développement doit avoir une base fondée sur l’analyse de telles complémentarités.

Nous proposons d’aller au-delà des trois secteurs proposés dans ce modèle anthropogénétique (Boyer, 2015). Une invitation formelle des acteurs importants de secteurs d’intérêt pour la santé identifiés pourra faciliter leur compréhension et la prise en compte des différents enjeux dans leurs plans de travail respectifs. Considérons l’explication des décès maternels par le modèle des 3 retards (Geleto et *al.*, 2018). Le second type de retard serait relatif à l’accès aux établissements sanitaires du fait de routes mal conçues. Il s’agira par exemple d’inviter le secteur du transport à la table des échanges portant sur la santé maternelle. Les autres secteurs indirectement liés aux deux autres retards devront également être associés, afin d’examiner ensemble comment ces secteurs peuvent accompagner au mieux les politiques de santé maternelle à intervenir sur ces différents retards. Il s’agit d’une piste de recherche à creuser davantage.

Améliorer la perception de la santé maternelle et du bien-fondé d’un suivi prénatal et postnatal passe certainement par l’éducation des femmes et des communautés. Les campagnes de sensibilisations pour le changement social de comportement seules se sont avérées inefficaces. En dépit de quelques efforts ces dernières années, en particulier pour améliorer l’autonomisation des femmes, leur niveau d’alphabétisation et d’éducation scolaire et à la santé reproductive, ils restent insuffisants. Pourtant, c’est l’un des objectifs les plus importants dans la réduction des inégalités

et l'émergence d'un changement social souhaité. Si rien n'est fait, les arrangements institutionnels en place contribueront à garder les plus vulnérables dans les mêmes dispositions.

Pour une amélioration de la coordination intersectorielle entre santé et éducation par exemple, l'Etat pourrait définir des stratégies de : (i) scolarisation massive et de maintien des filles à l'école ; (ii) de formation en santé reproductive et bien d'autres domaines visant à renforcer le capital humain et l'autonomisation des filles et femmes déscolarisées ; (iii) d'implication effective des hommes et des leaders religieux/ communautaires dans les processus en place. Une telle démarche, dans la collaboration avec tous les secteurs concernés faciliterait la transition vers un dividende démographique de qualité.

Par ailleurs, il y aurait une faible présence d'acteurs politiques légitimés, critiquant les systèmes en place et favorisant ainsi une certaine inertie des groupes dominants. A l'instar du cercle vicieux de la pauvreté, il en résulterait à terme un faible **dividende démographique**⁴⁰⁵, et donc une mince opportunité d'impacter positivement les reproductions sociales. Non seulement la pauvreté et de faibles ou inexistantes CIP se perpétueront au détriment des populations pauvres, mais aussi la probabilité que des CID au profit des populations aisées et/ou éduquées soit perpétuée est également élevée.

Nous faisons donc l'hypothèse que **l'inexistence d'une classe moyenne forte**⁴⁰⁶ **entretient les dysfonctionnements et les CID dont souffrent les systèmes de santé des pays pauvres d'Afrique.** Ceci pourra également constituer une piste de recherche. En effet, l'existence d'un bloc social moyen suffisamment fort (éduqué, en bonne santé et occupant des emplois satisfaisants, etc.) est nécessaire. Ses efforts, négociations et actions pourront conduire à modifier progressivement et à terme l'environnement institutionnel et à renverser la tendance des mauvais indicateurs et des ISS. A défaut, les pays concernés par cette problématique continueraient de faire face à un « déséquilibre » politique fortement contesté par un bloc (celui majoritaire et pauvre) mais malheureusement incapable d'acquérir une force politique.

⁴⁰⁵ Le dividende démographique correspond à la croissance économique potentielle liée à la pyramide des âges d'une population, principalement lorsque la proportion de la population active (15-64 ans) est supérieure à celle des personnes n'étant pas ou plus en âge de travailler (14 ans et moins, 65 ans et plus) (population référence bureau, 2013 ou Banque mondiale plus récent).

⁴⁰⁶ Cette classe moyenne est considérée forte car aura par exemple profité des vertus des complémentarités entre éducation, culture, santé.

En somme, la possibilité d'un changement réside dans la capacité des Etats de pays pauvres d'Afrique subsaharienne à : (i) prendre en charge leurs populations pauvres ; (ii) leur offrir un meilleur environnement institutionnel favorable à une bonne santé et leur autonomisation ; (iii) mettre les conditions pour l'émergence d'une classe moyenne suffisamment forte. Cette classe serait le fruit d'une transition sociale et l'un des moyens de rendre réversible les situations de précarité prévalant dans ces pays d'Afrique subsaharienne.

3.2 Quels efforts pour une appropriation effective des normes techniques sanitaires importantes pour la santé des populations dans les pays pauvres ?

Certaines études (Löhnroth et *al.*, 2009 ; Boidin, 2018 ; 2022 ; Petitet, 2011) ont soutenu que l'approche verticale et cloisonnée des pratiques médicales et des politiques de santé entraîne des effets pervers en termes de mauvaise santé. On assiste souvent à une négligence des réalités locales et contextuelles des bénéficiaires au profit de certains mécanismes jugés efficaces (O. de Sardan, 2019). Dans les pays d'Afrique, cette approche verticale et cloisonnée est mise en place indépendamment des valeurs et réalités culturelles (médecine traditionnelle, mythe autour de la grossesse, pauvreté, manque d'éducation). Certaines institutions de type valeurs dominantes (règles informelles) dans une société peuvent être convergentes ou divergentes avec des institutions formelles importées. Une politique importée visant à promouvoir la santé maternelle peut être contrecarrée par des valeurs dominantes considérant par exemple que cela n'est pas prioritaire ou que c'est normal que la femme souffre.

Il est donc important de relever les contradictions entre institutions là où elles existent. Ainsi, **l'importation de modèles venant d'ailleurs dont l'institutionnalisation s'impose aux individus d'un espace récipiendaire ne produit pas toujours des effets vertueux. La négociation avec ces règles locales et sociales pourrait être une meilleure approche dans un processus de contextualisation des règles importées.** Il n'existe pas un modèle idéal d'institutions par domaine à partager ou implanter parce qu'il serait efficace dans un autre espace donné. Un modèle peut être efficace pour certains pays du fait d'une bonne CI du modèle avec et entre leurs architectures institutionnelles. Ce même modèle peut être moins efficace pour d'autres pays, simplement parce que ce modèle se connecte difficilement aux autres institutions de l'autre espace considéré.

Si l'on considère le domaine de la santé, ce qui précède implique que des politiques de santé, durant leur définition et leur application, doivent d'abord interroger le contexte dans lequel elles sont appliquées. Elles doivent également impliquer tous les acteurs directement et indirectement concernés, notamment les populations bénéficiaires et les porteurs des valeurs sociales dominantes (leaders religieux, coutumiers, etc.). Parallèlement, elles doivent interroger d'autres secteurs (éducation, environnement, transport, communication, etc.) de sorte que la conjugaison des efforts contribue à remédier de manière plus efficiente aux problèmes de santé auxquels ces politiques et programmes sont sensés répondre (HiAP).

Cela explique sans doute en partie pourquoi la mortalité maternelle persiste en Côte d'Ivoire, malgré les réformes de santé en place (politique de gratuité ciblée, CMU, etc.). Ces réformes de santé semblent manquer d'appropriation et d'une compréhension commune par les populations bénéficiaires, les personnels soignants ainsi que d'autres acteurs dont les secteurs influencent indirectement la santé maternelle. Par exemple, les verbatims dans les parties 1 et 2 montrent bien les effets pervers que produit la politique de gratuité ciblée (baisse de la confiance dans la relation patient-médecin, mauvaises conditions de travail des agents de santé, détérioration des établissements sanitaires, corruption, etc.) ou encore l'expérience de la mise en œuvre de la CMU. Ces échecs montrent des manques à considérer ou la remise cause des démarches de politiques publiques. Nous espérons pouvoir approfondir ces questions dans nos recherches futures.

Références bibliographiques

- Agence nationale de la recherche Automed. (2015). « Automédication choisie ou subie ». Actes des Rencontres Nord/Sud de l'automédication et de ses déterminants (2015) <https://automed.hypotheses.org/Cotonou2015>
- Aday, L. A. et Andersen R. M. (1974). « A Framework for the Study of Access to Medical Care. », *Health Services Research* ; 9(2): 208-20.
- Akin, J. S., Guilkey, D. K., & Hazel, E. (1995). « Quality of services and demand for health care in Nigeria: a multinomial probit estimation », *Social science & medicine*, 40(11), 1527-1537.
- Akin, J. S., Griffin, C. C., Guilkey, D. K., & Popkin, B. M. (1986). « The demand for primary health care services in the Bicol region of the Philippines », *Economic Development and Cultural Change*, 34(4), 755-782.
- Alma-Ata, U. R. S. S., (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata. URSS, 6-12.
- Amable, B. (2005). *Les cinq capitalismes. Diversité des systèmes économiques et sociaux dans la mondialisation*, Paris, Seuil.
- Amable, B., Palombarini, S. (2009). « A neorealist approach to institutional change and the diversity of capitalism », *Socio-economic review*, 7(1), 123-143.
- Andersen, R. M. (1995). « Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter? », *Journal of Health and Social Behavior*; 36(1): 1-10.
- Andersen, R. & Newman, J. (1972). « Societal and individual determinants of medical care utilization in Unites States», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, N 51, 95–124.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). « Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States», *Health and Society*, 51(1), 95–124. <https://doi.org/10.2307/3349613>.
- Aoki, M. (2006). *Fondements d'une analyse institutionnelle comparée*, Paris, Albin Michel.
- Aoki, M. (2001). *Toward a Comparative Institutional Analysis*. MIT Press, Cambridge.
- Azoh, J. (1996). *Rapports sociaux, reproduction bio-sociale et sante maternelle. Une étude comparée en Côte d'Ivoire*.
- Bacigalupe, A., Esnaola, S., Martín, U., Zuazagoitia, J. (2010). Learning lessons from past mistakes: how can Health in All Policies fulfil its promises?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(6), 504-505.

- Bambra, C. (2009). « Welfare State Regimes and the Political Economy of Health », *Humanity & Society*, 33(1–2), 99–117.
<https://doi.org/10.1177/016059760903300107>.
- Banque Mondiale. (2019). *Document de projet d'achat stratégique et d'harmonisation des financements et des compétences en sante (SPARK-SANTE)*. Côte d'Ivoire.
- Barber, R. M., Fullman, N., Sorensen, R. J., Bollyky, T., McKee, M., Nolte, E., Davey, G. (2017). « Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 », *The lancet*, 390(10091), 231-266.
- Batifoulier, P. (1992). « Le rôle des conventions dans le système de santé », *Sciences sociales et santé*. Vol.10, n°1, pp. 5-44.
- Batifoulier, P., & de Larquier, G. (2001). *De la convention et de ses usages*.
- Batifoulier, P. (2015). « Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé », *L'Homme et la Société*, (3), 79-103.
- Batifoulier, P., Domin, J. P., Gadreau, M. (2008). « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française 1 ». *Revue française de socio-économie*, (1), 027-046.
- Batifoulier, P., Chavance, B., Favereau, O., Jallais, S., Labrousse, A., Lamarche, T., Tinel, B. (2015). *What good are economists if they all say the same thing? Manifesto for pluralist economics*.
- Batifoulier P., Domin J.P. (2015). « Économie politique de la santé. Un exemple exemplaire », *Revue de la régulation*, 17, printemps, [en ligne] <http://regulation.revues.org/11361>.
- Batifoulier, P., Gadreau, M. (2006). *Comportement du médecin et politique économique de santé. Quelle rationalité pour quelle éthique?* (No. halshs-00111914).
- Baum, F. et Fisher, M. (2014). « Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities ». *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 213-225.
- Bégin, M. (2009). « Équité et déterminants sociaux de la santé: de l'urgence d'agir », *Global Health Promotion*, 16(3), 73-75.
- Bénie Bi Vroh, J., Tiembré, I., Zengbé-Acray, P., Gueu Doua, J., Dagnan, N., Tagliante-Saracino, J. (2009). « Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux

quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte d'Ivoire », *Santé Publique*, 21, 499-506. <https://doi.org/10.3917/spub.095.0499>.

- Beninguisse, G. (2003). *Entre tradition et modernité : fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Academia/Bruyant, Institut Démographique, UCL, Louvain-la-Neuve.
- Beninguisse, G. (2005). *L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique*.
- Berlan, D. & Shiffman, J. (2011). *Holding health providers in developing countries accountable to consumers: a synthesis of relevant scholarship*. Health Policy Plan. Available from: PM:21551121
- Bibeau, G. et Fortin, S. (2008). *Inégalités et souffrance sociale : une approche anthropologique* In: Les inégalités sociales de santé au Québec. Presses de l'Université de Montréal, Montréal, pp. 111-139.
- Boidin, B. (2008). « Comment retrouver la demande de santé dans les pays pauvres : Commentaire », *Sciences sociales et santé*, 26, 71-77. <https://doi.org/10.1684/sss.2008.0204>.
- (2014). *La santé, bien public mondial ou bien marchand ?* DOI: 10.4000/books.septentrion.5774.
- (2017), « Sustainable Development Goals: an opportunity for health in Africa? », *Global Health Promotion*, January 6. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975916677513>
- (2018). « Le pilotage sous influence des services de santé au Sud », *L'Économie Politique*, (4), 88-98.
- (2018). « Une couverture santé universelle sans politique intégrée de la santé est-elle possible en Afrique ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 1 (avril) : 85-105.
- (2020). *The social determinants of health in Africa from a political economy perspective: an exploratory contribution*.
- (2022). *ODD 3 et inégalités de santé : une réflexion en termes de complémentarités institutionnelles*.
- (2022). “Social determinants of health and institutional complementarities in Africa: a challenge for health policies and fighting pandemics”, *Développement Innovation Management et Savoir (DIMS)*, n°1/2022. <https://www.maghtech.org/dims/>

- Boidin, B., & Samira G. (2018). « Santé au Sud : entre solutions clé en main et dynamiques endogènes », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 36 (5): 255-59.
- Bolduc, D., Lacroix, G., Muller, C. (1996). « The choice of medical providers in rural Benin: a comparison of discrete choice models », *Journal of health economics*, 15(4), 477-498.
- Buttard, A., Gadreau, M. (2008). « D'une rationalité instrumentale à une rationalité interprétative de l'agent. L'hypothèse de rationalité en débat », LEG - Document de travail - Economie 2008-02, LEG, Laboratoire d'Economie et de Gestion, CNRS, Université de Bourgogne.
- Bouvier-Colle MH. (2003). « Maternal mortality in developing countries: statistical data and improvement in obstetrical care », *Medecine Tropicale : Revue du Corps de Sante Colonial* ; 63(4-5):358-365.
- Boyer, Robert. (2003). « Les institutions dans la théorie de la régulation ». *Cahiers d'économie Politique / Papers in Political Economy* n° 44 (1): 79-101.
- (2007). « Growth Strategies and Poverty Reduction: The Institutional Complementarity Hypothesis ». *PSE Working Papers*. HAL. <https://ideas.repec.org/p/hal/psewpa/halshs-00587703.html>.
- (2015). *Economie politique des capitalismes : Théorie de la régulation et des crises*. La Découverte. Paris.
- Braveman, P., Gruskin, S. (2003). “Poverty, equity, human rights and health”, *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, Vol.81 (7), pp. 539-545.
- Brouh, Y., Ndjeundo, P. G., Tetchi, Y. D., Amonkou, A. A., Pete, Y., Yapobi, Y. (2008). Eclampsia at a teaching hospital in Ivory Coast: management, outcome and prognostic factors. *Canadian Journal of Anesthesia*, 55, pp. 423-428.
- Brunet-Jailly, J. (1999). « Qu'attendre de la dynamique des systèmes de santé urbaine en Afrique de l'Ouest ? », *Santé en Capitale. La Dynamique des Systèmes de Santé des Capitales Ouest-Africaines*, CEDA, Abidjan.
- Camara, D. (2003). « Influence de la région de résidence de la femme sur la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement au Sénégal », Mémoire de DESSD, Université de Yaoundé II, IFORD.
- Charlotte, T. N., Aurore, N. D., Charlotte, B., Esther, B., Eugene, B. P. (2015). “Prenatal diagnosis of congenital malformations in Douala General Hospital”. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 5(15), 839.
- Chavance, B. (2012). *L'économie institutionnelle* (No. halshs-00945936).

- Carey, G., & Crammond, B. (2015). "Systems change for the social determinants of health". *BMC public health*, 15(1), pp. 1-10.
- Colson, A. C. (1971). "The differential use of medical resources in developing countries". *Journal of Health and Social Behavior*, pp. 226-237.
- Commission des Déterminants sociaux de la Santé (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé sur les déterminants socio de la santé.
- Couralet, D. (2016). *Les compétences psychosociales*, Corevih Aquitaine 15 novembre 2016, Bordeaux.
- Couralet, D. (2022). *Les jeux de langage de l'empowerment: Une analyse socio-historique de ses usages dans le champ de la santé*. Thèse de doctorat, Université de Bordeaux.
- Dagnan, N. C. S., Traoré, Y., Diaby, B., Coulibaly, D., Ekra, K. D., Zengbe-Acray, P. (2013). « Apport de l'échographie dans la surveillance de la grossesse dans un établissement sanitaire de premier contact à Yopougon en Côte d'Ivoire ». *Santé publique*, (1), pp. 95-100.
- Dahlgren, G. Whitehead M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Daniels, N. (1982). "Equity of Access to health care: some conceptual and ethical issues". *Milbank Mem Fund Q*, 60, pp. 51-81.
- Daniels, N. (2001). *Justice, health, and healthcare*. *Am J Bioeth*, 1, pp. 2-16.
- Diop, F., Yazbeck, A., Bitran, R. (1995). "The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger". *Health policy and planning*, 10(3), pp. 223-240.
- Donabedian, A. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. The Milbank memorial fund quarterly, 44(3), pp. 166-206.
- Dutton D. (1986). "Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization". *Social Science & Medicine*, 23(7), pp. 721-35.
DOI: 10.1016/0277-9536(86)90121-8.
- Dye, C. (2008). "Health and urban living". *Science*, 319 (5864), pp. 766-769.
- Eckersley, R. (2015). "Beyond inequality: Acknowledging the complexity of social determinants of health". *Social Science & Medicine*, 147, pp. 121-125.
- Ellis, R. P., McInnes, D. K., Stephenson, E. H. (1994). "Inpatient and outpatient health care demand in Cairo, Egypt". *Health Economics*, 3(3), pp. 183-200.

- Ennals, R., Michael M. (2004). "Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy". *AI & Society* 21, pp. 231–233 (2007). <https://doi.org/10.1007/s00146-006-0037-6>.
- Eymard-Duvernay, F., Favereau, O., Salais, R., Thévenot, L. Orléan, A. (2006). « 1. Valeurs, coordination et rationalité : trois thèmes mis en relation par l'économie des conventions », Dans : François Eymard-Duvernay éd., *L'économie des conventions, méthodes et résultats: Tome 1. Débats*, Paris, La Découverte, pp. 23-44. <https://doi.org/10.3917/dec.eymar.2006.01.0023>.
- Fabrega, Jr, H. (1972). "The study of disease in relation to culture". *Behavioral Science*, 17(2), pp. 183-203.
- Fainzang, S. (2001). *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris, Presses Universitaires de France, Collection Ethnologie Controverses.
- Frenk, J., White, K.L; ed. (1992). *The concept and measurement of accessibility. Health services research: An anthology*. Washington, D.C, Pan American Health Organization. pp.842-855.
- Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A., Bernard, P. (Eds) 2008. « I. Appréhender les inégalités sociales de santé ». In *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Presses de l'Université de Montréal.
DOI :10.4000/books.pum.9984
- Favereau O. (1989). « Vers un calcul économique organisationnel 1 », *Revue d'économie politique*, 2, pp. 322-354.
- Franckel, A. (2004). *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal. Le cas des enfants fébriles à Niakhar*, Thèse de doctorat, Université de Nanterre-Paris X.
- Gadreau, M., Batifoulier P. (2005). *Éthique médicale et politique de santé*. Paris, Economica.
- Geleto, A., Chojenta, C., Musa, A., Loxton, D. (2018). "Barriers to access and utilization of emergency obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa: a systematic review of literature". *Systematic reviews*, 7(1), pp. 1-14.
- Gertler P. et Van Der Gaag J. (1988). "Measuring the willingness to pay for social services in developing countries", *LSMS* n°45.
- (1990), *The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from two Developing Countries*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

- Gertler, P., Locay, L., Sanderson, W. (1987). “Are user fees regressive?: The welfare implications of health care financing proposals in Peru”. *Journal of econometrics*, 36(1-2), pp. 67-88.
- Gilson, L., Palmer, N., & Schneider, H. (2005). “Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence”. *Social Science & Medicine*, 61, (7), pp. 1418-1429.
- Girard, P., Michel, S., Mercandalli, S., Losch, B. (2022). “The income-labour nexus as the dominant institutional form in rural sub-Saharan Africa. How youth transition helps to understand structural change”. *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, 32| 2022.
- Greif, Avner. (1994). “Cultural Beliefs and the Organization of Society: A Historical and Theoretical Reflection on Collectivist and Individualist Societies”, *Journal of Political Economy* 102 (5), pp. 912-950.
- Grossman, M. (1972a). “On The Concept of Health Capital and The Demand for Health”. *Journal of Political Economy*, Vol. 80, n°2, pp. 223-255.
- Groupe de la banque mondiale. (2022). *Côte d’Ivoire : Poverty Assessment Report*.
- Haddad, S. (1992). *Utilisation des services de santé en pays en développement, in institut d’analyse des systèmes biologiques et socio-économiques*. Université de Lyon Claude Bernard, Lyon.
- Haddad, S. (1994). « Utilisation des services de santé en pays en développement. Une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre ». in *Analyses et évaluations en économie de la santé*, coordinateur : DURU G., coll. Interdisciplinarité et Nouveaux Outils, ed. HERMES, pp. 227-252.
- Haddad, S. et Fournier P. (1995). « Quality, Cost and Utilization of Health Services in Developing Countries: A Longitudinal Study in Zaïre”. *Social Science and Medicine*, Vol. 40, n°6, pp.743-753.
- Haddad, S. & Mohindra, K. (2002). *Access, opportunities and communities: ingredients for health equity in the South*. Paper presented at the Public Health and International Justice Workshop. New York: Carnegie Council on Ethics and International Affairs.
- Harris, M. F., Harris, E., Roland, M. (2004). “Access to primary health care: three challenges to equity”. *Australian Journal of Primary Health*, 10(3), pp. 21-29.
- Helderman, J. K., Stiller, S. (2014). The importance of order and complements: a new way to understand the Dutch and German health insurance reforms. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 39(4), pp. 811-840.

- Heller P. S. (1982). "A model of the demand for medical and health services in Peninsular Malaysia". *Social Science and Medicin*, Vol. 16 pp. 267-284.
- Howie, J., Heaney, D., Maxwell, M., Walker, J., Freeman, G. (2000). "Developing a 'consultation quality index' (CQI) for use in general practice". *Family Practice*, 17, (6), pp. 455-461.
- Hugon, P. (2016). *Géopolitique de l'Afrique*. Armand Colin, Paris.
- Ilboudo, A. J., Savadogo, A., Samandoulougou, S., Abre, M., Seydi, M., Traore, A. (2016). « Qualite bactériologique des carcasses de viandes porcines et bovines produites à l'abattoir de Ouagadougou, Burkina Faso ». *Revue de Microbiologie Industrielle Sanitaire et Environnementale*, 10(1), pp. 33-55.
- Juillet A. (1999). « L'accessibilité aux soins à Bamako (Mali) », in Brunet-Jailly J. (Dir) *Santé en Capitales. La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, CEDA Abidjan GIDIS, 1999, pp. 153-170.
- Kalk, A. (2011). "The costs of performance-based financing". *World Health Organ*, 89, (5), 319.
- Kochou, S.H.A. & Rwenge, M.J.R. (2014). « Facteurs sociaux de la non-utilisation des services de soins prénatals ou de leur utilisation inadéquate en Côte d'Ivoire », *African Evaluation Journal* 2(1), Art. 79.
- Koné, G. (2012), *L'équité de l'accès aux soins dans un contexte de subvention des médicaments : Une analyse économétrique des déterminants du recours aux soins à Dakar*. Thèse d'économie, Université Cheikh A. DIOP, Dakar.
- Kone-Pefoyo, A. & Rivard, M. (2006). « Pauvreté et déterminants socioculturels de l'utilisation des services de santé maternelle en Côte d'Ivoire », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 54/6, pp. 485-495.
- Kroeger, A. (1983a). "Anthropological and socio-medical health care research in developing countries", *Social Science and Medicine Review*, VoU7, No.3, pp. 147-161.
- Kroeger A. (1983b). "Health interview surveys in developing countries : a review of methods and results". *International Journal of Epidemiology*, vol. 12, n°4, pp. 465-481.
- Laing, R., Hogerzeil, H., Ross-Degnan, D. (2001). "Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries". *Health Policy and Planning*, 16, (1), pp. 13-20.
- Lamarche, T., Grouiez, P., Nieddu, M., Chanteau, J. P., Labrousse, A., Michel, S., Vercueil, J. (2021). "Saisir les processus méso-Une approche régulationniste ». *Économie appliquée*, 2021, pp. 13-49.

- Lasker J.N. (1981). « Choosing Among Therapies : Illness Behavior in the Ivory Coast”. *Social science and Medecine*, n°15a, pp. 157-168.
- Lavy V. and Germain J.M. (1994). *Quality and Cost in Health Care Choice in Developing Countries. Living Standard Measurement Study*, Working Paper n° 105, The World Bank.
- Leppo, K., Eava, O., Sebastian P., Matthias W. Sarah C. (2013). *Health in all Policies*.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., Russell, G. (2013). “Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations”. *International journal for equity in health*, 12, pp. 1-9.
- Lönnroth, K., Jaramillo, E., Williams, B. G., Dye, C., Raviglione, M. (2009). “Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants”. *Social Science & Medicine*, 68(12), pp. 2240-2246.
- De Bernis, L. (2018). *Mise en place de mécanismes d'accréditation des écoles de sages-femmes en Côte d'Ivoire, au Mali et au Tchad*. *Sante Publique*, (HS), pp. 57-63.
- Marchal, B., Dedzo, M., Kegels, G. (2010). “A realist evaluation of the management of a well-performing regional hospital in Ghana”. *Bmc Health Services Research*, 10, 24.
- Margolis PA, Carey T, Lannon CM, Earp JL., Leininger L. (1995). “The rest of the access-to-care puzzle. Addressing structural and personal barriers to health care for socially disadvantaged children”. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 149(5):541-5.
- Marmot, M. (2015). *The health gap: the challenge of an unequal world*. *The Lancet*, 386(10011), pp. 2442-2444.
- Marmot, M. (2005). *Social determinants of health inequalities*. *The lancet*, 365(9464), pp. 1099-1104.
- Médecine d’Afrique Noire (1998). 1^{ère} Revue Médicale Internationale Panafricaine Francophone.
- Meessen B., Gilson L., Tibouti A. (2011). “User fee removal in low-income countries: sharing knowledge to support managed implementation”, *Health Policy and Planning*, Vol. 26, Nov. 2011, pp. ii1–ii4.
- Michielsen, J., Meulemans, H., Soors, W., Ndiaye, P., Devadasan, N., De, H.T., Verbist, G., Criel, B. (2010). « Social protection in health: the need for a transformative dimension”. *Tropical Medicine & International Health*.
- Mills, A. & Ranson, M. K. (2006). "The design of health systems," In. *International public health: diseases, programs, systems, and policies*, 2nd ed. M. H. Merson, R. E. Black, & A. Mills, eds., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, pp. 513-551.

- Ministère de la Santé et de la Prévention. Rapports (2021 ; 2022) de la direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques sur la Situation Financière des Organismes Complémentaires Assurant une Couverture Santé en France, 80p.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2016). Rapport de disponibilité et de capacité opérationnelle des services de santé (SARA), 175p.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2016). Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2015 en Côte d'Ivoire.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2018). Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2017 en Côte d'Ivoire, 414p.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2016). Plan National et de Développement Sanitaire, 88p.
- Ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle & Ministère du plan et du développement (2021). Rapport de l'enquête sur les indicateurs de prestation des services de santé en Côte d'Ivoire, EIPS-Santé-CI, 137p.
- Ministère du Plan et du Développement (2016). Rapport de l'enquête à indicateurs multiples de la situation des femmes et des enfants en Côte d'Ivoire, 91p.
- Ministère du Plan et du Développement & Ministère de la santé et de la lutte contre le sida (2013). Rapport de l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples en Côte d'Ivoire de 2011-2012, 589p.
- Ministère du Plan et du Développement (2015). *Rapport de l'enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire*, 442p.
- Mooney, G. H. (1983). "Equity in health care: confronting the confusion". *Effective health care*, 1(4), pp. 179-185.
- Musgrove, P. (1986). "Measurement of equity in health". *World Health Stat Q*; 39(4), pp. 325-335.
- Mwabu, G.M. (1986). « Health Care decisions at the household level: results of rural health survey in Kenya ». *Social Science and Medicine*, 22 (3), pp. 315-319.
- Navarro, V. (2009). "What we mean by social determinants of health". *International Journal of Health Services*, 39(3), pp. 423-441.
- Ndjitoyap Ndam, E. C. (2005). « Médecine traditionnelle et médecine moderne : ombres et lumières (Plaidoyer pour une anthropologie culturelle de la médecine en milieu africain aujourd'hui) ». *Acta endoscopica*, 35(2), pp. 219-226.

- Niang, M., Dupéré, S., Bédard, E. (2015). « Le non-recours aux soins prénatals au Burkina Faso ». *Santé publique*, 27(3), pp. 405-414.
- Nkoma, P. P. (2015). « Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun ». In *7ème Conférence sur la Population Africaine: "Dividende Démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Défis"*.
- North, Douglass Cécil. (1990). *Institutions, Institutionnal Change and Economic performance*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Observatoire des inégalités (2018). *Comment mesurer les inégalités de revenus au niveau mondial ?* <https://www.inegalites.fr/Comment-mesurer-les-inegalites-de-revenus-au-niveau-mondial>.
- O'Laughlin, B. (2016). "Pragmatism, structural reform and the politics of inequality in global public health". *Development and Change*, 47(4), pp. 686-711.
- Olivier de Sardan. (2019). *Industries du développement : les mésaventures des modèles voyageurs*. <https://aoc.media/analyse/2019/09/25/industrie-du-developpement-les-mesaventures-des-modeles-voyageurs/>.
- Olmen, J. V., Criel, B., Bhojani, U., Marchal, B., Van Belle, S., Chenge, M. F., Kegels, G. (2012). "The health system dynamics framework: the introduction of an analytical model for health system analysis and its application to two case-studies". *Health, Culture and Society*, 2(1), pp. 1-21.
- Organisation de coopération et de développement économiques (2013). *Panorama de la santé (2013)*, les indicateurs de l'OCDE, 214p.
- Organisation mondiale de la santé (2009). *Rapport sur la santé dans la région africaine*. Genève : Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé (2000). *Rapport sur la santé dans le monde, 2000 Pour un système de santé plus performant*. Genève : Organisation mondiale de la santé. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/fa4.pdf
- Organisation mondiale de la santé (2015). *Health in 2015: from MDGs to SDGs* ; https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/200009/9789241565110_eng.pdf?sequence=1
- Organisation mondiale de la santé (2018). *Bureau régional de l'Afrique. Espace budgétaire et efficience en Côte d'Ivoire : quelle marge de manœuvre ?* : <https://www.afro.who.int/fr/publications/espace-budgetaire-en-sante-et-efficience-en-cote-divoire-quelles-marges-de-manoeuvre>.

- Organisation mondiale de la santé (2022). *Bureau régional de l'Afrique. Des pénuries chroniques de personnel entravent les systèmes de santé en Afrique, d'après une étude de l'OMS.* <https://www.afro.who.int/fr/news/des-penuries-chroniques-de-personnel-entravent-les-systemes-de-sante-en-afrique-dapres-une>.
- Organisation mondiale de la santé (2016). *Bureau régional de l'Afrique. Les femmes enceintes doivent pouvoir bénéficier de soins adaptés au bon moment.*
- Orléan, A. (2004). *L'économie des conventions : définitions et résultats*, PUF Paris, pp. 9-48.
- Orléan, A. (dir.) (1994). *Analyse économique des conventions*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Penchansky, R., Thomas J. W., (1981). "The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction". *Medical care*, Vol.19, N°2, pp. 127-140.
- Peters, D. H., Rao, K. S., & Fryatt, R. (2003). "Lumping and splitting: the health policy agenda in India". *Health policy and planning*, 18(3), pp. 249-260.
- Petitot, P. H. (2011). *L'art des matrones revisité: naissances contemporaines en question*. Éd. Faustroll.
- Phillips, D.R. (1990). *Health and health care in the third world*. Longman Scientific and Technical. Longman house, Burnt Mill, Harlow, Essex.
- Polanyi, K. (1957). *The Economy as Instituted Process*, in. K. Polanyi, H.W. Pearson, C.M. Arensberg (dirs.), *Trade and Market in the Early Empires: Economies in History and Theory*, Glencoe, Ill., Free Press, 1957, pp. 243-269.
- Pruval, A. (1999). « Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque? », *Santé Publique*, 11/2, pp. 167-185.
- Ransom, E. I., Yinger, N. V. (2002). *Motherhood*.
- (2002). Making motherhood safer: overcoming obstacles on the pathway to care. Population Reference Bureau.
- Ravallion, M. (1996). "Issues in measuring and modelling poverty". *The Economic Journal*, 106(438), pp.1328-1343.
- Richard, F., Hercot, D., Ouédraogo, C., Delvaux, T., Samaké, S., van Olmen, J., Conombo, G., Hammonds, R. Vandemoortele, J. (2011). "Sub-Saharan Africa and the Health MDGs: the need to move beyond the 'quick win' model". *Reproductive Health Matters*, 19, (38), pp. 42-55.

- Ridde, V., Bonnet, E., Kadio, K., Louart, S., DeAllegri, M. (2019). « La démographie au secours de la couverture santé universelle : exemples en Afrique de l'Ouest ». *Alternatives Humanitaires*, 12 (novembre 2019), pp. 33-48.
- Rivière, P. (2006). « L'accès à la santé est de plus en plus inégal ». *Le Monde diplomatique*, pp. 45-46. https://www.monde-diplomatique.fr/publications/l_atlas_geopolitique/
- Rutstein, S. E., Golin, C. E., Wheeler, S. B., Kamwendo, D., Hosseinipour, M. C., Weinberger, M., Mataya, R. (2016). "On the front line of HIV virological monitoring: barriers and facilitators from a provider perspective in resource-limited settings". *AIDS care*, 28(1), pp. 1-10.
- Salkever, D. S. (1976). "Accessibility and the demand for preventive care". *Social Science & Medicine* (1967), 10(9-10), pp. 469-475.
- Samba, M., Attia-Konon, A. R., Sangaré, A. D., Youan, G. J., Kouadio, L. P., Bakayoko-Ly, R. (2020). "Factors associated with the use of maternal health services by mothers in a post-conflict area of western Côte d'Ivoire in 2016". *BMC health services research*, 20(1), pp. 1-8.
- Sauerborn R., Nougbara A., Latimer E. (1994). "The Elasticity of Demand for Health Care in Burkina Faso : Differences Across Age and Income Groups". *Health policy planning*, Vol. 9 N°2, pp. 185-192.
- Sghari, B.A., S. Hammami. (2016). « Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé », *Éthique & Santé*, Volume 13, Issue 4, pp. 185-194. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2016.05.003>.
- Shengelia, B. et al. (2003). *Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization, pp. 221-235.
- Shortell, S.M. (1984). « Factors associated with the use of health services ». In *Introduction to health services*, Williams Torrens, Eds., Second Edition.
- Sihto, M., Ollila, E., & Koivusalo, M. (2006). "Principles and challenges of Health in All Policies". *Health in All Policies, 1*.
- Simon, H. (1955). « A behavioral model of rational choice », *The Quarterly Journal of Economics*, 69(1), pp. 99-118.
- Simon, H. (1978). « On How to Decide What to Do », in H.A. Simon, *Models of Bounded Rationality*, vol. 2, Cambridge, The MIT Press.
- Simon, H. (1979), « Rational decision making in business organizations », *The American Economic Review*, 69(4), pp. 493-513.

- Slikkerveer, L.J. (1982). « Rural earth development in Ethiopia. Problem of utilization of traditional healers ». *Social Science and Medecine*, 16, pp.1859-1872.
- Sochas, L., Channon, A. A., Nam, S. (2017). “Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: the case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone”. *Health policy and planning*, 32, pp. iii32-iii39.
- Solar, O., Irwin, A. (2006). “Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health”. *Health promotion journal of Australia*, 17(3), pp. 180-5185.
- Stoner B.P. (1985). « Formal modeling of health care decision. Some applications and limitations ». *Medical Anthropology Quaterly*, 16 (2), pp. 41-45.
- Subedi J. (1989). « Modern health services and health care behavior : A survey in Kathmandu, Nepal ». *Journal of Health and Social Behavior*, 30, pp. 412-420.
- Tabutin, D. & Masquelier, B. (2017). « Tendances et inégalités de mortalité de 1990 à 2015 dans les pays à revenu faible et intermédiaire ». *Population*, 72, pp. 227-307.
- Tiehi, T. N. (2012). “Demand of child healthcare in Côte d’Ivoire : A multinomial probit analysis”. *International Review Business Research Paper*, 8(6), pp. 113-112.
- Tiembré, I., Bénie Bi Vroh, J., Ake Tano, O., Dogou-Wawayou, B., Tagliante-Saracino, J., Odehouri-Koudou, P., Dagnan, N. Ekra, K. (2010). “Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le district sanitaire de Grand Bassam (Côte d’Ivoire) ». *Santé Publique*, 22, pp. 221-228.
<https://doi.org/10.3917/spub.102.0221>
- Tollegbe, A. (2004). *Facteurs explicatifs de la discontinuité des soins obstétricaux en Afrique : cas du Bénin*. Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD), Cameroun, Mémoire de DESS en Démographie.
- Touré, B., Koffi, N. M., Gohou, V., Dagnan, S., & Diarra-Nama, A. J. (2005). « Identification of malfunctioning in the treatment and quality of care of maternal morbidity in Abidjan, Côte d’Ivoire ». *Sante Publique*, 17(1), pp. 135-144.
- Unger, J., Marchal, B., & Green, A. (2003b). « Quality standards for health care delivery and management in publicly oriented health services ». *International Journal of Health Planning and Management*, 18, S79-S88.
- Ridde, V., Boidin, B. (2022). « La santé comme domaine du développement: un panorama historico-critique ». *Monde en développement*, 50(3), pp. 215-232.

- Wagstaff, A. (2002). *Pauvreté et inégalités dans le secteur de la santé*. <https://iris.who.int/handle/10665/72239?locale-attribute=fr&mode=full>
- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smits, M. F., Chepynoga, K., Buisman, L. R., Eozenou, P. (2018). “Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study”. *The Lancet Global Health*, 6(2), e169-e179.
- Whitehead, M. (1992). “The concepts and principles of equity and health”. *International journal of health services*, 22(3), pp. 429-445.
- Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Who, Unfpa, IPPF and Jhpiego. (2020). *Covid-19 and Implications for Family Planning Service Delivery (Webinar)*. <https://www.youtube.com/watch?v=mb8Kv75iklk&t=5s>.
- World Development Ind. (2017). <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.MMRT>
- World Bank Group (2022). *Côte d’Ivoire: Poverty assessment*, 79p.
- World Health Organization, C. o. S. D. o. H. (2008c). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Executive summary*, World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of Health system: A handbook of indicators and their measurement strategies*. WHO-MBHSS_2010_full_web.pdf.
- Yaogo M, Barro M, Sanou/Tamini C. Sombié I. (2018). « Améliorer le système d’information sur les décès maternels dans quatre hôpitaux du Burkina Faso : le point de vue des soignants ». *Global Health Promotion*; 17(1), pp. 86-94.
DOI:10.1177/1757975909356640
- Yeo, H., Kra, K. J., Koffi, L. F. E. (2016). “Infrastructures de transport et accessibilité géographique des populations rurales aux équipements sanitaires urbains dans la zone dense de Korhogo (nord de la Côte d’Ivoire) ». *Espace populations sociétés*, 2016/2.
- Yoder, R.A. (1989). “Are people willing and able to pay for health services?” *Social Science & Medicine* ; 29(1), pp. 35-42.
DOI: 10.1016/0277-9536(89)90125-1.
- Zoungrana, C. (1993). *Déterminants socio-économiques de l’utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali)*, collection thèses et mémoires n°36, Université de Montréal.

Annexes : Complément de la méthodologie et la description de l'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2)

Pour rappel, nous avons mené deux enquêtes qualitatives en Côte d'Ivoire. L'enquête 1 (E1) s'est déroulée du 19 Avril au 05 Septembre 2019, non seulement dans les communes de Bingerville (principalement), de Cocody, du Plateau, d'Abobo, à Abidjan, mais aussi dans la ville de Soubré⁴⁰⁷ en Côte d'Ivoire. La totalité des patientes, femmes et accouchées ainsi que la majorité des prestataires de services de santé ont été interviewés à Bingerville dans les différents établissements sanitaires retenus pour l'enquête 1 (E1). Notre choix sur la sous-préfecture et commune de Bingerville pour l'enquête 1 (E1) s'explique par l'existence d'un paysage pluriel au niveau de sa population et de son réseau sanitaire. L'on y rencontre les différentes couches sociales que l'on peut retrouver en Côte d'Ivoire. On y trouve des populations très pauvres habitant des quartiers précaires et populaires tels que Gbagba, Berlin, avec pour certains, une grosse difficulté à s'offrir ne serait-ce que deux repas quotidiens, et pour d'autres, des contraintes diverses (géographiques, financières, etc.) à atteindre le centre de santé le plus proche. On y trouve également d'autres quartiers qui sont plutôt nantis de villas, tels que celui où se trouve le sous-préfet, la cité palma, la cité BAD, etc. habités par des populations de classes sociales supérieures. Une classe intermédiaire de la population y est aussi représentée. Elle habite des quartiers moyennement populaires tels que SICOLOGIE 1 et SICOLOGIE 2. En somme, on y retrouve des quartiers aisés, des quartiers populaires, des quartiers périurbains et des zones rurales. Bingerville regorge effectivement de villages éloignés du centre-ville tels qu'Adjamé-Bingerville, Gbèrèbo, etc. Par ailleurs, la pyramide sanitaire y est représentée dans la quasi-totalité de ses niveaux, exceptée la présence d'un centre hospitalier urbain (CHU).

Notons bien que l'enquête qualitative dans la préfecture de Soubré s'est déroulée plutôt en 2022. La première phase de cette enquête à Soubré a eu lieu en zone totalement rurale, à plus de 20 km du centre-ville, dans le cadre d'une opération de la Banque mondiale à laquelle nous avons eu la chance de participer. Nous y avons observé des situations difficiles vécues par les populations y vivant dans leur accès aux services de santé et à la santé maternelle La seconde phase a consisté

⁴⁰⁷ L'enquête qualitative dans la commune de Soubré s'est faite en juillet 2022.

en une enquête personnellement menée, à partir d'entretiens, afin de davantage en comprendre les raisons ainsi que les dimensions.

L'enquête 2 (E2) s'est déroulée entre le 20 juillet et le 24 septembre 2020 à Abidjan. L'enquête 2 (E2) a été davantage consacrée aux ONG, acteurs publics et PTF dans plusieurs communes dont Cocody, Plateau, Treichville, Bingerville, etc.

Ces annexes présentent les grilles d'entretien pour l'enquête 1 (E1) et son déroulement (Annexe A), les grilles d'entretien pour l'enquête 2 (E2) et son déroulement (Annexe B), la gestion et le traitement des données (Annexe C), l'intérêt des deux enquêtes qualitatives réalisées (Annexe D) ainsi que leurs limites (Annexe E).

Annexe A : Catégories d'acteurs enquêtés, grilles d'entretiens et déroulement de l'enquête 1

Les enquêtes qualitatives avec les femmes enceintes/nourrices et les personnels soignants se sont déroulées dans 5 établissements sanitaires dont 2 établissements sanitaires de premier contact (ESPC) : un centre de santé communautaire (CSC) et un centre de santé urbain, un hôpital de référence plus précisément un hôpital général, tous les 3 du public, un établissement sanitaire privé de renom en Côte d'Ivoire et un petit établissement sanitaire privé ou petite clinique. L'enquête 1 (E1) concerne des acteurs clés de notre sujet, à savoir 31 femmes enceintes et accouchées/nourrices d'au plus 40 jours après l'accouchement (afin d'en recueillir la perception de leur santé, de leurs conditions de vie ainsi que du système de santé), 12 personnels de santé soignants, afin d'en recueillir la perception de leurs emplois, de leurs conditions de vie et de travail ainsi que du système de santé, 3 pharmaciens dont 2 du secteur pharmaceutique privé et le troisième issu d'un hôpital public, 2 tradipraticiens, 3 acteurs institutionnels, principalement des programmes et autres directions techniques du ministère en charge de la santé⁴⁰⁸ ainsi que d'autres ministères qui ont été interrogés, entre juillet et septembre 2019.

Pour l'enquête 1 (E1), nous avons conçu 5 grilles d'entretien respectivement adressées aux 5 catégories d'acteurs enquêtés. Nous avons pensé à diverses thématiques communes pour

⁴⁰⁸ Ministère actuellement nommé ministère de la santé, de l'hygiène publique et de la couverture maladie universelle (MSHPCMU).

certaines, à tous les acteurs et propres pour d'autres, à chaque acteur. Ainsi, pour l'enquête 1 (E1), les catégories d'acteurs ainsi que les thématiques interrogées sont les suivantes :

- 1- 31 Femmes ou patientes qui sont soit des femmes enceintes, parturientes, accouchées et nourrices jusque 40 jours après l'accouchement (F)** sur les thématiques suivantes : circonstances des premières consultations prénatales (CPN), préférences du lieu de consultations de l'enquêtée, circonstances effectives de l'accouchement et perception par l'enquêtée des soins reçus, complications obstétricales, accessibilité géographique et financière aux lieux des CPN et d'accouchement, prédispositions professionnelles, financières et familiales dans la prise en charge de la grossesse, niveau de connaissance de l'enquêtée des politiques de santé et de la politique de gratuité ciblée⁴⁰⁹ et de ses droits.

20/31 de ces femmes ont été interviewées dans un établissement sanitaire public (EPS) et 11/31 dans un établissement sanitaire privé. Les femmes enceintes et accouchées de F1 à F20 ont été enquêtées dans des établissements sanitaires publics. Plus précisément, les femmes de F1 à F10 ont été interviewées dans un centre de santé urbain. Celles F11 à F20 ont été interviewées dans un établissement sanitaire de première référence (un hôpital général). Les enquêtées F21 à F30 ont été enquêtées dans un établissement sanitaire privé de renommée. La patiente F31 a été interviewée dans l'établissement sanitaire qui en réalité est un centre de santé communautaire (CSC) d'un village (Adjamé Bingerville) mais faiblement équipé et difficilement installé au point de ne pas pouvoir y faire accoucher les femmes. Nous y avons observé les activités que nous décrivons brièvement plus bas, dans la description des établissements sanitaires visités ainsi que dans la section 1 du chapitre 9.

- 2- 12 Personnels de santé soignants (8 sages-femmes (SF), 2 gynécologues (G), 1 médecin généraliste (MG), 1 médecin biologiste (MB))** sur les thématiques suivantes : Auto-appréciation de sa situation professionnelle, accessibilité géographique et financière, niveau de connaissance des politiques de santé, application des politiques de gratuité ciblée.
- 3- 3 Pharmaciens (2 pharmaciens privés (Phpr) et 1 pharmacien d'hôpital public (PGP))** sur les thématiques suivantes : Auto-appréciation de sa situation professionnelle, nature

⁴⁰⁹ Une politique de santé de subvention en faveur des femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans en Côte d'Ivoire, en vigueur depuis 2012. Nous en parlerons dans la thèse.

des prestations et soins aux femmes enceintes et nourrices, accessibilité géographique des femmes enceintes et accouchées, accessibilité géographique à son lieu de travail, son niveau de connaissance et appréciation des politiques de santé maternelle.

- 4- 2 Tradipraticiens (TP)** sur les thématiques suivantes : Auto-appréciation de sa situation professionnelle, accessibilité géographique à son lieu de travail, niveau de connaissance des politiques de santé maternelle en vigueur en Côte d'Ivoire.
- 5- 3 Acteurs institutionnels/ Autres ministères sur les thématiques suivantes :** Appréciation de l'offre et de la demande de soins maternels en Côte d'Ivoire, niveau de connaissance et appréciation des politiques de santé maternelle, appréciation de la mise en place des politiques de gratuité ciblée, actions menées par son ministère et appréciation des actions menées par la société civile et les ONG pour voir la santé maternelle s'améliorer en Côte d'Ivoire.
- 6-** Plus précisément, l'enquête 1 (E1) a concerné **5 établissements sanitaires** : le centre de santé urbain de Gbagba, le centre de santé communautaire (CSC) d'Adjamé Bingerville (partageant son espace avec une petite clinique privée Messi King), l'hôpital général (HG) de Bingerville et l'hôpital mère-enfant (HME) de Bingerville. Les CSC, centres de santé urbain et centres de santé ruraux (CSR) sont des ESPC situés au niveau primaire de la pyramide sanitaire et qui constituent de véritables portes d'entrée du système sanitaire ivoirien pour le secteur public.

Le CSC d'Adjamé Bingerville partage son espace avec un petit établissement sanitaire privé du nom de Messi King mieux équipé que ledit CSC et distant d'environ 10 m. La petite clinique accueille également des membres de la communauté, dont des femmes voulant accoucher et en ayant les moyens financiers ainsi que des personnes en dehors de la communauté. Le CSC n'avait en son sein ni une salle d'accouchement ni le plateau technique pour faire accoucher les femmes tandis que la petite clinique, qui possède une salle d'accouchement n'était pas financièrement accessible à la majorité. Ainsi, les femmes de cette communauté d'Adjamé-Bingerville qui voulaient accoucher et qui n'avaient pas les moyens de s'y rendre étaient condamnées à accoucher soit à domicile ou à parcourir une bien longue distance pour atteindre l'établissement sanitaire public (EPS) le plus proche. L'HG de Bingerville ou le centre de santé urbain enquêté très éloignés de cette zone sont les destinations pour celles qui arrivent à effectuer le déplacement. Nous

exposons plus en détails, dans le chapitre 9, la situation effective de ce CSC et de son voisin privé, afin de décrire des situations de faibles complémentarités institutionnelles performantes (CIP) dans le système de santé en Côte d'Ivoire.

L'hôpital général (HG) de Bingerville est, à l'image des CHR⁴¹⁰ et autres HG, un centre de référence (établissement public de second contact ou de premier recours) pour les malades provenant du niveau primaire et ne pouvant pas y être pris en charge en raison d'un faible plateau technique. L'hôpital mère enfant (HME) est un établissement sanitaire spécialisé et hautement équipé, pour plusieurs spécialités, mais privé à « but non lucratif »⁴¹¹. L'HME appartient à la première dame actuelle de Côte d'Ivoire et fait partie des grands établissements sanitaires privés. Nous apprenons lors de nos entretiens que l'HME embauche du personnel médical et paramédical issu du secteur sanitaire public, à la suite d'une série de tests. Ses employés sont donc payés par l'Etat et reçoivent des indemnités de la part de l'HME. Inaugurée en mars 2018, c'est encore le seul établissement sanitaire privé fonctionnant ainsi en Côte d'Ivoire concernant le mode de recrutement.

Annexe B : Catégories d'acteurs enquêtés, grilles d'entretiens et déroulement de l'enquête 2

L'enquête 2 (E2) a concerné **12 acteurs institutionnels** dont 4 ONG, 4 PTF et 4 ASC. Ainsi, pour l'enquête 2 (E2), nous avons conçu deux grilles d'entretien, l'une spécifique aux ASC et l'autre plus générale pour d'autres acteurs institutionnels (PTF, ONG).

En ce qui concerne les ONG, nous nous sommes orientés vers les plus influentes et dynamiques sur recommandation du ministère en charge de la santé en Côte d'Ivoire. Nous comptons ainsi parmi elles des ONG classées comme étant d'utilité publique.

Quant aux ASC, nous les avons sélectionnés, à partir d'une liste communiquée par le district sanitaire départemental (DD) de Cocody-Bingerville.

Les thématiques générales concernées par la grille générale de l'enquête 2 (E2) sont : l'appréciation de l'offre et de la demande de soins de santé maternelle en Côte d'Ivoire, le niveau de connaissance et l'appréciation des politiques de santé maternelle, l'appréciation de la mise en

⁴¹⁰ Centres Hospitaliers Ruraux.

⁴¹¹ Ce que nous ont laissé entendre des professionnels de santé interviewés à l'HME.

place des politiques de gratuité ciblée, les actions menées par sa structure et appréciation des actions menées par la société civile et les ONG pour voir la santé maternelle s'améliorer en Côte d'Ivoire.

La deuxième grille d'entretien spécialement adressée aux ASC a porté sur les thématiques suivantes : activités menées (rôle statutaire ou bénévolat pour les ASC), conditions de travail, leurs liens avec d'autres institutions internes (cas des districts sanitaires départementaux) au sein du système de santé et externes (cas de leurs activités avec les PTF), leurs liens avec des institutions d'autres secteurs sociaux influençant indirectement la santé maternelle, avec un tour rapide sur de plus larges thématiques telles que l'appréciation de l'offre et la demande de soins de santé en Côte d'Ivoire, le niveau de connaissance et l'appréciation des politiques de santé maternelle.

Annexe C : Gestion et Analyse des données qualitatives

L'enquête 1 (E1) et l'enquête 2 (E2) ont permis de collecter des données que nous avons analysées, pour répondre à nos objectifs de recherche. Afin d'assurer la collecte des données, nous avons non seulement mobilisé des grilles d'entretien construites pour les différents types d'acteurs enquêtés, mais aussi nous avons fait usage d'un didacphone pour l'enregistrement des entretiens. L'accord de tous les enquêtés a été obtenu à cet effet. Nous avons élaboré différents types de grilles d'entretien, en fonction des catégories d'enquêtés et des thématiques d'intérêt. Nous avons imprimé les grilles d'entretien et pour chaque enquêté, nous en avons renseigné une. Nous avons, par entretien, passé en moyenne entre 1h et 1h30. En ce qui concerne la sauvegarde des données, tous les enregistrements contenus dans le didacphone ont été transférés vers une cible plus potable, à savoir un ordinateur. Nous avons ensuite procédé à une phase de retranscription, en nous servant à la fois de nos notes prises par grille renseignée (supports physiques) et lors des focus groupes ainsi que des différents enregistrements effectués respectivement à l'aide du didacphone. Cette phase de retranscription a été suivie des phases de traitement et d'analyse des données collectées.

Le traitement des données qualitatives a été effectué en deux temps : (i) la retranscription des entretiens et (ii) leur saisie dans un tableau construit à cet effet, sur microsoft word.

Les données retranscrites ont été analysées selon la méthode de l'analyse du contenu. Cette analyse a permis de faire des synthèses thématiques en tenant compte des questions de recherche et des objectifs poursuivis. Les données issues de nos entretiens ont été analysées suivant la

méthode suivante : (i) l'extraction, pour chaque thème, des informations clés telles qu'exprimées par les enquêtés; (ii) la hiérarchisation des informations en fonction de leur récurrence dans les entretiens ; (iii) la comparaison entre les différentes sources d'information, afin d'en analyser les convergences et les divergences ; (iv) l'illustration des principaux messages clés, informations et leçons qui reflètent, autant que possible, la perception exprimée par les acteurs. Les propos tenus par les enquêtés ont été synthétisés en fonction de deux critères. Premièrement, n'ont été considérées comme idées ou réponses importantes que celles qui ont été mentionnées par au moins deux enquêtés ou qui se sont répétées plus d'une fois dans des entretiens différents. Secundo, ces critères sont opérationnalisés en résumant les propos des enquêtés en fonction de leur fréquence d'apparition.

Annexe D : Intérêts et valeurs ajoutées de l'enquête (E1) et de l'enquête (E2) par rapport aux données existantes

- a) Nous avons eu le privilège de **pénétrer ces zones hautement privées et intimes que sont les salles d'accouchement, les salles de suites de couche** dans chacun des 4 établissements sanitaires⁴¹² qui ont constitué notre premier terrain d'enquête (E1). Ce qui nous a permis **d'être au cœur de certaines réalités qu'un chercheur peut ne pas savoir s'il n'a pas eu la chance de les côtoyer.**
- b) En ce qui concerne la catégorie « femmes enceintes et ayant accouché jusque 40 jours », **la plupart de nos enquêtées sont des femmes ayant accouché le jour de l'entretien ou la veille.** Les informations ainsi recueillies sur les conditions du suivi prénatal, de l'accouchement, voire du suivi postnatal, n'étaient pas altérées par l'effet du temps. Cette expérience avec les accouchées nous a également donné le privilège de faire des **observations directes relatives aux conditions réelles du séjour** (durée, conditions matérielles de vie et de soins, etc.) **et de la relation « prestataire de soins de santé - patiente⁴¹³ » pendant les suites de couches.** L'observation directe des femmes venant d'accoucher nous a été très utile et nous a permis d'ajouter à la partie des entretiens des informations précieuses que nous n'aurions pas obtenues si nous nous étions limités à des interviews, telles celles réalisées dans le cadre des enquêtes quantitatives existantes

⁴¹² Comme mentionné, le CSC n'avait paradoxalement pas de salle d'accouchement.

⁴¹³ Une patiente, dans notre travail de recherche peut être une femme enceinte, une parturiente, une femme accouchée et une nourrice jusque 40 jours après l'accouchement.

(enquêtes démographiques et de santé, enquêtes sur le niveau de vie des ménages, etc.) en dehors des salles de couches, quand bien même réalisées dans des établissements sanitaires ou à domicile. Dans chaque établissement sanitaire visité et auprès des nourrices interviewées, nous avons présenté l'intérêt et les objectifs de notre étude sur la santé maternelle visant l'amélioration des conditions difficiles de suivi et d'accouchement pour les femmes enceintes et de travail pour les professionnels de santé dans ce domaine en Côte d'Ivoire. Ce qui nous a facilité l'accès aux suites de couches, dans chacun des établissements sanitaires qui ont constitué notre premier terrain d'enquête (E1).

- c) En ce qui concerne l'enquête 2 (E2), nous avons pu obtenir des entretiens avec des ONG dites d'utilité publique et qui ont une couverture d'activité régionale voire nationale. Dans la plupart des cas, nous avons réussi à nous entretenir avec les responsables (directeurs généraux, PDG⁴¹⁴).
- d) Etant ivoirienne et y ayant grandi, nous avons pu capitaliser sur **deux avantages qui peuvent rendre nos enquêtes qualitatives davantage objectivables : (i) être ivoirienne et connaître les cultures du terroir**. Ceci nous a facilité une immersion effective dans notre terrain de recherche ; **(ii) tout en prêtant attention aux biais de perception** qui peuvent exister chez nous en tant que chercheurs et chez nos enquêtés.
- e) Des démarches administratives nous ont permis d'obtenir une autorisation d'enquête du ministère de la santé, dans le cadre de notre thèse, dans les villes d'Abidjan, Bouaflé, Soubré. Nous n'avons cependant pas étendu nos enquêtes à la ville de Bouaflé.

Annexe E : Difficultés et limites

- a) Nous avons été confrontés à des contraintes financières non seulement pour la première enquête (E1). L'enquête 1 (E1) s'est finalement avérée plus longue que prévue. En effet, une durée de 3 mois avait été initialement fixée et financée pour l'enquête 1 (E1). L'enquête 1 (E1) et les retranscriptions ont finalement été réalisées en 7 mois.
- b) Nous n'avons obtenu aucun financement pour la réalisation de **l'enquête 2 (E2)** qui a été réalisée, l'année suivante, **sur fonds propres**. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes étendus qu'à deux mois d'enquête et une vingtaine d'entretiens réalisés. Les retranscriptions ont été conduites en 4 mois.

⁴¹⁴ Président-Directeur Général.

- c) De plus, l'enquête 2 (E2) a été réalisée **dans le contexte sanitaire difficile à covid-19** et a donc été encline à toutes les difficultés et contraintes que cette crise a suscitées. Nous avons donc manqué de moyens et de temps pour effectuer une enquête couvrant toute la ville d'Abidjan et d'autres régions. A chaque fois, il semblait important dans chaque zone (commune, région, etc.) enquêtée, d'observer les habitudes de consommation de soins dans une structure au moins de chaque niveau de la pyramide sanitaire.
- d) Tout ce qui précède justifie la concentration des deux enquêtes dans la ville d'Abidjan et quand cela a été possible, en 2022, dans la sous-préfecture de Soubré. Toutefois, des observations (prises de notes) faites dans d'autres établissements sanitaires d'autres localités d'Abidjan (CHU de Cocody, polyclinique des deux plateaux, centre de santé urbain d'Abobo, etc.) ainsi que de villages dans la sous-préfecture de Soubré montrent des faits stylisés dans les habitudes de consommation de soins, de prestations ainsi que dans les failles existantes.
- e) Des procédures administratives longues et pesantes mais qui ont été définitivement conduites, de sorte à accorder la crédibilité nécessaire aux enquêtes (E1) et (E2).

Résumé

Cette thèse entreprend une analyse de déterminants sociaux (socio-économiques, socio-politiques, socio-culturels, institutionnels, etc.) de la santé maternelle peu interrogés dans les études antérieures. Elle présente un intérêt à expliquer de façon systémique la tendance des taux de mortalité et de morbidité maternelles élevés en Côte d'Ivoire et dans bien d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Dans un premier temps, elle remet en cause le manque d'approche systémique dans la plupart des travaux ayant porté sur la question ainsi que la focalisation en sciences économiques sur l'accès aux soins de santé et les facteurs quantitatifs. Dans un second temps, nous examinons deux hypothèses qui nous semblent imbriquées. D'une part, les déterminants sociaux de la santé maternelle (DSSM) en Côte d'Ivoire sont faiblement pris en compte dans les études et les politiques publiques. D'autre part, cette faible considération des DSSM est en lien avec le manque de complémentarités institutionnelles performantes existant dans le système au détriment des populations vulnérables et peu aisées. A cet effet, la démarche adoptée est de dépasser les études axées sur l'accès aux soins de santé. Nous réussissons ce défi au fil d'adaptations et de connexions de grilles d'analyses. Tout d'abord, nous présentons une approche multidimensionnelle de l'accès aux soins de santé (Levesque et *al.*, 2013) adaptée à la santé maternelle en Côte d'Ivoire. Ensuite, nous faisons le lien entre les dimensions de cette approche multidimensionnelle et les DSSM en Côte d'Ivoire selon le modèle « arc-en-ciel » de Dahlgren et Whitehead (1991). Puis, nous justifions l'existence d'arrangements institutionnels qui structurent les conditions de vie socio-économiques, culturelles et environnementales des individus. Notre thèse défend que ces arrangements institutionnels contribuent à façonner le système et les résultats de santé existants. Enfin, cette thèse montre l'intérêt d'un cadre innovant dans le champ de la santé des pays d'Afrique subsaharienne : celui des complémentarités institutionnelles (CI). Nous y empruntons le cadre des mécanismes de coordination institutionnelle et de gouvernance de Boyer (2007) auquel nous associons l'approche néoréaliste d'Amable et Palombarini (2009). Cette connexion nous permet de mettre en évidence les rapports de pouvoir existant dans le système au détriment des plus vulnérables et favorisant un cercle vicieux de la pauvreté multidimensionnelle. En quête d'un objectif d'équité, les analyses de nos données de terrain montrent qu'il existe des complémentarités institutionnelles inéquitables dans le secteur de santé et entre ce secteur et les autres secteurs sociaux favorisant les femmes les plus aisées et au détriment des plus vulnérables. Au total, ces dysfonctionnements contribuent ainsi à réduire la performance globale du système.

Abstract

This thesis undertakes an analysis of the social determinants (socio-economic, socio-political, socio-cultural, institutional, etc.) of maternal health, which have received little attention in previous studies. It is of interest as a systemic explanation of the trend towards high maternal mortality and morbidity rates in Côte d'Ivoire and many other sub-Saharan African countries. It challenges not only the lack of a systemic approach in previous studies that have addressed the issue, but also the focus in economics on access to healthcare and quantitative factors. Secondly, we examine two hypotheses that seem to us to be intertwined. On the one hand, the social determinants of maternal health (SDMH) in Côte d'Ivoire are poorly considered in studies and public policies. On the other hand, this lack of consideration of SDMH is linked to the lack of effective institutional complementarities in the system, to the detriment of vulnerable and underprivileged populations. To this end, our approach is to go beyond studies focusing on access to healthcare. We meet this challenge by adapting and connecting analytical grids. First, we present a multidimensional approach to access health care (Levesque et *al.*, 2013) adapted to maternal health in Côte d'Ivoire. Next, we relate the dimensions of this multidimensional approach to the SDMH in Côte d'Ivoire according to Dahlgren and Whitehead's (1991) "rainbow" model. We then justify the existence of institutional arrangements that structure people's socio-economic, cultural, and environmental living conditions of individuals. Our thesis argues that these institutional arrangements help shape the existing system and health outcomes. Finally, this thesis shows the interest of an innovative framework in the field of health in sub-Saharan African countries: that of institutional complementarities (IC). We borrow Boyer's (2007) framework of institutional coordination and governance mechanisms, to which we combine Amable and Palombarini's (2009) neorealist approach, to highlight the power relationships that exist in the system, to the detriment of the most vulnerable and fostering a vicious circle of multidimensional poverty. In the quest for equity, our field data analyses show that there are inequitable institutional complementarities within the health sector and between this sector and other social sectors, favoring the most affluent and wealthier women to the detriment of the most vulnerable. All in all, these dysfunctions contribute to reducing the system's overall performance.