

CHAPITRE 3

La place de l'équité dans la formation des professionnels de santé au Burkina Faso

Valéry Ridde et Oumar Mallé Samb

Depuis le début des années 1980, de nombreux pays d'Afrique se sont lancés dans la mise en place de politiques publiques de santé afin d'améliorer l'état de santé des populations en réformant l'architecture du système de santé et de ses institutions (Van Lerberghe, 2001). Cependant, la plupart de ces réformes mettent quasi exclusivement l'accent sur les questions financières et organisationnelles et négligent la formation des professionnels de la santé. Ces derniers sont souvent considérés dans les réformes comme de simples *inputs* (Rigoli et Dussault, 2003). Pourtant, ce sont bien eux qui sont amenés à appliquer les politiques (Martineau et Buchan, 2000). La réussite d'une réforme ne se limite donc pas seulement à la robustesse de sa conceptualisation et de son élaboration (Cassels, 1995 ; Gilson et Mills, 1995 ; Dussault et Dubois, 2003). En réalité, les professionnels de santé sont des acteurs stratégiques (Friedberg, 1993) dont les actions peuvent influencer la trajectoire d'une réforme (Martineau et Martinez, 1998 ; Rigoli et Dussault, 2003). Ils constituent la pierre angulaire de l'instauration des politiques de santé :

It is not enough for health policies to be intrinsically good [...] their success depends heavily on how their development and implementation process is conducted. Many analysts argue that a major failing of health policies is precisely the insufficient consideration given to human resource issues (Dussault et Dubois, 2003).

Or, d'une part, les écoles de formations sont rares puisque deux tiers des pays africains ne disposent que d'une seule école de formation et certains ne semblent même pas en avoir du tout (Narasimhan, Brown *et*

al., 2004), et, d'autre part, la qualité de la formation est régulièrement remise en cause (Fritzen, 2007). Pourtant, Saltman et Figueras (1997) ont montré que les pays dont les réformes ont été les plus efficaces sont ceux qui sont arrivés à mobiliser les capacités techniques adéquates et les compétences nécessaires.

Puisque les professionnels de la santé constituent une composante essentielle des systèmes sanitaires (Beaglehole et Dal Poz, 2003 ; Kabene, Orchard *et al.*, 2006) et de leur performance selon l'OMS (2000), il nous a semblé important d'étudier la manière dont la formation de ces professionnels pouvait influencer la mise en œuvre des réformes. Ainsi, ce chapitre présente les résultats empiriques d'une recherche réalisée au Burkina Faso concernant la mise en œuvre d'une politique publique de santé bien connue dans la région ouest-africaine, l'initiative de Bamako (Ridde, 2007). Cette recherche visait surtout à comprendre pourquoi la question de l'équité a été mise à l'écart lors de l'organisation de cette politique. L'opérationnalisation de l'équité s'effectue essentiellement au regard de la préoccupation des acteurs, dans un système de santé où les utilisateurs sont les payeurs, pour ceux qui ne le peuvent pas, notamment les indigents qui de fait se retrouvent exclus de l'accès aux soins. L'une des hypothèses sous-jacente, en lien avec la problématique des ressources humaines, est que l'équité n'est que rarement traitée dans les formations suivies par ces professionnels. Puisque peu traitée, il y a des chances qu'elle soit peu intégrée dans les préoccupations et les activités des agents de santé. C'est la démonstration que nous allons tenter de faire dans les prochaines pages. Mais avant cela, il nous est apparu utile de revenir sur l'état des connaissances concernant le rôle que joue la formation des professionnels de santé, d'une part, sur leur relation avec la réalité de l'exercice de leur métier, et, d'autre part, sur la mise en œuvre des réformes sanitaires.

UNE FORMATION PROFESSIONNELLE PARFOIS DÉCONNECTÉE DE LA RÉALITÉ

Dujardin (2003) pense que la formation médicale qui est offerte aux pays du Sud est inadéquate, car souvent déconnectée du contexte socioculturel. Elle est calquée sur celle des pays du Nord qui a été dominée pendant longtemps par le modèle pasteurien dont les caractéristiques principales sont celles d'un système très hiérarchisé où le patient, réduit à sa pathologie, est absent. La priorité est donnée aux aspects techniques, à une planification verticale, maximaliste et normative. Si ce modèle commence à être délaissé dans les pays du Nord, il demeure toujours en vigueur dans les pays du Sud

où il produit des professionnels de la santé « qui ne se sentent pas partie prenante d'un système [...] ne se sentent pas concernés par les déterminants sociopolitiques et culturels de la santé » (Dujardin, 2003). Un professionnel de santé sorti de ce paradigme de formation risque ainsi de ne pas disposer des compétences pour jouer le rôle qui lui revient en tant qu'acteur à part entière du système de santé. En effet, la distanciation qui est une norme constitutive de sa formation va représenter un écueil dans sa démarche pour appréhender les entités nosologiques populaires afin d'interpréter les symptômes du patient et dialoguer avec lui (Jaffré, 1999 ; Dujardin, 2003). Ce problème d'interaction entre le professionnel de la santé et son patient a été soulevé dans un ouvrage collectif qui analyse les difficultés relationnelles entre les soignants et les soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). À la question de savoir pourquoi le malade anonyme est si mal traité en Afrique, Olivier de Sardan répond en mettant en exergue le hiatus qui existe entre la formation des sages-femmes et les conditions réelles d'exercice de leur métier. Les « schémas aseptisés et intemporels des cours » font que ces dernières vivent un traumatisme lorsqu'elles découvrent le vrai métier de soignant. L'effet conjugué de l'insuffisance de la formation et des facteurs contextuels (conditions de travail, bas salaires) constitue le terreau fertile à l'émergence d'une culture professionnelle locale où

les soignants témoignent d'une solide indifférence à l'égard des malades qui tourne souvent au mépris (on va parfois jusqu'à les rudoyer et les insulter, ils les « rackettent », et font des consultations expéditives et de mauvaise qualité, dépourvues de toute information et de tout dialogue » (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

Une enquête menée en Côte d'Ivoire sur la manière dont les professionnels de la santé jugent leur formation montre aussi cette inadéquation. Ces derniers considèrent que leur formation ne les a pas empêchés d'avoir des lacunes qui résultent surtout de la déconnection entre la théorie et la pratique, notamment quand les professeurs n'actualisent pas le contenu qui demeure inchangé depuis des années. Il s'y ajoute que les formations continues qui devraient ainsi leur permettre de se mettre à jour ne sont accessibles qu'à un groupe restreint, à savoir les médecins ou les infirmiers en chef. Dans tous les cas, ce sont toujours « les mêmes qui sont proposés ou qui se proposent » (Vidal, Fall *et al.*, 2005). La formation continue, dont nous parlons plus loin dans le cas du Burkina Faso, est importante pour beaucoup de professionnels dans la mesure elle est une opportunité d'actualiser leurs connaissances et de procéder à une remise à niveau de leurs compétences. Elle a aussi un impact sur leur motivation car elle leur donne l'impression

d'être considérés et reconnus (Dielemann, Viet Cuong *et al.*, 2003). C'est pourquoi un bon nombre d'entre eux l'estiment importante. Pourtant, la pertinence pratique de la formation continue est à relativiser. Son sens a été dévoyé dans la mesure où elle est souvent devenue une course aux *per diem* (Berche, 1998 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Smith, 2003), comme nous l'avons mis au jour dans le cas du Burkina Faso (Ridde, à paraître).

Par ailleurs, cette inadéquation de la formation a généré l'émergence de professionnels moins attentifs aux règles déontologiques qui fondent leur métier. Il se produit de plus une « déprofessionnalisation » (Dussault, 1985), c'est-à-dire l'irruption dans le champ de la santé d'agents « pistonnés » qui font un travail pour lequel ils n'ont *a priori* aucune qualification. La généralisation d'une telle pratique risque à long terme d'avoir des effets pervers et de renforcer « le mécanisme de glissement illégitime vers le haut par les taches » (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003). Un risque qui est devenu déjà une réalité dans certains contextes. Au Sénégal par exemple, des aides soignants, des stagiaires, des filles et garçons de salle et des brancardiers ont été appelés pour faire des gestes techniques pour lesquels ils n'avaient aucune formation (Vidal, Fall *et al.*, 2005).

LE PEU D'ATTENTION PORTÉE À LA FORMATION LORS DES RÉFORMES

L'une des recommandations majeures de la déclaration d'Alma-Ata était de faire en sorte que les professionnels de la santé puissent travailler dans et avec les communautés pour répondre à leurs besoins de santé (Lehmann, 2008). Pour que cela soit possible, il aurait fallu que la question de la formation soit au cœur des préoccupations lors de l'élaboration des politiques qui ont tenté de mettre en œuvre les soins de santé primaires.

Ce prérequis n'a pas toujours été respecté comme cela a été montré au Ghana où les différentes réformes successivement instaurées (soins de santé primaires, recouvrement des coûts, Ghana 2020) n'ont accordé qu'une moindre importance à la formation des professionnels de santé. Cette négligence de la formation des professionnels (notamment pour les interventions médicales urgentes en zone rurale) a fait que les besoins les plus urgents de la communauté n'ont pas été satisfaits. En revanche, au Malawi et en Tanzanie par exemple, les professionnels paramédicaux ont été formés à réaliser des opérations chirurgicales, bien qu'ils soient peu enclins à travailler dans les zones rurales (Dovlo, 1998). Dans une étude réalisée sur la disponibilité et la formation des professionnels de la santé en Afrique du Sud, Lehmann (2008) considère que les médecins sont mal préparés pour

travailler dans les zones rurales et dans des contextes de mise en place de la réforme des soins de santé primaires. Le manque de cohérence entre les attentes de la formation académique et les attentes réelles du service public amène l'auteur au constat qu'il y a un besoin urgent de repenser fondamentalement les standards de formation pour mieux prendre en compte la mise en place des soins de santé primaires. Le Cameroun vit la même situation concernant les soins de santé primaires, mais aussi les réformes des années 1990 qui ont renforcé le rôle des agents de santé dans la gestion des services de santé dont ils sont de fait ordonnateurs des dépenses. Le renforcement de leur pouvoir ne s'est pas fait concomitamment avec celui de leurs compétences. La plupart des agents responsables de la gestion des centres de santé n'étaient pas formés à la gestion des finances publiques ni au management d'un district sanitaire. Ainsi, beaucoup de malversations ont été découvertes par les agents du ministère de tutelle qui se sont rendu compte qu'elles sont le fruit de l'ignorance et de l'absence de formation. En effet, seulement 20 % des médecins chefs de districts sont formés en management de la santé et il n'y a pas de formation continue pour corriger les dysfonctionnements constatés (Okalla et Le Vigoureux, 2006).

Dans la même veine que ces trois cas singuliers, une enquête menée à la fin des années 1980 auprès d'anciens étudiants de 70 écoles médicales en Afrique relève que les professionnels diplômés de ces écoles considèrent qu'ils sont mal préparés pour faire face à des situations où les ressources sont incertaines, rares ou en déclin. Ce constat a été confirmé par une enquête réalisée dix ans après par l'OMS (Ndumbe, 2004). Pour Dussault (2008), ces dysfonctionnements engagent largement la responsabilité des formateurs qui proposent des encadrements en décalage avec les objectifs nationaux. La solution serait, selon certains auteurs, de procéder à un changement fondamental des *curricula* des pays du Sud afin de parvenir à une congruence entre les objectifs des réformes et la formation des professionnels. (Martinez et Martineau, 1998). Le Mali constitue apparemment un exemple de la pertinence d'une telle approche. Grâce à une bonne politique de formation combinée aux efforts des professeurs des facultés de médecine et du concours d'une ONG, le Mali a réussi à organiser un système de rétention des médecins de campagne. Lancée en 2003, cette opération a permis une augmentation nette du taux de rétention qui va atteindre les 85 % vers la fin des années 2007. La raison d'une telle réussite procède de la qualité de la formation dispensée. Celle-ci a su concilier théorie et pratique avec un suivi particulier qui prend en compte les facteurs contextuels et les possibilités de soutien en faveur des futurs professionnels de la santé afin qu'ils prennent

conscience de leur future interaction avec les communautés bénéficiaires de leur expertise (Van Dormael, Dugas *et al.*, 2008).

CONTEXTE ET MÉTHODES DE LA RECHERCHE

Le présent chapitre repose sur des données empiriques collectées au Burkina Faso dans le cadre d'une recherche qui visait à documenter le processus de mise en œuvre de la politique de l'initiative de Bamako (Ridde, 2008).

Le système de santé du Burkina suit une organisation classique en Afrique de l'Ouest. Le district sanitaire est l'unité opérationnelle la plus décentralisée. Le pays s'est doté d'une structure d'offre de soins du type pyramidal. Trois types de formations de premier niveau constituent la base de cette pyramide : les centres de santé et promotion sociale (CSPS), les centres médicaux (CM) et les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA). Les CSPS sont constitués de trois entités, une maternité, un dispensaire et un dépôt de médicaments essentiels génériques (DMEG). Le gestionnaire qui s'occupe de ce dernier est issu de la communauté et payé sur les bénéfices provenant de la vente des services. L'ensemble du CSPS est géré par un comité de gestion (COGES) dont les membres sont (normalement) élus par la communauté de l'aire de santé. Les centres hospitaliers régionaux constituent le niveau intermédiaire. Enfin, les centres hospitaliers nationaux forment le sommet. Du point de vue de l'organisation administrative, le système comporte trois niveaux. D'abord, un niveau central, représenté par les structures centrales (directions et services centraux, programmes nationaux) du ministère de la Santé. Ce niveau définit les orientations stratégiques en matière de politique nationale de santé. Puis, un niveau intermédiaire que représentent les directions régionales de la santé (DRS). Celles-ci ont un rôle d'appui et de coordination des différentes interventions et sont chargées de la mise en œuvre de la politique nationale de santé à l'échelon régional. Enfin, au niveau périphérique, les districts sanitaires du pays comportent deux échelons d'offre de services, fonctionnant de façon complémentaire et intégrée. Le premier est constitué des CSPS et des CM, tandis que le second, qui se trouve être la référence au niveau du district, est représenté par les CMA. Ajoutons que, dans les districts, le personnel de santé des CSPS et des CM est essentiellement constitué d'infirmiers et de sages-femmes. Les médecins sont souvent cantonnés dans les CMA et les CSPS urbains où ils cumulent généralement les responsabilités cliniques et administratives.

La recherche a été menée au plan national mais aussi et surtout dans le district de Souna (nom fictif), au moyen de la stratégie méthodologique de l'étude de cas (Yin, 1994). Le cas étudié est un projet de coopération internationale d'une Organisation non gouvernementale (ONG) qui met en œuvre l'initiative de Bamako à travers un soutien à une équipe cadre de district (ECD) responsable de l'organisation et de la coordination des services de santé. Le cas a été sélectionné avec les responsables du ministère en fonction de sa capacité à accroître notre compréhension de la problématique étudiée. Une enquête de terrain de type socio-anthropologique a été entreprise en 2003 durant sept mois, en ayant recours à de multiples méthodes (observation participante, entrevues individuelles formelles (22) et informelles (60), *focus group* (4), revue documentaire, etc.). Le présent chapitre est l'adaptation d'un extrait revu et corrigé d'un ouvrage (Ridde, 2007).

Dans les prochaines pages, nous présentons les résultats empiriques de cette collecte de donnée qui vise à mettre au jour la place laissée aux questions concernant l'équité dans les formations des professionnels de la santé au Burkina Faso.

LA FORMATION INITIALE DES INFIRMIERS

Les infirmiers et infirmières diplômés d'État (IDE), lorsqu'ils se trouvent chefs de poste (responsables d'un CSPS, donc infirmier chef de poste (ICP)), disposent d'un pouvoir de décision relativement important dans la mise en œuvre de l'initiative de Bamako (IB) et de ses instruments. Pour mieux comprendre comment cette politique est implantée par ces derniers, il est intéressant de retourner à la source de leurs connaissances, c'est-à-dire à leur formation initiale à l'École nationale de santé publique (ENSP). En effet, il est possible d'émettre la double hypothèse que la façon dont les IDE interprètent et implantent l'IB et la manière dont ils perçoivent le problème de l'accès aux soins pour les indigents comme une question qui concerne l'équité est fortement influencée par le contenu éducatif qu'ils ont reçu lors de leur formation initiale. L'ENSP est l'école burkinabé qui forme tous les agents de santé paramédicaux, autrement dit tous ceux qui ne sont pas médecins. Il existe cinq sites de formation déconcentrés au Faso dont l'un est situé à Souna. Dans cette ville, 80 % des enseignants sont des vacataires et sont payés à l'heure. Puisque nous nous situons dans une région rurale et loin des grands centres académiques et des hôpitaux nationaux, les enseignants spécialisés ne sont pas légion et le directeur doit revoir chaque année la liste des professeurs, en fonction des mouvements de personnel de la fonction publique.

La formation des IDE est dispensée sur une durée de trois ans. Pour être recrutés ils doivent disposer du brevet d'étude primaire collégial et d'une attestation de niveau terminale. S'ils réussissent le concours d'entrée (qualifié de direct) ils suivent l'enseignement durant ces trois années et disposent d'une bourse mensuelle de 23 800 F CFA les deux premières années et de 31 000 F CFA la dernière année. Le volume horaire général est d'environ 1 200 heures par an pour l'ensemble des 6 modules : connaissances générales, profession infirmière, soins infirmiers en santé de la femme et de l'homme, soins infirmiers en santé des enfants et des jeunes, soins infirmiers en santé communautaire, administration/gestion. C'est au sein de l'avant-dernier module que l'organisation du système de santé burkinabé et ses politiques de santé sont enseignés aux étudiants futurs ICP. C'est au cours de la deuxième année que l'on présente les soins de santé primaires (SSP) et l'IB. L'enseignement est officiellement d'une durée de 15 heures et son évaluation est prévue durant deux heures. Le professeur doit aborder les thèmes suivants :

- concepts de santé ;
- approche des SSP ;
- initiative de Bamako ;
- concept de la santé de la reproduction ;
- système national de santé ;
- programmes nationaux de santé ;
- rôle de la SFME (sages-femmes et maïeuticiens d'État) dans le système national de santé.

Le programme de formation, édité en 1998, précise que l'apprentissage de l'approche des SSP et de l'IB doit être effectué durant cinq heures. Malheureusement, faute de moyens nous dit-on (EI49¹), l'ENSP ne dispose pas de plan de cours. Il n'est donc pas possible de connaître le contenu précis des informations transmises aux étudiants. Les titres à respecter par les professeurs sont communs à toutes les écoles, mais, puisque le détail ne leur est pas fourni, il est fort possible que le contenu enseigné soit différent d'une région à l'autre. Néanmoins, dans le but de disposer de quelques indications, et étant entendu que ces informations ne seront pas représentatives de la situation nationale, nous avons cherché à rencontrer l'enseignant de ce module à l'ENSP de Souna (EI52). Cet enseignant dispense ce cours depuis

1. EI49 = entrevue individuelle numéro 49.

1998 et s'appuie sur des notes de cours qu'il a dactylographié récemment mais qu'il ne transmet pas aux étudiants. L'étude de ces documents montre que l'IB est clairement présentée aux étudiants comme une politique de mise en œuvre des soins de santé primaires (SSP dont l'une des valeurs phares est l'équité), à tel point que la compréhension de cette similitude est généralement un des sujets d'évaluation de ce cours proposés aux étudiants. On rappelle que l'IB vise l'accessibilité universelle aux soins de santé. Notre remarque précédente sur la validité externe de ce matériel pédagogique prend toute sa signification concernant cette universalité. En effet, un cadre infirmier dira dans une formation sur l'IB à des ICP: « Dans les écoles on a tendance à mettre de côté l'enseignement des SSP et de se concentrer sur l'IB alors que pour mettre en place l'IB c'est essentiel de connaître les SSP ». Est-ce une explication de la mise à l'écart de l'équité des SSP dans l'implantation de l'IB ?

Mais revenons aux notes de cours. Le professeur précise que trois stratégies doivent être déployées pour que les objectifs de l'IB soient atteints :

- 1) rendre accessibles (géographiquement, financièrement et socialement) les médicaments essentiels génériques (MEG) et les soins de santé;
- 2) permettre à la communauté de participer au processus de planification;
- 3) intégrer les soins curatifs avec ceux préventifs.

Nous n'en saurons pas beaucoup plus sur la place que tient l'exclusion des soins pour les plus pauvres dans cette formation initiale des futurs ICP. L'étude des notes de l'enseignant montre cependant que, globalement, la problématique de l'accessibilité financière aux soins de santé est explicitée, mais celle, particulière, pour les indigents absolument pas. Or, le principe numéro 7 de l'IB précisait la nécessité pour les professionnels de santé d'organiser des mécanismes d'exemption permettant aux indigents incapables de payer d'avoir malgré tout accès aux soins. Nous verrons plus loin la nature des solutions proposées pour l'accessibilité aux soins.

LA FORMATION CONTINUE DES INFIRMIERS CHEFS DE POSTE ET L'INITIATIVE DE BAMAKO

À plusieurs reprises au cours de leur carrière dans la fonction publique, les infirmiers disposent de l'opportunité de suivre des formations

professionnelles en lien avec leur pratique quotidienne². Certains bailleurs de fonds commenceraient même, dit-on, à revenir sur ce principe de formation continue tant il semble que les séminaires se soient multipliés au Burkina, donnant droit à une course aux *per diem* (Pfeiffer, 2003) de formation plutôt qu'à un réel désir d'accroissement des connaissances en vue d'une amélioration de la qualité des services prodigués aux patients³. Cela étant dit, les ICP du district sanitaire (DS) de notre arène de recherche ont eu l'occasion, à notre connaissance⁴, de suivre au moins deux types de formation à Souna où la présentation de la politique de l'IB faisait partie intégrante du contenu de formation. Il s'agit d'une formation organisée par la DRS en 2000, puis d'une autre par l'ONG BAC, qui met en place le projet en 2002 et 2003.

-
2. Au milieu des années 1990, l'OMS a organisé un programme de dotation d'une bibliothèque de livres indispensables à l'intention des districts sanitaires africains : « la bibliothèque bleue ». Il s'agit en fait d'une malle bleue en fer comportant plusieurs dizaines d'ouvrages sur les SSP, les soins infirmiers, les maladies tropicales, les MEG, la gestion du district, etc. Alors que le projet a démarré au Faso durant l'année 1997, le DS possède une de ces bibliothèques depuis l'an 2000. Nous n'avons trouvé qu'un seul livre spécifiquement consacré à l'IB, il s'agit du numéro spécial de la revue « L'enfant en milieu tropical » (Knippenberg, Levy-Bruhl *et al.*, 1990). Chacun des livres de cette bibliothèque dispose d'une fiche permettant à son gestionnaire de suivre les prêts. La fiche du seul document parlant de l'IB est quasiment vierge, puisque seul un infirmier d'un CSPS rural a emprunté l'ouvrage en 2001, témoignant ainsi du peu d'empressement des acteurs locaux (ceux qui sont au courant de son existence) de disposer d'informations sur l'IB.
 3. Dans le contexte de Souna, la comparaison des notes prises par deux ICP lors d'une formation donnée en 2000 par la DRS et le contenu de celles données en 2002 et en 2003 par BAC paraît appuyer ce point de vue puisque les contenus semblent très proches.
 4. Il est fort possible, croyons-nous, que d'autres formations aient été données à ces infirmiers sur le concept de l'IB et ses implications pratiques, mais ceux que nous avons pu interroger durant notre présence sur le terrain ne se souvenaient que de ces deux dernières, et encore, celle de l'année 2000 est apparue très tardivement dans nos entretiens. L'une des explications à cette « mémoire sélective » est certainement à trouver dans la multiplication exponentielle des formations continues des agents de santé. Par exemple, un ICP de Souna (EI21) affiche sur la porte de sa salle de consultation le nombre de formations suivies depuis 1999, soit 13 formations en 5 ans pour une durée totale de 82 jours. De même, l'avant-projet d'établissement du CHR de Souna prévoit 54 formations différentes entre 2003 et 2007 pour un total de 2 158 personnes (soit 431 par an) certaines étant organisées chaque année, le tout pour un budget global de 130 604 500 F CFA, soit 20 millions de plus que le budget consenti au district de Souna durant les trois années du projet BAC. Cette somme globale correspond à un budget de 60 521 F CFA par personne entre 2003 et 2007.

LA FORMATION DE LA DIRECTION RÉGIONALE DE LA SANTÉ

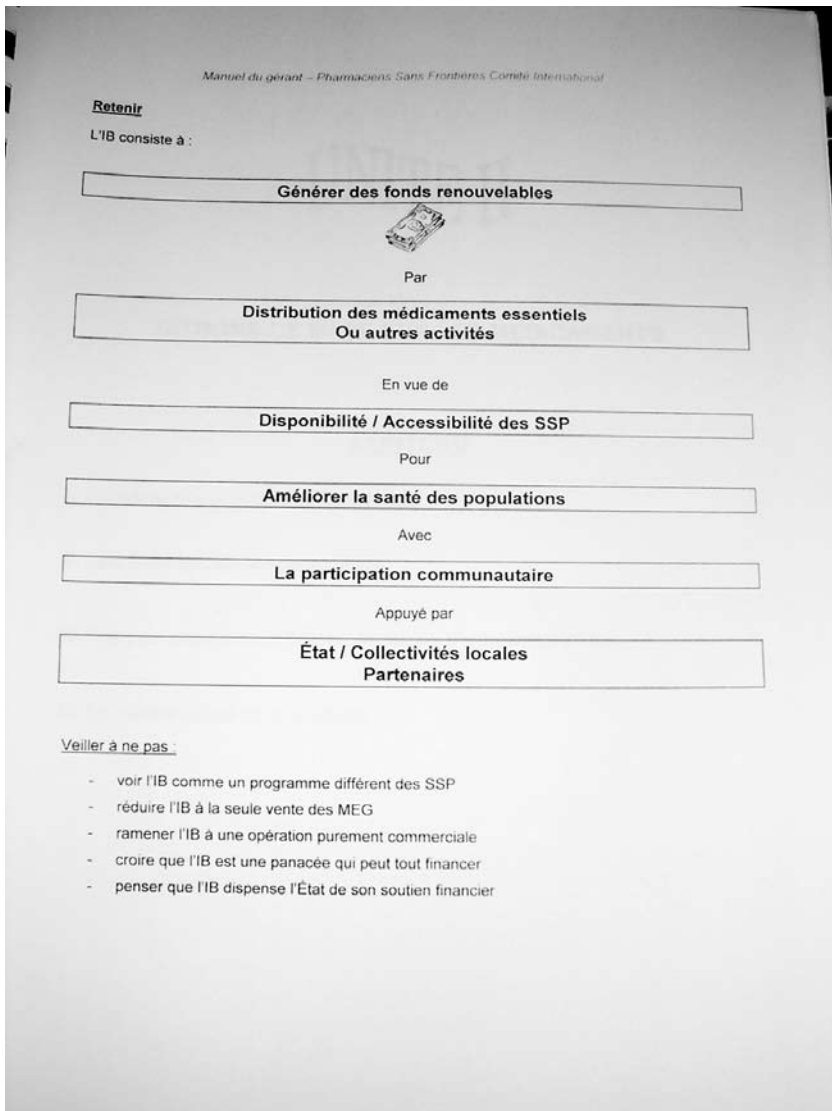
Puisque nous n'avons retrouvé aucun support de formation pour connaître le contenu de cet atelier, nous avons été contraint d'analyser les notes prises lors des séances organisées par deux ICP de la direction régionale de la santé (DRS), encore en poste dans le district.

L'IB est une nouvelle fois exposée en tant que politique de renforcement de l'accès universel aux SSP. Trois éléments forment le contenu de l'IB selon les formateurs :

- la participation de la communauté ;
- la restauration des services de santé ;
- l'approvisionnement en MEG.

Les deux participants ont pris note du même schéma résumant le processus et l'objectif de l'IB. La figure retrouvée dans les supports de formation des membres des COGES et reprise par BAC dans ses outils pédagogiques (figure 1) a également été employée dans cette session sur l'IB de 2000. Au cours du cinquième jour de formation, au sein du module consacré aux médicaments essentiels génériques (MEG), les stagiaires ont appris le « devenir et participation à l'IB des bénéfices tirés de la vente des MEG » (source : cahier de notes ICP). Soixante pour cent des recettes de la vente des MEG doivent être employés pour le renouvellement des stocks de médicaments et 40 % (nommé bénéfice brut) pour les éléments suivants : salaire du gérant, gardiennage, achat de fournitures de bureau et de gestion, réfection des locaux, entretien et réparation des moyens logistiques, bénéfices nets. Ainsi, à aucun moment dans la formation, pas plus dans cette partie concernant l'utilisation des bénéfices, la problématique de l'accès aux soins des indigents n'est abordée. Le point n° 7 de l'IB (exemptions pour les indigents) a disparu des esprits et l'exclusion des soins de santé n'est pas une situation jugée problématique.

FIGURE 1
Représentation de la politique de l'initiative de Bamako lors de la formation



LA FORMATION DE BAC

Contenu et déroulement

L'ONG BAC invite les gérants des dépôts de MEG (DMEG) ainsi que les membres des comités de gestion (COGES) à comprendre les enjeux de l'IB et les objectifs de la mise en œuvre. La présence de cette ONG dans le DS de Souna « ayant comme cadre d'intervention la politique de l'Initiative de Bamako » (BAC, 2003 : 4), il est normal que cette dernière s'investisse dans la formation des ICP au regard de cette politique publique. L'explication des éléments composant l'IB est notamment donnée aux ICP du DS lors des formations dispensées sur le thème de la rationalisation des prescriptions.

Il faut d'emblée noter que ces formations sont organisées et financées par BAC, et que les formateurs qui prennent en charge la rédaction puis l'impression des supports de formation sont exclusivement des membres de l'administration sanitaire burkinabé. Il s'agit de médecins, infirmiers ou pharmaciens des DS ou de la DRS, le médecin ou le pharmacien expatrié de l'ONG étant présent de temps à autre mais ne dispensant pas réellement le contenu des modules.

Le rapport de l'atelier de 2002 a été distribué aux équipes cadre de district (ECD) des trois DS ainsi qu'à la DRS. Sa lecture révèle que l'IB est de nouveau présentée comme visant l'accès universel aux SSP. Le partage des coûts par la population est justifié par l'objectif d'améliorer et d'étendre les services de santé. Lorsque les auteurs du rapport évoquent ce qu'ils nomment « le contrôle communautaire », il est écrit que l'« on améliore ainsi l'auto-organisation des populations les plus démunies afin de leur permettre de mieux faire entendre leurs besoins en matière de santé » (BAC, 2002 : 7). Les objectifs spécifiques de l'IB sont présentés ainsi (BAC, 2002 : 7, soulignés et gras dans l'original) :

- Assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de santé primaire à des prix acceptables (accessibilité financière) ;
- Restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique en améliorant la qualité des prestations et en déléguant le pouvoir décisionnel aux échelons inférieurs ;
- Promouvoir la santé en incitant les ménages à un changement de comportements néfastes ;
- Impliquer la communauté dans la gestion, mais aussi dans la définition des besoins en santé.

Encore une fois, la population est vue comme une entité globale et les sous-groupes qui la composent ne sont pas pris en compte. BAC affirme ensuite que l'IB repose sur deux concepts essentiels que sont le renforcement des capacités du personnel et le renforcement des liens entre les différents collaborateurs au sein du DS.

En 2003, BAC décide de financer de nouveau une session sur le thème de la rationalisation de la prescription. Nous avons participé à cette session et l'observation de son déroulement confirme l'étude de la documentation.

Vingt-cinq infirmiers sont rassemblés durant quatre jours dans la capitale du Souloou. Le médecin chef du district (MCD) et son adjoint (responsable CISSE) ouvrent l'atelier. L'absence de concertation à propos du contenu de la formation paraît flagrante puisque, d'une part, cela semble faire bien longtemps que le médecin expatrié de l'ONG demande au MCD de l'organiser, et, d'autre part, l'expatrié était en vacances les deux semaines précédentes et arrive sur le terrain le premier jour de la formation. D'emblée, les formateurs précisent que cette discussion concernant la rationalisation des prescriptions est au cœur de l'implantation de l'IB car « un des éléments essentiels de l'IB est la prescription rationnelle des MEG » (Ob 1). Un double objectif semble être présenté pour justifier une telle rationalisation : réduire les coûts et proposer un traitement plus efficace. Après cette phase introductive, c'est l'adjoint au MCD qui est chargé de faire un rappel historique de l'IB. Il débute par l'explication des SSP dont il date le démarrage en 1987. Il s'agit peut-être, et certainement, d'un lapsus puisque 1987 est l'année de la déclaration de l'IB et non des SSP. Ce qui est révélateur dans ce lapsus n'est pas du côté du formateur mais plutôt des stagiaires. En effet, il a fallu attendre 20 minutes pour qu'un des infirmiers remarque cette erreur flagrante. Cela dénote, croyons-nous, la manière dont les enseignements sont donnés dans cette partie du monde, et également l'organisation sociale. Mais revenons au contenu de la formation.

Quelle est la définition des SSP, demande le formateur aux participants? Les réponses sont les suivantes :

- des soins accessibles géographiquement et financièrement à la population ;
- des soins scientifiquement acceptables et efficaces ;
- des soins curatifs fondés sur des méthodes scientifiques valables, socialement acceptables ;
- la participation communautaire (Ob 1).

Bien que le formateur reprenne cette dernière dimension en affirmant que c'est « très important, la communauté doit être associée à toutes les étapes » (Ob 1), il ne mentionne pas, d'une manière spontanée, l'importance de l'équité comme fondement de la politique des SSP. Une discussion va ensuite être entamée autour du concept d'accessibilité financière ou géographique, et le formateur affirmera : « ce qui définit nos politiques de santé au Burkina [...] c'est l'accessibilité géographique [...] mais c'est ce qu'on dit, maintenant, il faut que sur le terrain cela suive » (Ob 1). Cette citation est relativement claire pour expliciter l'interprétation d'un des acteurs du système des politiques publiques au Burkina. L'accessibilité financière n'est pas mentionnée et nous savons que d'un point de vue géographique, en effet, de très grands efforts ont été consentis au plan national et local. Des débats vont aussi s'instaurer autour de la notion employée par des ICP : acceptable. Le formateur ne répond pas clairement, parlant tantôt de pertinence par rapport aux besoins de la population ou plus tard d'une adaptation des prix aux capacités financières. Cependant, la tendance qui se dégage, une nouvelle fois, est celle d'une vision monolithique de la société. Les soins doivent être accessibles à tous, à tous les pauvres. C'est uniquement après ces propos sur l'accessibilité que le formateur, de longues minutes après, se rendra compte de son oubli de l'équité et reviendra sur cette notion, mais d'une manière très furtive. De surcroît, la définition qu'il retiendra, plus proche de la vision égalitariste que rawlsienne (Ridde, 2006), semble être celle-ci : « riches ou pauvres doivent avoir accès aux soins » (Ob 1). Il confirmera, plus tard dans la journée (également lors de la troisième journée), cette compréhension du concept puisqu'il justifiera auprès des ICP le fait que le ministère cherche à rendre uniformes les tarifs des consultations par la volonté de « prendre en compte la capacité à payer » (Ob 1). Puisque les supports employés sont ceux fabriqués par BAC, les objectifs de l'IB présentés aux ICP sont ceux précédemment évoqués. Une des sections suivantes consacrée à la formation des responsables communautaires et des gérants de DMEG traitera plus en détail ce point.

L'évaluation des connaissances des participants

À la suite de cette dernière formation, nous avons pu récupérer les pré-tests et les post-tests administrés aux stagiaires par l'ONG. L'analyse des réponses à deux questions posées lors de ces tests nous paraît éclairer notre question de recherche : 1) citez les composantes des SSP ; 2) Que savez-vous de l'initiative de Bamako ?

Ce qu'il faut tout d'abord noter est que certains des ICP présents lors de cette formation n'ont pas été capables de répondre, ou n'ont pas voulu, à la question concernant les composantes des SSP. Quatre sur 21 n'ont pas répondu ou l'ont fait simplement par quelques mots montrant bien leur relative méconnaissance du sujet. D'autres données démontrent une certaine confusion pour quelques personnes répondant à la question en parlant, par exemple, des MEG ou de l'IB. Quelques personnes mentionnent la problématique de l'accessibilité financière au sein des SSP. Au-delà de ces critiques, il faut cependant noter la vision relativement large et juste de la notion de SSP de la part des infirmiers. La majorité est en mesure, en début de formation, de préciser l'importance de l'éducation à la santé, de l'accès à l'eau potable, de la nutrition, de la vaccination ou encore, spécificité burkinabé des SSP, de la collecte de données statistiques. Ajoutons qu'à la suite de la formation, les résultats du post-test montrent combien les ICP sont en mesure de retenir leur leçon puisque tous citent facilement, d'une manière presque exhaustive, les composantes des SSP. Dans une autre formation auprès des ICP, il avait été demandé de définir les SSP et de citer trois composantes de ces derniers. De l'analyse des 23 réponses on retient que la définition proposée repose sur une triade majoritairement récurrente : efficacité, accessibilité, acceptabilité. Ainsi, les SSP sont des soins efficaces, accessibles et acceptables pour la population. Les infirmiers ne précisent quasiment jamais s'il s'agit d'accessibilité financière ou géographique et la nécessaire participation de la communauté n'est citée qu'à une seule reprise.

En ce qui concerne l'IB, outre les 23 réponses que nous n'avons pas pu classer en tant que pré-ou post-test, le tableau 6 précise celles de 11 personnes.

TABLEAU 6
Représentation de l'initiative de Bamako pour les ICP

Qu'est-ce que l'initiative de Bamako ?	
PRÉ-TEST	POST-TEST
L'initiative de Bamako vise la prise en charge des problèmes de santé par la communauté, l'accessibilité des soins à toute la communauté et la prescription des médicaments essentiels génériques.	L'IB est un approfondissement des SSP et la relance de la question des MEG et la prise en charge des questions de santé par la communauté.
L'IB est un processus qui permettra à long terme de disponibiliser les ressources et les MEG dans les régions les plus reculées avec la participation communautaire.	L'IB est un ensemble prenant en compte les SSP. L'accès aux soins essentiels, la participation communautaire.
Comme son nom l'indique, c'est une prise de décision à Bamako au Mali en 1987 par les ministres africains de la Santé dans le but de rendre accessibles les soins de santé primaires aux populations concernées.	Rendre disponibles les MEG et tarification des actes, gérer des fonds pour pouvoir se prendre en charge (autogérer) pour renforcer les SSP.
Il faut dire que l'IB est née de la conférence d'Alma-Ata ayant pour objectif principal l'accessibilité aux soins de santé primaires, à savoir surtout la disponibilité des médicaments et que cela soit accessible à tous, qu'il y ait une participation communautaire.	L'IB est née en vue d'appliquer les soins de santé primaires, et cela a eu lieu à Bamako au Mali. Tout ceci c'est sur la conférence tenue à Alam-Ata
C'est la décision des gouvernements africains, face à la pauvreté grandissante, à la morbidité et mortalité, de trouver les solutions idoines à l'amélioration de la santé de leur population en créant des systèmes de santé, géographiquement et financièrement accessibles (par la construction des CSPS, la fabrication des MEG) et à une participation des populations à la résolution de ces problèmes de santé.	L'initiative de Bamako, c'est une initiative qui a été prise à Bamako, visant à revoir la notion de SSP. Notamment en ce qui concernait la partie participation de la population qui a été minimisée dans les SSP et à revoir les points faibles des SSP.
L'objectif est l'amélioration de l'état de santé des populations.	L'IB est un concept né en 1987 à Bamako dont l'objectif est le renforcement des soins de santé primaires dans les pays du tiers-monde.
Démarrage septembre 1987. Rendre les SSP accessibles géographiquement et financièrement aux populations en disponibilisant les MEG. C'est un concept axé sur le bien-être de la mère et de l'enfant.	C'est le renforcement des SSP.
L'initiative de Bamako a pour but d'améliorer les conditions de santé des populations en fournissant des médicaments à moindre coût.	C'est une initiative qui a été prise à Bamako et qui a pour but la relance des soins de santé primaires.
C'est lors d'une réunion de l'OMS tenue à Bamako en 1987 que les ministres africains de la Santé ont fait un ensemble de réformes politiques pour faire face aux dégradations rapides des systèmes de santé dans nos régions. En substance l'IB a pour but de faciliter l'accessibilité financière et géographique des MEG.	Initiative qui est née à Bamako en vue d'accélérer le processus des soins de santé primaires (SSP).

Qu'est-ce que l'initiative de Bamako ?	
PRÉ-TEST	POST-TEST
C'est une approche des soins de santé primaires visant à rendre accessibles les soins à toutes les couches sociales.	C'est une approche des soins par la distribution de médicaments et autres prestations pour rendre accessibles et disponibles les soins de santé primaire en vue de la participation communautaire appuyée par l'État et autres partenaires.
C'est un concept qui consiste à donner des soins scientifiquement acceptables, accessibles, efficaces, de moindre coût et avec la participation de la communauté.	L'IB vise à permettre des soins essentiels, scientifiquement acceptables, efficaces, accessibles financièrement et géographiquement à moindre coût et avec la participation de la communauté.

Source: Pré-tests et post-tests de formation à la prescription rationnelle.

Les définitions des infirmiers montrent parfaitement, dans les énoncés de ce tableau, qu'avant la tenue de la formation la compréhension de l'IB tourne essentiellement autour des trois idées suivantes: participation communautaire, accessibilité géographique et financière, médicaments essentiels génériques. Une des définitions proposées par un ICP pourrait en quelque sorte les résumer toutes. L'IB: C'est mettre à la disposition de la population des médicaments essentiels génériques qui soient accessibles financièrement et géographiquement à tout moment avec une participation communautaire.

Bien que quelques infirmiers le mentionnaient préalablement, on remarque que la dispensation des cours a permis à la majorité de prendre conscience et d'intégrer le fait que l'IB, dans le contexte burkinabé, est essentiellement une stratégie de renforcement de la politique des SSP. Cependant, il faut bien aussi noter l'absence totale de préoccupation pour certains sous-groupes de la population. L'IB s'adresse à toute la population, les médicaments doivent être financièrement accessibles à tous et il n'est pas question de mettre en œuvre des actions spécifiques, puisqu'il faut que tous aient accès aux soins. Le point n° 7 concernant les exemptions a disparu de la circulation.

LA FORMATION DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CADRE DISTRICT (ECD)

Il existe deux types de formations organisés pour permettre aux membres de l'ECD de gérer efficacement leur district sanitaire⁵. Le premier type est dispensé aux membres non médecins tandis que le second est exclusivement réservé aux MCD. Le premier type de formation est souvent réalisé au niveau périphérique par les DS ou les DRS, la cellule d'appui à la décentralisation du système de santé (CADSS) pouvant les soutenir dans leur tâche (EI4), tandis que le second est organisé par la CADSS elle-même, faisant appel à de nombreux experts burkinabé (la majorité œuvrant dans la fonction publique) en fonction du contenu de chaque module. Selon BAC, les ECD des districts ont été formés en gestion de district du 5 au 17 novembre 2001 à la DRS, grâce à l'obtention un financement extérieur.

La formation des membres non médecins

Pour les membres non médecins de l'ECD, une première version des supports de formation a été produite en juillet 2000 (CADSS, 2000). Il existe dix modules dont la qualité de contenu des trois que nous avons pu retrouver nous paraît excellente. Leur analyse est une bonne occasion de comprendre comment la question de l'équité est transmise aux cadres des districts, ceux qui doivent prendre des décisions et orienter l'organisation des services de santé locaux. Soulignons qu'il est conseillé d'étaler cette formation sur une durée d'un mois (EI4) mais que, bien souvent, elle est réduite à quelques jours, une semaine tout au plus (EI16).

Dans le premier module consacré au système de santé de district, le problème de l'accessibilité aux services de santé est présenté et la notion de barrière financière évoquée. Puis un chapitre entier est consacré à la présentation de l'IB, tant d'un point de vue historique qu'en ce qui a trait à ses objectifs et stratégies d'implantation. Quatre grands objectifs de l'IB sont présentés aux membres de l'ECD.

- Renforcer les mécanismes de gestion et de financement des activités de soins de santé primaire au niveau local ;

5. Nous ne parlerons pas ici de la formation initiale du gestionnaire de l'ECD (seul membre non médical) en nous concentrant sur les formations liées directement aux activités sanitaires et aux agents de santé. Cependant, un des participants aux entrevues a relevé combien cette formation réalisée à l'École nationale d'administration et de magistrature occultait aussi la discussion sur le partage des risques ou l'équité d'accès aux soins. Les aspects sociaux seraient mis de côté (EF16). (EF = entrevue formelle).

- Promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale des activités de santé par les communautés elles-mêmes;
- Renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation rationnelle des médicaments;
- Assurer des sources de financement permanentes pour le fonctionnement des unités de soins de santé (p. 45, module 1).

On explique ensuite que le fait d'organiser une participation financière des communautés permettra « de générer des fonds pour couvrir une proportion importante des coûts de fonctionnement [et] d'améliorer le cadre de travail des agents » (CADSS, 2001 : 46, module 1). Mais rien n'est dit sur l'utilisation de ces sommes pour améliorer l'accès aux soins. Il est plus loin précisé que certains ont mal interprété les objectifs de l'IB en pensant que cette dernière équivalait à un programme vertical ou encore qu'elle est différente de la politique des SSP, qu'elle se réduit à la vente des MEG ou que cela signifie un désengagement de l'État. Ainsi, à aucun moment dans ce premier module de formation il n'est fait allusion à la problématique de la prise en charge des indigents ou à la dimension équitable de l'IB.

Les médecins chefs de district

Tous les médecins, une fois nommés chefs de district, doivent suivre une formation de 6 mois en chirurgie d'urgence et une autre de 42 jours à la gestion de district. Que nous enseigne l'étude des 14 modules de formation en ce qui a trait au problème de l'équité?

L'IB est définie dans le module 10 comme visant une accessibilité universelle aux soins et résumée par les auteurs du rapport par la triade suivante: « participation communautaire, recouvrement partiel des coûts (vente de MEG), autofinancement partiel du fonctionnement des services » (p. 30, module 10). Notons que le mot partiel est écrit deux fois dans cette définition de l'IB. Dans un autre module, les experts de santé publique informent les lecteurs que le recouvrement des coûts vise quatre objectifs, soit:

- 1) l'amélioration de l'efficacité;
- 2) l'amélioration de l'efficacité du système de soins;
- 3) l'assurance de la pérennité du système;
- 4) l'amélioration de l'équité du système (p. 37 et 38, module 14).

Le deuxième module, consacré aux concepts généraux et aux approches de santé publique, propose aux MCD une définition du concept d'équité dans le chapitre consacré à l'évaluation. Il est ainsi précisé que l'accès aux soins doit être pensé en fonction des besoins des personnes et qu'il faut être attentif aux écarts entre les sous-groupes de la population, c'est-à-dire à la question des inégalités. Toujours à propos de l'équité, il est intéressant de noter qu'en annexe à ce module les rédacteurs permettent aux stagiaires de lire un article en français de la revue *Social Science and Medicine*⁶ dont le thème est une critique des SSP sélectifs à la suite d'un colloque tenu à Anvers et durant lequel il a été largement rappelé l'importance de l'équité comme fondement des SSP. Justement, dans le module 3 réservé à l'organisation des services de santé au niveau DS, la chronologie des politiques de santé est rappelée aux lecteurs et, lorsque les auteurs évoquent celle des SSP d'Alma-Ata de 1978, trois éléments fondamentaux sont précisés, dans l'ordre : équité, participation, couverture rurale. À la date de 1987, il est noté dans la figure les villes de Bamako et de Hararé auxquelles sont additionnés les trois points suivants : district, recouvrement des coûts, autogestion (p. 8, module 3). Dès le début du quatrième module (paquet minimum d'activités) il est écrit « défi : veiller à ce que l'autofinancement nécessaire pour réaliser un niveau de soins ne devienne pas une barrière à l'utilisation adéquate » (p. 15, module 4). Cela dénote donc une certaine inquiétude quant à l'exclusion des soins des indigents.

Mais les auteurs tentent juste après de justifier la mise en place du paiement direct des soins en précisant que les coûts indirects peuvent parfois être importants et que l'utilisation des médicaments génériques réduit sensiblement le coût des ordonnances pour les patients. Ensuite, un module entier est dévolu à la « prise en charge des groupes vulnérables » (module 7). Ces groupes vulnérables sont définis en fonction du concept de risque et sont en lien direct, disent les auteurs, avec la politique sanitaire nationale (PSN). Il s'agit des femmes, des enfants, des personnes âgées, des jeunes, des travailleurs et des handicapés. Le sous-groupe des indigents n'est à aucun moment identifié dans ce volume. Enfin, il faut préciser que c'est au cœur du module 14, c'est-à-dire celui discutant du financement de la santé, que la notion d'équité prend une place importante. L'équité, « fondée sur la notion de justice sociale » (p. 14, module 14), disent les auteurs, est définie en fonction de l'accès aux services (selon les besoins) et du financement

6. D. Grodos et X. de Bethune (1998). « Les interventions sanitaires sélectives : un piège pour les politiques de santé du Tiers Monde », *Soc Sci and Med*, vol. 25, n° 9 : 879-889.

(selon les revenus). Bien que l'on explique que la mise en place du recouvrement vise la pérennité des services, on n'oublie pas d'évoquer le dilemme connu entre la recherche de la viabilité des FS et celle de l'équité d'accès aux soins (p. 37, module 14). Les risques induits par la mise en place de la tarification des actes sont détaillés.

À la fin du module 2, les experts ont senti le besoin de donner un glossaire aux stagiaires ; ils y définissent, entre autres, les concepts d'efficacité et d'efficience, mais celui d'équité, quoiqu'un peu traité dans le document, n'est plus dans la liste des éléments du glossaire. Dans le module 3, les indicateurs de performance hospitalière sont jugés d'un point de vue qualitatif et quantitatif au regard des deux critères que sont l'efficience et l'efficacité. Cependant, dans le fameux module 14 (fameux par sa volonté de ne pas occulter la question de l'équité), les auteurs précisent que dans « l'optimisation des ressources disponibles les objectifs seront préoccupés à favoriser : la simplicité de gestion, l'efficacité économique, l'acceptabilité, l'équité » (module 14).

Les MCD du pays sont très souvent appelés à participer à de multiples réunions et ateliers de travail dans la capitale. Leur participation n'est pas sans désorganiser l'ECD. Ces réunions concernent des sujets techniques ou politiques dans le domaine de la santé. Le responsable du district, en poste depuis plus de dix ans, a donc été invité à des dizaines de rencontres depuis qu'il est MCD. Cette situation d'exclusion des soins a-t-elle été discutée ? La réponse du médecin est assez claire :

Nous, nous faisons des rencontres au niveau de... national, au niveau international, mais bon ! Au cours de ces rencontres-là, je n'ai jamais entendu on a abordé ce sujet d'indigent sur le plan sanitaire, est-ce que c'est quelque chose d'important ? Qu'est-ce que nous allons faire pour pouvoir... voilà, améliorer les choses ? Parce qu'on a laissé les choses comme ça évoluer bon ! (EF7).

LA FORMATION DES RESPONSABLES COMMUNAUTAIRES ET DES GÉRANTS DE DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ESSENTIELS GÉNÉRIQUES (DMEG)

Les responsables sanitaires appuyés par leurs partenaires organisent, au début de la mise en place de l'IB puis de manière régulière (recyclage), des séances de formation destinées à ces membres de COGES. Certains gérants des DMEG du DS ont ainsi été formés une fois par an pendant les trois ans de présence du projet de BAC. Il est donc intéressant de voir comment, comme pour la micro-planification des CSPS, la question de l'équité est traitée. Pour élucider cela, nous allons d'abord étudier les documents de

formation produits par le ministère de la Santé burkinabé, ensuite ceux élaborés par le projet d'appui au DS, et nous allons enfin poser quelques questions aux formateurs, aux participants et aux agents de santé.

Pour soutenir l'ECD dans sa formation des membres du COGES, la CADSS a produit, à la suite de nombreuses consultations et ateliers de consensus comme cela se passe très souvent dans ce pays, comme dans d'autres de la sous-région, un manuel de formation. La première version de ce manuel date de juillet 2000 et il est donné aux participants pour que ces derniers puissent s'y référer en cas de besoin.

Précisons en premier lieu qu'il s'agit d'un document essentiel pour comprendre l'implantation de l'IB, puisque l'objectif général déclaré de la formation à destination des membres du COGES est «de leur donner une meilleure compréhension de leurs rôles, responsabilités et attributions dans le renforcement de la politique des Soins de Santé Primaires (SSP) au Burkina Faso» (CADSS, 2001 : 4), ce renforcement étant le qualificatif de l'IB dans ce pays (Ministère de la Santé, 1994).

En second lieu, les auteurs du document définissent l'IB au regard de huit composantes qui ne correspondent pas exactement aux huit principes originaux mais ne s'en éloignent pas trop. L'objectif de renforcement de l'accessibilité aux SSP est précisé. Ce qui est évocateur, c'est que ces mêmes auteurs ont voulu préciser aux lecteurs, les membres du COGES, ce que l'IB n'est pas (voir figure 1), certainement, croyons-nous, dans le but de pallier des comportements ou types d'incompréhension de l'IB d'ores et déjà constatés dans le pays. Ainsi, les personnes formées doivent retenir que l'IB n'est pas un programme différent des SSP, ne se réduit pas à la seule vente des MEG, n'est pas une opération purement commerciale, n'est pas une solution pour tout financer et, enfin, ne dispense pas l'État d'apporter des subsides (CADSS, 2000).

Les attributions du COGES et notamment les décisions qu'ils sont censés prendre retiennent, en troisième lieu, notre attention. Les futurs gestionnaires des CSPS apprennent ainsi que, entre autres responsabilités, ils doivent déterminer le mode de paiement et organiser la prise en charge des indigents (CADSS, 2000 : 18). Cela étant dit, si une certaine latitude est donnée aux COGES, il leur est rappelé que «les AG [assemblées générales] doivent être exécutoires, sous réserve de l'approbation par l'équipe cadre de district [...]» (p. 24). C'est justement au moment de ces AG, semestrielles si possibles, qu'on explique de nouveau aux responsables communautaires que la réflexion sur la prise en charge des indigents peut avoir lieu.

Il faut signaler que la lecture du guide national d'élaboration des règlements intérieurs des COGES, élaboré dans le but de soutenir les acteurs dans la rédaction de ces règlements, produit le même effet (CADSS, 2000). Une ligne de ce document de 41 pages est consacrée à la prise en charge des indigents, rappelant quand même aux membres du COGES que cela relève de leurs attributions, alors que la double motivation : intrinsèque (fierté) et extrinsèque (numéraire ou nature), est débattue pendant plus de deux pages (p. 13, 25 et 26).

Vérifions maintenant comment le projet mis en œuvre par BAC traite le problème de l'équité dans le contenu de ses formations à destination des gérants et des membres des COGES. L'ONG a produit deux documents⁷ qu'elle remet aux gérants à la fin de leur formation et qui doivent les aider dans leurs tâches quotidiennes dans la gestion du DMEG (BAC, 2001). Si ces documents restent très techniques et essentiellement centrés sur les médicaments essentiels et leur gestion, il n'en demeure pas moins que la première partie éclaire notre propos puisqu'elle est consacrée, outre à des considérations générales (la santé, la maladie, etc.), à la présentation des SSP et de l'IB.

Les auteurs de la dernière version de ce guide définissent les SSP en fonction de trois critères : essentiels, efficaces et accessibles. Le terme d'accessibilité est défini tant au plan géographique que financier (« le coût est à la portée de tous les individus et toutes les familles de la communauté » (p. 8)). Puis, il est écrit que les SSP sont « basés sur l'équité, c'est-à-dire la justice sociale » (p. 8). Pour préciser ce dernier point, il est expliqué que « tout le monde doit avoir accès aux soins, surtout les plus pauvres et les plus exposés » (p. 8).

Ensuite, c'est au tour de l'IB d'être présentée aux participants de cette formation de gérants. Il est précisé que l'IB a été formulée pour hâter l'accès aux SSP (BAC, 2001 : 10). Puis l'IB est définie ainsi :

- Mettre en place un système de financement et de recouvrement des coûts des services de santé ;
- Rendre les médicaments essentiels disponibles pour les communautés dans chaque centre de santé ;

7. Qui constituent une version révisée d'un document réalisé par BAC et le projet français HCK dans l'ouest du pays.

- Assurer une marge bénéficiaire sur les ventes de ces médicaments essentiels, qui couvre les besoins opérationnels (salaire du gérant, fournitures et carburant pour le fonctionnement du dépôt) ;
- Mettre en place un fond local pour le développement sanitaire qui doit servir en priorité au renouvellement du stock de médicaments, au financement des actions sanitaires, et ensuite au financement de l'entretien du CSPS ;
- Trouver d'autres sources et méthodes de financement communautaires des actions de santé ;
- Mettre en place une organisation communautaire qui assure la gestion des activités et des ressources de la formation sanitaire.

Pour que l'IB réussisse, pour reprendre les mots des auteurs de ce guide, trois conditions seraient nécessaires selon eux : 1) que la participation communautaire soit effective, 2) que les décisions soient prises au niveau du DS avec une autonomie financière, 3) que la communauté assure la gestion des SSP (p. 10). Le deuxième point (L'IB n'est pas...) que nous avons relevé dans les documents de la CADSS concerne le fait que l'IB est aussi mis en avant par les rédacteurs du guide de BAC.

Enfin, un résumé est proposé aux stagiaires sous la forme d'une figure, que nous avons retrouvée, recopiée et affichée dans un DMEG rural, et qui précise que l'objectif de l'IB est de rendre les SSP accessibles et disponibles (voir figure 1). Nous avons également retrouvé cette figure dans une présentation Power Point utilisée lors de ces formations, la photo de la liasse de billets n'ayant pas été oubliée.

Il n'est fait aucune mention, dans la partie consacrée à la gestion comptable, de la prise en compte des indigents ou de la possibilité de fournir des MEG gratuitement.

Dans la première version de ce guide figure une partie, qui a disparu de la seconde version, consacrée à l'organisation des services de santé tant au plan national que dans les CSPS (BAC, 2001). Le troisième chapitre de cette partie évoque le « recouvrement des coûts (les différents modes de paiements) » (p. 61). Comme le titre l'indique, ces quelques lignes permettent uniquement de faire la liste des différents modes de paiement et de discuter des avantages et inconvénients de deux d'entre eux. Ainsi, il est précisé au gérant que le paiement à l'acte présente l'inconvénient de ne pas instaurer de solidarité entre les patients alors que le paiement à l'épisode offre cet avantage.

Il est donc possible de résumer que, si la CADSS a quelque peu, mais très peu, attiré l'attention des formateurs des COGES sur la prise en charge des indigents, l'ONG a mis complètement de côté cet aspect de l'IB. Le point n° 7 de l'IB, tout comme lors de la formation des ICP tant par la DRS que par l'ONG, a été oublié pour les membres des COGES et les gérants. Cette appréciation, issue de l'étude des documents, est confirmée par les acteurs, qu'ils soient formateurs ou participants. Il n'y a pas de consensus exact de la part de ces personnes, notamment parce que la mémoire leur fait défaut sur une problématique aussi précise que celle des indigents. Toutefois, on ne peut pas dire que le sujet ait été traité en profondeur, l'intensité des discussions allant de « on ne fait pas cas de cela » (EF10) à « ça n'a pas été approfondi, [...] c'est survolé » (EF5), en passant par « sans trop de détails » (EF9).

Pour appuyer ces informations régionales, dans une évaluation nationale récente de la gestion des ressources financières par l'ensemble des COGES du pays, le ministère de la Santé se félicite, en conclusion de son rapport, qu'« au regard des résultats, un motif de satisfaction se dégage car la contribution des populations au financement des FS périphériques est assez importante » (Secrétariat général, 2002 : 30). Le problème de la motivation des bénévoles concernant les membres des COGES est discuté. Cependant, aucune analyse dans cette évaluation qui se veut, selon les auteurs, exhaustive, n'est faite sur l'utilisation de l'argent issu du paiement des soins et des médicaments pour améliorer l'accès aux soins des plus pauvres. Dans les recommandations proposées, rien non plus n'est évoqué pour les indigents, mais on demande en revanche au niveau central et au COGES de formaliser la prise en charge financière des membres des COGES. Cela ne surprend guère un des responsables interrogés lors de la recherche. Il confirme simplement que l'évaluation des COGES n'est jamais effectuée au regard de cette question. On s'intéresse aux questions financières, aux ruptures de stocks de MEG ou encore à la représentation féminine dans les COGES, mais jamais aux solutions mises en œuvre pour améliorer l'accès aux soins des indigents (EF4).

CONCLUSION

Dans les systèmes de santé africains reposant sur les notions de districts et de soins de santé primaires, les professionnels de santé ne limitent plus leurs tâches à la clinique. Soigner les patients demeure une de leurs activités majeures, mais ils se retrouvent aussi au cœur de la mise en œuvre des politiques de santé et de leur administration. Certains s'en plaignent évidemment

puisque, pour ceux et celles qui avaient choisi ce métier par vocation (bien que ce « départ en croisade [des médecins] contre l'injustice envers les pauvres » (Gobatto, 1999 : 46) semble de moins en moins vrai), ils souhaitaient améliorer la santé des individus et non « remplir des papiers », comme nous l'entendons souvent sur le terrain. La multitude de programmes verticaux nationaux ou de projets de développement ajoutent les uns autant que les autres des *fiches* à remplir. Mais ces programmes sont aussi autant de sources de motivation, entendez de rémunération pour pallier leurs maigres salaires, si on se place du côté des agents, ou pour se partager la « rente du développement » (Olivier de Sardan, 1995) si on est du côté des institutions internationales. La formation des professionnels de santé s'est adaptée à cette évolution. Elle ne se cantonne plus aux seuls aspects cliniques, les questions administratives et programmatiques sont abordées.

Cependant, nous avons vu à travers cette étude de cas burkinabè que le regard est orienté vers l'efficacité au détriment de l'équité. Il s'agit donc de former les acteurs au développement pour que les projets et les politiques atteignent leurs buts. Mais, lorsque ces derniers se sont parfois fixés des objectifs difficiles à obtenir, comme l'est assurément celui de la prise en charge gratuite des indigents dans un contexte de paiement direct au point de service organisé par l'initiative de Bamako, ils sont mis de côté. Les solutions à trouver pour certains sous-groupes de la population sont exclues des discussions au profit des problèmes qui concernent le plus grand nombre. Et si les professionnels de la santé n'y pensent guère spontanément, ce n'est pas dans leur formation qu'ils auront une piqûre de rappel, pour reprendre un vocabulaire médical. Pourtant, le besoin de rappel concernant l'équité et la justice sociale est primordial car les agents de santé ont « capturé » le système, nous disent l'ancien responsable de l'IB à l'UNICEF (Paganini, en 2004) et un expert africain de l'OMS (Nyamwaya, en 2003).

Si les formations initiale ou continue ne rappellent pas (tout en contrôlant sa réalité) aux professionnels de santé qu'un système de santé est aussi un système social qui doit se préoccuper des plus vulnérables, il y a de fortes présomptions que seuls les indigents ayant eu la chance de rencontrer un agent de santé altruiste et enclin à la probité puissent constater la réalité du droit de se soigner, puisque le gouvernement du Burkina Faso affirmait que « le droit à la santé est reconnu » (Gouvernement du Burkina Faso, 2002).

BIBLIOGRAPHIE

- BAC (2001). *Manuel du gérant des dépôts pharmaceutiques communautaires*. Souna, BAC, projet Yatenga Burkina Faso, p. 65.
- BAC (2001). *Manuel du gérant*. Yatenga: Souna, p. 67.
- BAC (2002). *La prescription rationnelle des médicaments. Rapport de l'atelier de formation*. 1^{re} session, du 9 au 14 décembre, Souna, p. 74.
- BAC (2003). *Étude sur la viabilité financière des CSPS des districts sanitaires de Souna, Toumi et Bakou*. Rapport final. Souna, p. 67.
- Beaglehole, R. et Dal Poz, M.R. (2003). «Public health workforce: challenges and policy issues». *Human Resources for Health*, 1 (1): 4.
- Berche, T. (1998). *Anthropologie et santé publique en pays dogon*. Paris, APAD-Karthala.
- CADSS (2000). *Formation en gestion des membres non médecins des équipes cadres de district*. Ouagadougou: MS/SG/DGSP/CADSS, modules 1 à 7.
- CADSS (2000). *Guide national d'élaboration des règlements intérieurs des COGES*. Ouagadougou: MS/SG/DGSP/CADSS, p. 41.
- CADSS (2000). *Module de formation des comités de gestion des formations sanitaires périphériques de l'État. Manuel du participant*. Ouagadougou: MS/SG/DGSP/CADSS, p. 94.
- CADSS (2001). *Formation des médecins en gestion des districts sanitaires*. Ouagadougou: MS/SG/DGSP/CADSS, modules 1 à 15.
- Cassels, A. (1995). «Health sector reform: Key issues in developing countries». *Journal of International Development*, 7 (3): 329-347.
- Dielemann, M., Viet Cuong, P. et al. (2003). «Identifying factors for job motivation of rural health workers in North Viet Nam». *Human Resources for Health*, 1: 1-10.
- Dujardin, B. (2003). *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*. Paris: Karthala/Charles Léopold Mayer.
- Dussault, G. (1985). *Professionnalisation et déprofessionnalisation*. Québec, Université de Montréal.
- Dussault, G. (2008). «The health professions and the performance of future health systems in low-income countries: Support or obstacle?» *Social Science & Medicine*, 66 (10): 2088-2095.
- Dussault, G. et Dubois, C.A. (2003). «Human resources for health policies: a critical component in health policies». *Human Resources for Health*.
- Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle*. Paris: Éditions du Seuil.
- Fritzen, S.A. (2007). «Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned». *Human Resource for Health*, 5 (4).
- Gilson, L. et Mills, A. (1995). «Health sector reforms in sub-saharan Africa :lessons of the last 10 years». *Health Policy*, 32: 215-243.
- Gobatto, I. (1999). *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*. Paris, L'Harmattan.

- Gouvernement du Burkina Faso (2002). *Constitution du Burkina Faso*. Ouagadougou : Publications du Journal Officiel, SGG-CM, avril.
- Jaffré, Y. (1999). *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Paris : Presses universitaires de France.
- Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala.
- Kabene, S., Orchard, C. et al. (2006). « The importance of human resources management in health care : a global context ». *Human Resources for Health*, 4 (1) : 20.
- Lehmann, U. (2008). « Strengthening Human Resources for Primary Health Care ». *South African Health Review* : 163-177. En ligne : www.healthlink.org.za/uploads/files/chap11_08.pdf.
- Martineau, T. et Buchan, J. (2000). « Human resources and the success of health sector reform ». *Human Resources for Health Development Journal*, 4 (3).
- Martinez, J. et Martineau, T. (1998). « Rethinking human resources : an agenda for the millennium ». *Health Policy Plan*, 13 (4) : 345-358.
- Ministère de la Santé (1994). *Note introductive sur l'Initiative de Bamako au Burkina Faso. Bilan des années 1992 et 1993 et perspectives dans le contexte de la dévaluation du CFA présent à l'occasion de la Rencontre nationale avec les partenaires de l'Initiative de Bamako*. Ouagadougou, Secrétariat général, p. 13.
- Narasimhan, V., Brown, H. et al. (2004). « Responding to the global human resources crisis ». *Lancet*, 363 (9419) : 1469-1472.
- Ndumbe, M.P. (2004). *The Training of Human resources for Health in Africa*. Rockefeller Foundation Africa Working Group, World Health Organization and World Bank Joint Learning Initiative on Human Resources for Health.
- Nyamwaya, D. (2003). « Health promotion in Africa : strategies, players, challenges and prospects ». *Health Promot International*, 18 (2) : 85-87.
- Okalla, R. et Le Vigoureux, A. (2006). « Un système de santé en mutation : Le cas du Cameroun de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », *APAD* : 21.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris, APAD-Karthala.
- OMS (2000). *Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant*. Genève.
- Paganini, A. (2004). « The Bamako Initiative was not about money ». *Health Policy and Development*, 2 (1) : 11-13.
- Pfeiffer, J. (2003). « International NGOs and primary health care in Mozambique : the need for a new model of collaboration ». *Soc Sci Med*, 56 : 725-738.
- Ridde, V. (2006). « Appréhender les conceptions locales de l'équité pour formuler les politiques publiques de santé au Burkina Faso ». *Promotion and Education*, XIII (4) : 252-256.
- Ridde, V. (2007). *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris, L'Harmattan.

- Ridde, V. (2008). « The problem of the worst-off is dealt with after all other issues: The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso ». *Social Science and Medicine*, 66: 1368-1378.
- Ridde, V. (à paraître). « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso ». *Cahiers d'études africaines*.
- Rigoli, F. et Dussault, G. (2003). « The interface between health sector reform and human resources in health ». *Human Resources for Health*, 1 (1): 9.
- Saltman, R. et Figueras, J. (1997). *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Secrétariat général (2002). *Évaluation de la gestion des ressources financières par les comités de gestion (COGES)*. Ouagadougou, MS, p. 47.
- Smith, D.J. (2003). « Patronage, per diems and the "Workshop mentality": the practice of family planning programs in Southeastern Nigeria ». *World Development*, 31 (4): 703-715.
- Van Dormael, M., Dugas, S. et al. (2008). « Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali ». *Human Resources for Health*, 6 (1): 25.
- Van Lerberghe, W. (2001). *Réformes et politiques de santé*. Thailand, Desire Co., Ltd.
- Vidal, L., Fall, A.S. et al. (2005). *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest: entre savoirs et pratiques: paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte d'Ivoire*.
- Yin, R.K. (1994). *Case Study Research Design and Method*. London, New Delhi: Sage Publications.