

CHAPITRE 6

Réduction des inégalités d'accès au système de soins en Afrique : cas du Burkina-Faso

Valéry Ridde

INTRODUCTION

En 1987 à Bamako au Mali, les responsables africains ont décidé de relancer la politique des soins de santé primaires (SSP) d'Alma-Ata à l'aide d'une nouvelle politique publique: l'initiative de Bamako (IB). Le but était double: améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé (OMS, 1999). Contrairement aux SSP, l'initiative est bien plus concrète et dépasse la simple intention de la «santé pour tous». Techniquement, l'IB se traduit par une dotation gratuite d'un stock initial de médicaments essentiels génériques (MEG) au comité local de gestion (issu de la population) d'un dispensaire. Ces médicaments sont vendus aux usagers avec une marge bénéficiaire conservée localement. Cette marge, ajoutée aux paiements effectués par les usagers pour les consultations, devait permettre de racheter le stock initial et d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services. Cependant, le fameux concept de «*dual implementation*» (Pressman & Wildavsky, 1984) semble s'appliquer à cette politique. En effet, si l'IB avait notamment exprimé le souhait d'intervenir en faveur de l'équité, en prolongement des SSP, la réalisation en a été tout autre (Gilson et al., 2000; Ridde & Girard, 2004; Wiseman, 2005).

Tout comme bien d'autres politiques publiques dans les pays du Sud (Brinkerhoff, 1996), bien qu'elle ait été adoptée dans une capitale africaine, l'IB était largement d'origine exogène, entreprise sous l'impulsion des organisations internationales, notamment l'UNICEF et l'OMS. Outre le but ultime d'«*universal accessibility to PHC*» (WHO, 1988), l'IB devait organiser

l'autofinancement communautaire, tout en s'assurant que des mesures (le principe n°7 de l'exemption du paiement pour les indigents) soient prises pour que les indigents puissent avoir accès aux services. Face au risque de cet « *implementation gap* » et de ses conséquences pour l'équité dans l'accès et le financement des services, certaines voix se sont levées dès le lancement de la politique (Lancet, 1988 ; UNICEF, HAI, & OXFAM, 1989). Certains appelaient déjà à la vigilance afin « *d'éviter que ce système ne glisse vers une approche trop gestionnaire qui ferait fi de la notion d'équité* » (Soucat, 1990, p. 153). Malgré ces inquiétudes, c'est l'aspect efficace de l'IB, au détriment de l'aspect équitable, qui a attiré l'attention des acteurs lors de sa mise en œuvre en Afrique et au Burkina Faso (Gilson et al., 2000 ; Knippenberg et al., 2003 ; Nitiéma, Ridde, & Girard, 2003). Mais constater n'est pas expliquer. Aussi, nous croyons d'abord essentiel de rendre intelligible ce qui a amené les acteurs à se focaliser sur l'efficacité au dépend de l'équité. C'est l'ambition de la présente recherche entreprise au Burkina Faso.

Ce pays ouest-africain a démarré l'IB en 1993. Une centrale d'achat des MEG a fonctionné dès 1994. Une politique pharmaceutique a été formulée en 1996 et une loi hospitalière en 1998. La politique sanitaire nationale a été adoptée en 2000. Elle a été traduite par le plan national de développement sanitaire (PNDS) pour la période 2001-2010. Le pays compte 55 districts de santé. L'organisation publique des soins répond à un modèle pyramidal classique. Le premier niveau est composé des centres de santé et de promotion sociale (CSPS), des dispensaires et des maternités. Les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) constituent le deuxième niveau, la référence du district. Le troisième niveau est formé des huit centres hospitaliers régionaux et des deux hôpitaux nationaux. Le taux d'utilisation des services de santé augmente depuis 2002, après une chute constante durant 20 ans.

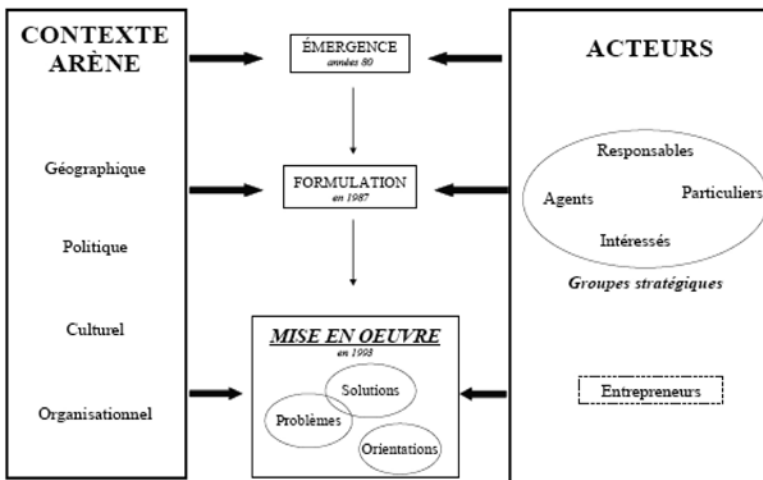
CADRE CONCEPTUEL ET STRATÉGIE MÉTHODOLOGIQUE

Les politiques publiques sont comprises comme un processus de régulation de situations qui présentent des problèmes de distribution de ressources. Elles sont composées de trois sous-processus : l'émergence, la formulation, la mise en œuvre (Lemieux, 2002). Mais ils sont souvent « *tourbillonnaire[s]* » (Monnier, 1992, p.87) car les acteurs jouent un rôle essentiel, notamment dans les pays du Sud (M. S. Grindle & Thomas, 1991). Ce processus est traversé par trois courants, initialement définis par Kingdon (1995) pour expliquer l'émergence d'une politique. Prolongeant cette interprétation, il a été démontré théoriquement et empiriquement (Demers

& Lemieux, 1998; Lemieux, 2002) que la mise en œuvre implique la rencontre du courant des solutions avec celui des problèmes, le troisième courant (les orientations) étant proche, mais pas directement couplé. La rencontre des courants est initiée par un entrepreneur politique qui décide d'user de ses ressources pour la favoriser au moment où apparaît une *opportunité*.

L'analyse des politiques publiques peut s'effectuer en étudiant le processus mais aussi les personnes qui y prennent part (Walt, 1994). Quatre groupes stratégiques d'acteurs (tableau 1) sont ainsi concernés en fonction de leur expertise (spécialisés ou non) et de leur place à l'égard de l'appareil gouvernemental (interne/externe) (Lemieux, 2002). Ces personnes sont évidemment des acteurs sociaux qui évoluent dans un système social et disposent, malgré les contraintes, de certaines marges de manœuvre. Le « néo-interactionnisme » de l'anthropologie du développement est utile pour l'étude du jeu des acteurs (J.-P. Olivier de Sardan, 2002, 2007) car il permet de comprendre comment nous en arrivons à cet ordre négocié (Strauss, 1992) en défaveur de l'équité. Il s'agit de faire le contrepoids aux études des politiques publiques « *souvent ennuyeuses* » (p.73) prétend Fassin (2006), car elles font fi des croyances et des intérêts des acteurs. Le cadre d'analyse dont les détails conceptuels sont fournis ailleurs (Ridde, 2004; Ridde, 2007) est décrit par la figure 1.

Figure 1 : Cadre d'analyse de la recherche



Source : adapté de Walt & Gilson (1994), Olivier de Sardan (1995), Kingdon (1995), Gilson et al. (2000), et Lemieux (2002).

Faute de place, nous orientons le lecteur vers les détails méthodologiques disponibles ailleurs (Ridde, 2007). La recherche a été menée 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'IB 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 faisant recours à de multiples méthodes (tableau 1).

TABLEAU 1
Instruments de collecte de données et groupes d'acteurs concernés

<i>Instruments\ Catégorie d'acteurs</i>	Intéressés	Particuliers	Responsables	Agents
<i>Exemple d'acteurs</i>	<i>Membre de l'ONG, de COGES, gérant de DMEG</i>	<i>Cultivateurs, indigents, utilisateurs (ou non) des services</i>	<i>Députés, consultants, conseillers</i>	<i>Infirmiers, médecins</i>
Cartographies conceptuelles (# pers.) (C)	1 (7)			1 (9)
Documentations/archives	Politiques, rapports, registres, journaux, etc			
Observations (Ob), Visites (V)	7 mois sur le terrain, participation à toutes les activités			
Focus group (# pers.)		4 (41)		
Entrevues informelles (EI)	23	4	1	32
Entrevues non directives centrées (EF)	6	6	4	6

Source : auteur

CONTEXTE ET PROCESSUS D'IMPLANTATION

La population de Souna est très jeune, les villages sont de petite taille, la majeure partie des gens (de confession musulmane et faiblement scolarisés) sont des agriculteurs ou des éleveurs. Il s'agit d'une des régions les plus pauvres du pays. Le contexte social est formé par la société des Mossi dont l'organisation sociale, selon une représentation archétypale peut se résumer ainsi : i) une solidarité toujours importante mais qui s'effrite, ii) une orga-

nisation sociale hiérarchique, stricte et qui recherche la stabilité, iii) une croyance à l'inégalité « naturelle » entre les êtres humains indispensable à l'harmonie sociale. Évidemment, dans la société moderne actuelle, les droits coutumiers et les fondements de l'organisation sociale sont discutés, et l'identité collective est en pleine mutation (Laurent, 1996). Le district sanitaire compte environ 500 000 habitants et un peu plus de 70 formations sanitaires. Il est relativement dépourvu de personnel. Neuf hommes forment l'équipe cadre de district (ECD) qui est chargée de la coordination des activités sanitaires. Décrivons maintenant le processus de mise en œuvre de l'IB à l'échelle nationale puis à celle du district de Souna.

Alors que l'IB a été adoptée en 1987 à l'échelle de l'Afrique, il a fallu attendre 1993 pour que son implantation soit effective au Burkina. Plusieurs actions se sont déroulées lors de l'émergence de l'IB : mission au Bénin (1998), recherches opérationnelles (1998-89), institution d'un comité, d'un secrétariat national et d'une cellule de suivi (1988), six provinces pilotes (1989-92). La formulation de l'IB s'est opérée en 1992 lors d'un atelier national. Il a donné naissance au « *document de démarrage de l'IB* » (ministère de la Santé, 1992). Le lancement officiel traduisant le début de l'implantation s'est effectué en octobre 1993. En juillet 1993 a été donnée la première formation de formateurs à l'IB. Du côté des ONG, le comité dit « inter ONG-IB » ne semble pas avoir été actif après 1996. Cependant, la survenue de la dévaluation de 100 % du Franc CFA en janvier 1994 a remis en cause le processus, puisque le prix des médicaments importés a presque doublé. Aussi la « *phase d'accélération de l'IB* » a démarré en mars 1994. Il s'agissait de l'un des volets du programme national d'urgence économique financé par le Fond monétaire international et la Banque mondiale.

De grandes discussions ont eu lieu entre les cadres du ministère et les responsables politiques quant à la stratégie à adopter (EF16, EF1¹). Deux camps se sont affrontés lors d'une réunion tenue à l'UNICEF. Le premier précisait qu'il était impossible de concevoir le déploiement de tonnes de médicaments alors que personne n'avait encore été formé, que les dépôts de MEG (DMEG) n'étaient pas construits ou opérationnels et que la population n'était absolument pas informée. Le second camp jouait la carte politique en affirmant qu'il fallait distribuer les médicaments gratuitement dans l'ensemble du pays pour éviter des troubles populaires que pourrait provoquer la dévaluation. Le principe qui a finalement été retenu est celui

1. Voir le tableau 1 pour les abréviations correspondant aux techniques de collecte de données.

de la vente des MEG et non de la gratuité. L'UNICEF était responsable de l'approvisionnement et de la constitution des kits en médicaments pour relancer l'IB. Il était prévu de l'ordre de 12 millions par DRS et 3,5 par DMEG. Cependant, les COGES n'étaient pas formés, la sensibilisation et l'approche communautaire pas encore mises en œuvre. Il a donc fallu que l'État prenne un certain nombre de mesures dans l'urgence et la précipitation. Par exemple, il y a eu le décret de création des COGES ou celui permettant aux formations sanitaires de conserver l'argent à l'échelle locale sans avoir à l'envoyer au Trésor Public (principe de l'unicité de caisse). Ainsi, une vague de médicaments sous la forme de kits a déferlé sur le pays, avec son lot de détournements, d'abus et de mauvaise gestion, faute d'une bonne préparation. La phase d'accélération de l'IB s'est terminée en juin 1996 sans aucune évaluation. Pour préparer sa présentation à l'occasion de la revue de l'IB à Bamako en mars 1999, le ministère a organisé un atelier confidentiel en février. Fin 2001, à la demande de l'OMS, une revue des SSP a été réalisée, tout aussi confidentiellement.

Dans le district de Souna, la mise en œuvre de l'IB a débuté avec un certain désordre dans les années 1990 pour s'organiser plus sérieusement dans les années 2000 à l'aide d'un projet d'une ONG. Jusqu'à la phase d'accélération de l'IB (1996) certains CSPS « *s'étaient débrouillés pour avoir ... un petit stock pour commencer* » (EF7). Puis, les médicaments envoyés ont été stockés par les responsables régionaux, le district n'étant pas prêt à les recevoir. Mais fin 1996, ces derniers ont demandé aux infirmiers chefs de poste (ICP) de venir les chercher « *pour pouvoir écouler les stocks* » (EI53). À cette époque, les ICP géraient l'argent provenant de la vente des MEG, certains s'en servaient pour se réapprovisionner tandis que d'autres « *ont bouffé* » (EI 53). L'analyse du ministère de la santé de la gestion des médicaments à la direction régionale a été sans concession : « *disparition et préemption des MEG, dissémination des kits de MEG sans mesures d'accompagnements, agents non formés sur l'IB, etc.* » (Ouedraogo, Savadogo, & Yameogo, 1998, p.17). C'est véritablement en 1998 que les choses sérieuses ont commencé, mais timidement. Quelques membres de comités de gestion (COGES) ont été formés, quelques DMEG construits et leur gestion supervisée.

En 2000, le directeur régional a négocié un prêt de 5 millions de MEG auprès de la CAMEG et il a organisé la première formation consacrée à l'IB pour 19 infirmiers. Enfin, début 2001, a démarré pour trois ans, le premier véritable projet d'envergure lié à l'IB. À cette époque, le district était très en retard par rapport à l'IB et « *c'est pour cela que l'on nous a envoyés là-bas* » (EI 12), nous dit un membre de l'ONG. L'objectif général du projet, tel

qu'annoncé par l'ONG, était d'améliorer l'accessibilité géographique et financière aux MEG et aux SSP de la population. L'ONG devait construire des DMEG et les doter en médicaments, réaliser des formations (COGES, gérants, infirmiers), superviser et contrôler les DMEG avec l'ECD, sensibiliser la population, etc. L'évaluation finale du projet a confirmé la focalisation des acteurs sur l'atteinte des objectifs d'efficacité au détriment de l'objectif d'équité d'accès et de financement (Ridde, Nitiéma, & Dadjoari, 2005). Nous tentons dans le reste du chapitre de comprendre pourquoi il en a été ainsi.

LES ACTEURS ET LE COURANT DES PROBLÈMES

Pour comprendre si la situation d'absence d'équité de l'IB est appréhendée par les acteurs comme un problème *public*, neuf éléments doivent être étudiés empiriquement (Ridde, 2006a).

Au niveau central du système de santé, l'importance accordée à l'équité s'est concrétisée par quelques décrets, pris en 2002 et 2003, mais de manière très directive, jacobine et à la suite de pressions exogènes (Banque mondiale et Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté). L'objectif du PNDS qui comporte une disposition en faveur de l'accès aux soins des plus pauvres (n°6) est l'un des deux seuls à n'être associé qu'à un seul indicateur d'évaluation, et il n'est pas formulé dans une perspective d'équité : « *Coût moyen des prestations et des ordonnances* ». Pour aider les ECD dans leur planification annuelle liée au PNDS, le ministère a conçu un « *cadre et directives de planification* » à suivre. Or, on y a oublié les activités prévues dans le PNDS pour la prise en charge des indigents. Au niveau local, sur les 32 plans d'action des CSPS consultés, aucun ne retient l'accès aux soins des indigents comme un problème prioritaire lors de l'exercice permettant de définir les priorités d'actions pour l'année suivante. Dans leur analyse de la situation, aucun des 140 problèmes mis en évidence par les élèves infirmiers lors de leurs stages dans les CSPS ne concerne l'accès aux soins des plus pauvres.

Pour les particuliers, le paiement des soins instauré par l'IB, sans l'organisation des mécanismes d'exemption, est une cause évidente de l'absence d'équité « *c'est parce que je n'ai pas d'argent qu'on m'a renvoyée chez moi sans me soigner* (EF17) ». Cependant, le groupe des intéressés pense que le paiement n'a rien changé pour ceux qui étaient déjà exclus avant l'IB. Pour les indigents « *avant, même si c'était gratuit, ils ne venaient pas* » (EF11).

Si l'association entre le paiement direct et la mort est parfois tranchante : « *le malade n'ira pas vendre sa mort au centre de santé* » (EF18), seuls les indigents et les plus pauvres en subissent les conséquences. Les inégalités d'accès

au système de santé entraînent : i) la décision de ne pas se rendre au dispensaire ou de retarder son déplacement, ii) le choix en première intention d'un autre prestataire que le CSPS, iii) la moindre qualité des soins reçus, iv) un fardeau financier supplémentaire sur l'économie familiale.

Les indigents sont exclus des populations dites vulnérables dans les politiques publiques. Ils n'ont pas ainsi pu profiter des mesures gouvernementales de gratuité prises en 2002 : « *conformément à l'esprit de l'initiative de Bamako, les soins préventifs aux groupes vulnérables (consultations des femmes enceintes et nourrissons) sont gratuits* ». Les habitants de Souna ne conçoivent pas l'existence de sous-groupes de la population au-delà des grands groupes habituels, tels que celui des pauvres, des femmes ou des enfants. La « gymnastique verbale » (Cobb & Coughlin, 1998) de la définition des indigents ne favorise pas leur prise en compte, car « *y a pas eu de discussion, qui est indigent, qui est pauvre* » (EF7).

L'exclusion de l'accès aux soins des plus pauvres n'est pas chose inaccoutumée. Certains pensent et affirment (EF11) qu'elle perdure et que la mise en place de l'IB n'a rien changé. En outre, l'absence de fréquentation des indigents des CSPS ne facilite pas la manifestation du problème. Et un infirmier de dire que la situation n'est pas nouvelle car, tout simplement, elle n'est pas posée (EF 6). Lui, et d'autres, disent que le fait que nous les interpellons sur cette problématique est singulier.

Une chose est claire, mis à part les indigents, tous les autres acteurs sont trop éloignés de cette situation d'exclusion « *Le problème des indigents ne préoccupe pas ceux de Souna. À moins qu'ils ne commencent à l'être; ça ne les intéresse pas* » (EF19). Les responsables de la cellule IB avaient formulé en 1992 la nécessité d'effectuer des recherches sur l'accès aux soins des indigents, mais toujours rien n'est fait en 2005, car « *dans l'équipe on ne trouvera personne qui est lui un peu accroché à ces aspects-là* » (EF1). En outre, « *On se rend compte que ceux qui vont faire l'évaluation ou la supervision c'est des gens qui ne se sont jamais préoccupés des questions d'équité* » (EF4).

Il n'y a pas eu, à notre connaissance, de crise majeure concernant les difficultés d'accès aux services, notamment pour les indigents. Il existe, de temps à autre, ce que nous pourrions nommer des microcrises, c'est-à-dire des événements ponctuels dans les CSPS où l'on voit arriver un indigent qui demande à être pris en charge. Mais, ce type de situation ne survient que très rarement, et les solutions sont trouvées d'une manière individuelle et ponctuelle.

Il faut noter que la question des mécanismes de prise en charge des indigents est totalement absente de toutes les formations. Cela est vrai pour

la formation initiale des ICP à l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) ou pour leur formation continue données par l'ONG et l'ECD. Cela n'est pas non plus évoqué au cours des formations des responsables communautaires, des gérants de DMEG ou des COGES. Cette myopie à l'égard des exclus permanents est également confirmée lors des supervisions de l'ECD et l'ONG dans les CSPS. Il en est de même lors de l'évaluation du projet.

La question des valeurs est centrale et les conceptions locales de la justice distributive sont proches d'une vision égalitariste (Ridde, 2006b ; V. Ridde, 2008). L'explication rousseauiste de l'origine naturelle de l'inégalité entre les êtres humains plane sur les discours entendus. La différence paraît consubstantielle à la vie sociale, car « *il faut que l'on se mélange* » (FG 4) et surtout il faut conserver « *la paix sociale* » (C1). Cependant, si les inégalités de santé ou sociales sont acceptées, celles de l'accès et du financement des soins sont qualifiées d'injustes par les particuliers. Mais pour les contrecarrer, la population ne peut agir spontanément, elle doit être incitée à le faire. Enfin, le dilemme classique du choix des bénéficiaires d'une politique publique entre une couverture universelle ou ciblée est résolu par les responsables burkinabé en sélectionnant une très large proportion de la population, les pauvres ou les femmes, mais jamais les indigents.

LES ACTEURS ET LE COURANT DES SOLUTIONS

Comment envisage-t-on au Burkina Faso et à Souna la réduction de l'exclusion permanente des soins de santé ? Quelles solutions préconise-t-on ?

Analysons d'abord ce que nous disent les acteurs. Un agent de santé (EF10) propose d'organiser les modalités de paiement en fonction des capacités à payer ; mais comme les indigents n'ont rien, cela sera gratuit pour eux. Néanmoins de nombreuses personnes interrogées, comme pour nous prévenir des dysfonctionnements du système de santé, soulignent cependant l'importance d'informer la population de la mise en œuvre de la gratuité des soins. Pour financer cette gratuité, certains proposent l'octroi de subventions tandis que d'autres suggèrent d'utiliser les revenus issus du paiement des soins. Face à l'engouement ouest-africain pour les mutuelles de santé, certains experts demandent qu'une réflexion soit menée pour la prise en charge des indigents par les mutuelles (EF1). Une seule personne, un infirmier travaillant en ville (EF6), préconise que le ministère de l'Action Sociale intervienne en faveur des indigents.

Étudions maintenant les propositions de solutions fournies par les experts aux agents de santé et aux responsables communautaires pour

atteindre l'objectif d'équité d'accès aux soins. Car selon Kingdon (1995), c'est dans la communauté des spécialistes que les propositions de solutions sont débattues, analysées et sélectionnées. Lors des cours de formation initiale à l'ENSP, le professeur a noté dans son cahier que « *certain aspects restent encore en suspend notamment celui de l'équité* ». On peut donc raisonnablement penser qu'aucune solution réelle n'a été proposée aux futurs responsables de CSPS. Au cours d'une des formations continues, les formateurs ont évoqué de temps à autre l'exclusion des soins des indigents. Le médecin responsable de cette formation en 2003 a même rappelé quelques solutions, qu'il ne semblait pas prendre au sérieux :

Une tarification n'est pas figée, si une personne ne peut pas payer on peut consulter gratuitement, la prise en charge des indigents, la solidarité doit s'exécuter ... (rire)... les gens discutent, si on fait ça [exemptions] les gens vont dire qu'ils n'ont pas les moyens. (...) si on allait dire que la tarification est fonction de la capacité à payer on aurait fait gratuit. (...) mais on n'a pas de pétrole (Ob 1).

Quant à la formation sur l'utilisation des bénéfices issus de la vente des MEG et des consultations², il n'a pas été question des indigents. Un médecin expatrié de l'ONG tente d'amorcer la discussion sur « *le rôle social d'un CSPS* » (Ob 3), mais il n'est pas suivi par le MCD. La discussion s'oriente plutôt sur l'obligation de l'État d'organiser la protection des indigents. Les bénéfices doivent être prioritairement employés pour le renouvellement des stocks de MEG et les frais de fonctionnement, comme le clame l'ONG. Ainsi, tel que l'atteste cet infirmier de brousse : « *dans la formation, il y a une partie où l'on parle des indigents mais ce n'est pas bien défini, on ne sait pas bien les exécuter, à quel moment il faut les donner, à quel coût il faut le faire, on a du mal à l'exécuter* » (EI37). Quant aux formations destinées aux MCD, les solutions demeurent théoriques, et aucune directive technique n'est donnée pour leur application. Le problème est « *très peu* » (EF16) évoqué, nous dit un formateur, et on leur laisse le soin, esseulés, de trouver des solutions locales. Enfin, en ce qui concerne les activités à mettre en œuvre, on demande aux médecins de « *réserver les ressources surtout à des activités pour lesquelles la probabilité est la meilleure d'arriver à un résultat* » (p. 22, module 2, souligné par les auteurs du document).

Les rédacteurs ministériels des manuels de formation des responsables communautaires et des gérants des DMEG proposent des solutions pour

2. Nous avons montré que les COGES ont la fâcheuse tendance de thésauriser, le niveau de trésorerie pouvant théoriquement prendre en charge les indigents (Ridde, 2003).

la prise en charge de la motivation (comprendre rémunération) des membres des COGES et fixent même une prime de « 20 % de la tarification des actes [...] au personnel de santé chaque trimestre », mais ils ne disent rien des ressources à déployer en faveur des indigents. Et pourtant, ils écrivent que « l'utilisation [du bénéfice] se fera selon l'esprit de l'Initiative de Bamako » (CADSS, 2000).

D'une manière générale, il faut bien reconnaître que la tendance est à l'absence de discussion pour trouver des solutions à l'exclusion des soins. Si, dans tous les documents de politique ou de planification sanitaire formulés depuis 1992 il a toujours été noté l'importance de trouver des solutions, en 2005, toujours aucune recherche opérationnelle pour ce faire n'a été effectuée. Cette problématique n'a jamais été effleurée, ni par l'ONG ni par ses interlocuteurs du district lors de la formulation du projet : « dans ces objectifs, il n'y a aucun cas de problème d'équité et d'indigents qui se pose » (EF7). Le responsable de l'ONG s'explique « finalement, je me rends compte qu'on passe assez rapidement à côté du sujet parce que... je te dis que la priorité... [rires]... c'est vraiment le plus grand nombre déjà. Donc le problème des indigents, ça passera après quoi » (EF11). Enfin, dans les CSPS, plusieurs infirmiers ou membres de COGES disent que « la question n'a jamais été discutée franchement dans un groupe comme ça » (EF5).

Aux dires des acteurs interrogés, la faisabilité technique des solutions en faveur de l'accès aux services de santé des indigents est loin d'être aisée (inexistante, inconnue, difficile à trouver ou à mettre en œuvre, conditionnée par des ressources), tout comme son adéquation avec les valeurs sociales. Il semble difficilement concevable localement de favoriser les indigents car les processus spontanés de partage sont de type égalitaire : « une vie est une vie » (FG1, homme). De surcroît, l'anticipation des contraintes de la prise en charge des indigents, produit une impression de cataclysme chez les acteurs : « on risque d'avoir sur nous toute la société, qui va se retourner maintenant pour nous absorber », et les COGES vont déposer le bilan et être en faillite : « nous risquons de disparaître » (EF5).

LES ACTEURS ET LE COURANT DES ORIENTATIONS

Le penchant mondial vers la privatisation du système de santé a été fort bien analysé pour l'Afrique (Turshen, 1999). Lee et Goodman (2002) ont montré la manière dont les réformes du financement de la santé ont été accaparées par une *transnational managerial class*, qui, en vase clos, a décidé des options à promouvoir. Cela a nécessairement influencé les responsables nationaux et locaux du système de santé au Burkina Faso, tel que l'on peut

le constater pour les cadres du ministère de la santé et ceux de l'ONG. Un membre de l'ECD dit par exemple lors d'une visite d'un dispensaire que « *la santé n'est gratuite dans aucun endroit dans le monde* » (VS 6). Les individus qui ont participé aux entrevues perçoivent aussi cette orientation générale vers un désengagement de l'État et une participation accrue des citoyens au financement de la santé pour « recouvrer les coûts ». « *Et au fur et à mesure dans le temps, on s'est rendu compte qu'il fallait se prendre en charge parce que l'État n'allait pas honorer cela* [le paiement des médicaments] » (EF15), nous dit un membre de l'ONG. Cette vision des acteurs concernés transparait dans celle des journalistes burkinabé et de la population dans son ensemble. Discutant de la reconfiguration des hôpitaux publics, des journalistes usent d'un titre révélateur pour leur article : « *Sociétés d'État. Le bâton de la rentabilité râpe la carotte de l'autonomie* » (Journal du Jeudi, n°619, 2003). L'obligation de payer lorsque l'on utilise les services de santé est bien ancrée « *dans l'esprit des gens* » (EF9), il faut « *rentabiliser* » (EF7), dit un médecin. Et pour que les patients n'oublient pas cette prescription, le dicton « *Pour la santé soyons prêts à payer le prix* » est affiché sur le mur du CSPS (V 1). Les bailleurs de fonds ne se préoccupent pas plus des indigents que les autres acteurs : « *Vous le sentez même que lors des rencontres avec les bailleurs de fonds ou bien le niveau national [...] personne ne va dire mais pourquoi le comité de gestion n'a pas donné les médicaments gratuitement* » (EF7).

Au sein de notre analyse documentaire, l'étude de l'ensemble des numéros du journal le plus critique du pouvoir en place depuis plus de 15 ans (L'Indépendant) est révélatrice du courant des orientations. Sur un total de 105 numéros comportant 982 articles parus en 2002 et 2003, les problèmes spécifiques du système de santé n'attirent pas l'attention des journalistes. Moins de 1 % des articles traitent d'un tel sujet. Nous avons vu que les ONG ont été parties prenantes du processus au démarrage de l'IB (comité inter ONG-IB). Mais elles n'useront pas de leur présence dans ce comité pour engager la discussion sur l'équité d'accès aux soins. Lors d'une réunion de ce comité en 1993, l'allocution consacrée à la présentation de la politique par un responsable d'ONG fera fi de l'équité et des indigents (Sorgho, 1993).

Un médecin bien au fait de l'évolution du système de santé propose une double explication à l'absence de préoccupation pour les plus pauvres. D'abord, il nous dit qu'il n'est pas toujours facile pour les acteurs du système de santé de comprendre la tendance nationale, eu égard au système de santé, tant certaines contradictions subsistent entre, par exemple, l'orientation de l'IB (le « recouvrement des coûts ») et les récentes décisions de gratuité, incitée par la Banque mondiale, de certains services. Ensuite, si les ONG

ne cherchent pas trop à mener les réflexions sur l'équité, c'est aussi parce que « *les décisions sont plus ou moins en fonction de l'intervenant qui change du jour au lendemain* » (EF16). De surcroît, la politisation de l'administration publique a été pointée du doigt à plusieurs reprises, notamment par le Comité national d'éthique en 2003. L'équité originelle de la stratégie des SSP et de l'IB demeure d'actualité (discursive). Elle a été maintes fois rappelée dans les textes des politiques publiques, qui ont suivi les déclarations officielles prononcées à Alma-Ata puis à Bamako. Cependant, pour un médecin ayant été l'une des personnes les plus impliquées dans l'organisation de l'IB au niveau central :

C'est un vocabulaire qui fait partie d'un ensemble de choses... il faut parler de l'équité, il faut parler de la santé pour tous, il faut parler des indigents parce qu'on sait qu'il y a des indigents, mais les acteurs de terrain sont, à mon avis, assez conscients que le politique n'en fait pas une véritable préoccupation (EF1).

Un président de COGES confirme cette vision : « *y a pas ça aussi dans l'idée de gouvernement* » (EF13). Mais pourquoi faut-il parler d'équité ? Un ancien haut responsable répond : « *Les organisations internationales font des pressions sur les États, envoient des techniciens etc., et donc amènent les États à écrire des choses dans lesquelles ils ne voient pas grand-chose* » (EF4).

La Banque mondiale est un entrepreneur politique important dans le courant des orientations. Elle exerce une « *pression* » (EF16) sur les responsables du gouvernement pour que des actes soient accomplis en faveur de l'accès des pauvres (tous les pauvres, pas les plus pauvres) aux soins. Le gouvernement, nous dit un responsable du niveau central, répercute cette « *pression* » (EF2) sur les agents de santé pour que ce souhait se concrétise par une injonction visant à, dans ce cas, donner un accès gratuit à certains soins de santé. Il y a donc un mouvement favorable aux pauvres de Washington à Ouagadougou, mais qui semble s'arrêter là, sans approcher les acteurs de première ligne. Il y a comme une césure qui se termine dans un rapport où l'on se gargarise de décisions prises en faveur des pauvres alors que nous avons constaté qu'elles n'ont jamais été appliquées. Ce que nous percevons de l'utilité de telles décisions nous laisse croire que l'objectif principal est qu'elles soient prises et qu'elles figurent dans les rapports, c'est tout. Le fait que tout le monde sache qu'elles ne sont pas applicables n'est pas un problème. Un membre d'une ONG raconte « *J'étais à une réunion avec les gars de la Banque mondiale [...] je lui ai dit [...] c'est inapplicable votre mesure là [...] mais lui il a trouvé que c'est quelque chose qui était déjà acquis, et il ne pouvait rien faire quoi!* » (EF11).

Quant à la place de l'équité dans l'intervention de l'ONG au sein du district de Souna, il est clair qu'elle est reléguée au second plan. L'objectif du projet ne concerne en aucun cas des sous-groupes de la population. Il s'agit de faire en sorte d'améliorer, *globalement*, l'accès aux MEG, tant d'un point de vue géographique que financier, bien que l'accent soit particulièrement mis sur l'aspect géographique (Ridde et al., 2005), et pour obtenir un tel résultat, cela demande de tels « *efforts que finalement tu laisses tomber le côté indigent* » (EF11).

LES ACTEURS ET L'EXERCICE DU POUVOIR DANS LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES DE SANTÉ

Alors que nous venons de traiter du rôle des acteurs au sein des trois courants des politiques publiques, nous devons maintenant nous pencher sur les interactions entre ces acteurs, sur la notion de pouvoir qui en découle et donc sur le contrôle de certaines ressources. En effet, nous avons affirmé qu'une politique publique est définie comme une tentative de régulation des problèmes publics par des acteurs qui veulent contrôler des décisions concernant leurs propres ressources (Lemieux, 2001). Il faut rappeler que fidèle à notre cadre d'analyse et notamment à l'approche de la socioanthropologie du développement, nous devons nous interroger sur la manière dont les différentes catégories de ressources ont été des atouts ou une source d'enjeux dont la résultante a été l'apparition d'un certain nombre de logiques. Dans d'autres travaux en Afrique de l'Ouest, les socioanthropologues ont d'ores et déjà relevé un certain nombre de logiques d'acteurs. Nous partons en effet de l'hypothèse que l'exercice du pouvoir, qui se matérialise par la volonté de contrôler certaines (7) ressources (sous la forme d'atouts ou d'enjeux (Crozier & Friedberg, 1977)), engendre l'émergence de stratégies particulières (autrement nommées logiques (J.-P. Olivier de Sardan, 1995)) par les acteurs sociaux de l'arène de recherche au cours de la mise en œuvre de la politique. Dans le contexte de cette recherche, il nous semble avoir mis au jour 10 logiques particulières.

C'est à partir d'une fine observation d'une myriade d'interactions entre les acteurs sociaux concernés par la mise en œuvre de l'IB dans le district étudié, que nous avons été en mesure de repérer la récurrence de certaines logiques³, au sein de l'arène de notre recherche. Évidemment, les logiques

3. Définit comme « les diverses lignes de cohérences que l'observateur déduit à partir d'une observation empirique d'ensembles de pratiques particulières différentielles, sans préjuger d'une théorie » (J.-P. Olivier de Sardan, 1995).

Figure 2 : Les ressources comme atouts et sources d'enjeux dans l'émergence de logiques



Source : auteur

préalablement décrites dans la littérature anthropologique ont été prises en compte et ont été des points de départ. Cependant, c'est essentiellement à l'aide de nos observations empiriques que nous avons pu découvrir la présence de dix logiques différentes. Les détails de la description et des illustrations empiriques de chacune de ces logiques sont fournis dans un autre article (Ridde, Sous presse). Dans cette section nous souhaitons surtout centrer notre propos sur l'analyse de l'exercice du pouvoir, ce qui est rarement fait dans de telles études.

Aussi, à partir de l'étude attentive des manifestations empiriques des dix logiques, nous avons tenté de comprendre sur quelles ressources portaient majoritairement l'exercice du pouvoir, adaptant ainsi une proposition méthodologique de Lemieux (2001). Pour cela, chacune de ces illustrations concrètes a été analysée dans le but de préciser quelles étaient les ressources concernées. Précisons immédiatement que cet exercice n'a aucune valeur statistique visant à généraliser les résultats à une population particulière. L'utilisation de la quantification des ressources en jeu n'a d'autre but que celui de pointer le regard de l'analyste vers des éléments récurrents ou exceptionnels. Il est d'autant plus important de relever ce point que certaines logiques disposent d'un plus grand nombre de manifestations empiriques que d'autres, sans qu'aucun choix statistique n'ait sous-tendu cette mise en relief. C'est à la suite d'un processus inductif que ces expressions empiriques ont émergé. Cette réflexion peut donc, dans un premier temps, s'effectuer d'une manière générale, et dans un second temps, d'une manière particulière pour chacune des dix logiques. Le tableau précise le nombre de fois où chacune des sept ressources a été un atout ou un enjeu, à l'occasion du déploiement des dix logiques rencontrées. Pour que le lecteur prenne en

TABLEAU 2
Catégories de ressources et émergences de logiques

	Nombre de situations	Normes	Postes	Commandes	Liens	Supports	Effectifs	Informations
Accaparement	8	0	6	0	1	8	0	3
Neutra/Domination	10	3	7	4	6	2	0	4
Discours	6	3	1	0	0	3	0	6
Clientélisme	8	0	1	4	8	5	3	0
Opacité	4	0	3	0	1	1	0	4
Connivence	6	0	5	1	4	5	0	0
Évitement	9	1	3	3	8	1	0	7
Suspicion	12	3	2	2	8	8	0	2
Substitution	3	0	3	0	3	0	0	3
Mépris du service public	4	4	3	0	0	4	0	0
Total général	70	14	34	14	39	37	3	29

Source : auteur

compte les considérations méthodologiques énoncées dans les lignes précédentes, nous avons également noté le nombre de situations locales qui ont servi de base à l'élaboration de cette numération.

D'une manière globale, lorsque l'on regarde les ressources qui ont été les plus en jeu lors des manifestations que nous avons relevées, trois d'entre elles se dégagent : les liens, les supports et les postes.

Que les ressources relatives aux liens viennent en première position n'a rien de très étonnant puisque la majeure partie des situations que nous avons observées et qui forment notre matériau de base concerne des interactions entre plusieurs acteurs sociaux (focaliser notre regard sur ces événements était une de nos stratégies de recherche privilégiée). Les ressources relationnelles sont au centre de nos observations. Il est donc tout à fait normal qu'elles paraissent au premier plan. Cela est d'autant plus vrai qu'il s'agit la plupart du temps d'une rencontre entre des acteurs issus d'horizons ou de positions sociales différentes. C'est ce que nous souhaitons étudier prioritairement. La manière dont cette variété de catégories d'acteurs interagit, tout en arrivant à conserver et à maintenir des liens sociaux pour des buts qui peuvent parfois être différents, explique pourquoi la ressource relationnelle prend cette importance dans nos données. Que cette ressource apparaisse au premier plan s'explique également par certaines logiques rencontrées (clientélisme ou évitement) qui font essentiellement appel aux liens relationnels. Dans le tableau précédent, ces ressources obtiennent le plus grand nombre de points (39).

Dans un contexte de rareté de ressources où l'un des apports essentiels d'un projet de développement est constitué par les sommes nouvellement apportées et, comme nous l'avons largement expliqué, puisque l'IB et la vente des MEG sont à la source d'une nouvelle manne financière, importante localement, il n'est pas surprenant de voir que l'argent arrive en tête des enjeux (37). Evidemment, la catégorie des supports ne concerne, du moins théoriquement, pas uniquement les ressources financières, mais dans le cas étudié ici, il faut bien admettre que c'est ce qui se passe. Les supports non monétaires n'ont été convoqués que de très rares fois. La lutte pour disposer du pouvoir sur l'argent est donc fort pesante au sein de la logique de l'accaparement et de la suspicion. Enfin, les postes forment la troisième ressource essentielle dans notre situation (34). Les postes sont des enjeux dans toutes les logiques rencontrées, ils ne sont pas toujours prépondérants et sont même quelquefois des atouts intermédiaires et instrumentaux pour exercer un contrôle sur une autre ressource, notamment monétaire. Ces ressources

statutaires sont aussi un bon moyen, pour quelques-uns, d'exercer la logique de neutralisation ou de domination sur quelques autres.

Les ressources humaines ne sont que très peu présentes dans le contexte local de cette recherche (3). Il y a certes eu trois manifestations particulières à ce sujet, mais puisque nous nous sommes essentiellement attardés aux interactions entre les acteurs locaux qui ne disposent d'aucun pouvoir sur les effectifs, ces derniers n'ont pas été une source importante d'enjeux. Cette ressource n'a été perçue que dans une seule logique, celle du clientélisme, comme pour attester que l'enjeu de la gestion des ressources humaines dans ce contexte ne repose apparemment pas uniquement sur des valeurs de compétence professionnelle ou de besoins locaux.

Maintenant, lorsque l'on concentre notre attention sur chacune des logiques rencontrées, la précision des ressources en jeu apporte une certaine pertinence quant aux choix effectués dans l'élaboration et la qualification des stratégies. Par exemple, on remarque que la logique d'accaparement a été la résultante de la recherche du contrôle sur deux ressources principales : les postes et les supports. Ainsi, on comprend que l'on tente de s'accaparer majoritairement de l'argent et, en regardant de plus près les données empiriques, que cela peut s'effectuer grâce à une position stratégique que permettent certains postes. La logique de neutra/domination s'exerce par le contrôle sur les postes et les liens, ces deux ressources étant intimement liées pour que cela soit mis en œuvre. La stratégie du discours est l'effet d'une volonté certaine de mainmise sur les ressources informationnelles. Cacher certaines données ou en inventer d'autres à l'intention de personnes particulières est ce qui se déroule lorsque l'on déploie la logique du discours. La ressource qui apparaît la plus mobilisée pour engendrer la logique du clientélisme concerne, nous l'aurions prévu, les relations individuelles. Les liens qu'entretiennent les différents acteurs sociaux, ou qu'ils souhaitent entretenir, forment le cœur de cette tactique. Quant à la manœuvre de l'opacité, il s'agit bien d'une façon d'occulter certaines informations par l'entremise, bien souvent, de ressources statutaires. En ce qui concerne la connivence, on remarque qu'il ne se dégage pas de ressource parmi les autres. Cela s'explique par le fait que la mise en œuvre de cette stratégie ne peut apparemment s'effectuer que dans la mesure où trois ressources sont concomitamment en jeu : les postes, les liens et les supports. Autrement dit, le désir de contrôler certaines ressources, tel que l'argent (enjeu), est envisageable lorsque l'on peut mobiliser ses relations et sa position statutaire (atout).

La méthode de l'évitement fait entrer en ligne de compte, prioritairement, les ressources relationnelles et informationnelles. La ressource principale concerne les liens que tissent les acteurs ou le souhait, en taisant quelques informations, de les renforcer ou tout simplement de les consolider. Lorsque l'on s'attarde à la logique de la suspicion, on remarque facilement que l'enjeu principal que l'on veut s'approprier est le support, essentiellement d'ordre financier. La nature des relations que les personnes mobilisent forme ou non un atout pour la mise en œuvre de cette stratégie de suspicion. Si les ressources relationnelles étaient fondées sur la confiance mutuelle, il est fort possible qu'une telle logique n'existerait pas. La stratégie de substitution ne fait émerger le contrôle d'aucune ressource en particulier mais on trouve plutôt trois éléments qui sont présents en même temps : les informations, les liens et les postes. Cela se comprend par le fait que la substitution ne peut s'effectuer que si des relations existent entre des acteurs, la nature de ces relations étant évidemment en jeu, et si les ressources statutaires des uns et des autres sont l'objet de luttes particulières. La détention ou la rétention de l'information est également le sujet (enjeu) de cette substitution. Enfin, en posant le regard analytique sur la stratégie du mépris du service public, on constate que les normes sociales et la valeur que l'on accorde aux biens publics, disposent d'une place particulière et prééminente. Car c'est l'absence de considération pour cette valeur qui provoque cette manière d'agir dont l'objet principal est les ressources, cette (rare) fois-ci non exclusivement pécuniaire.

À la suite de cette étude globale et spécifique aux dix logiques rencontrées sur le terrain de la recherche, il est possible de résumer les relations de pouvoir, comprises comme la volonté d'un acteur de contrôler certaines ressources selon ses propres préférences au détriment d'autres acteurs, et leurs résultantes que sont les logiques et stratégies. Dans le tableau, pour simplifier l'analyse et favoriser la visibilité, nous ne retenons que les ressources principalement en jeu, comme nous venons de le faire dans les lignes précédentes. Nous proposons également dans ce tableau de préciser si les ressources en jeu forment des atouts ou des enjeux, reprenant ainsi la dichotomie de Crozier et Friedberg (1977) également employée par Lemieux (2001). Cette distinction méthodologique constitue, selon ce dernier auteur (p. 187-9), une voie qu'il faut tester pour vérifier la pertinence de l'approche qu'il propose.

TABLEAU 3
Ressources principales, enjeu (E) et/ou atouts (A), et émergence de logiques

Logiques	Normes	Postes	Comm.	Liens	Supports	Effectifs	Inform.
Ressources							
Accaparement		A			E		
Neutra/Domination		A		E			
Discours							E
Clientélisme				E			
Opacité		A					E
Connivence		A		A	E		
Évitement				E			A
Suspicion				E	E		
Substitution		A		E			A
Mépris du service public	E				E		
Nombre d'atouts		5		1			2
Nombre d'enjeux	1			5	4		2

Source : auteur

Ce tableau permet de montrer que les postes sont exclusivement des ressources d'atouts alors que les supports, ressources financières par excellence, sont des enjeux de pouvoir, comme le montre visuellement la figure ci-dessus. Comme nous l'avons déjà dit, les liens sont des enjeux importants, ce qui s'explique par le fait que nos observations se situaient majoritairement dans un contexte relationnel. Les commandes et les effectifs sont des ressources absentes du tableau, montrant ainsi qu'elles ne sont pas l'objet principal de l'exercice du pouvoir dans le contexte des logiques. Le nombre de ressources principales à titre d'atouts est quasiment deux fois moins grand que celui à titre d'enjeux, traduisant certainement le fait que les relations (liens, n=5) et l'argent (supports, n=4) sont des enjeux prépondérants au déploiement des logiques constatées.

DISCUSSION

Faute de place, on laissera le lecteur lire les quelques limites de l'étude ailleurs (Ridde, 2007). Nous suggérons maintenant une triple explication à cet *implementation gap* résultant de l'absence de la rencontre des courants.

Les fenêtres d'opportunité

Trois raisons expliquent que les fenêtres d'*opportunité* apparues de manière récurrente depuis 15 ans dans le champ des politiques de santé n'ont pas été employées en faveur de l'équité.

i) Le processus d'implantation de l'IB a été inapproprié au changement que nécessite la prise en compte de l'équité. Quatre mots clefs, empruntés largement au matériel empirique, semblent qualifier la mise en œuvre de l'IB : parachutage, précipitation, accélération et politique. Malgré la présence antérieure de certaines expériences de recouvrement des coûts, l'initiative est venue de l'extérieur du pays, sans adaptation aux besoins locaux. La dévaluation du Franc CFA, imposée par la France, a eu des conséquences néfastes. Envoyés pour des raisons essentiellement politiques, l'afflux de médicaments n'a pas été mis à profit pour réfléchir, collectivement, à la manière dont on allait profiter de ces ressources pour instaurer un système de financement de la santé plus équitable. Le transfert des politiques vers les pays du Sud par les organisations internationales s'opèrent selon un processus « *diffuse, iterative and looped* » composé de trois sous-processus (Walt, Lush, & Ogden, 2004), ce qui est exactement le cas pour l'IB au Burkina Faso (tableau 3).

TABLEAU 4
Processus de transfert des politiques publiques et de l'IB

Sous-processus	Caractéristiques	Cas international de l'IB	Cas national de l'IB
Du bas vers le haut	Des connaissances et des expériences sont produites	Des expériences pilotes démarrent au Bénin et en Guinée	Des projets pilotes sont implantés par l'USAID et la BM
Standardisation et formulation	Des coalitions attirent l'attention sur le sujet, des ressources sont mobilisées, des meilleures pratiques sont formulées	L'UNICEF et l'OMS mobilisent des ressources et formulent la politique à Bamako en 1987	Un atelier est organisé en 1992 et le document de lancement est écrit
Du haut vers le bas	Des pratiques sont diffusées (marketing) et implantées localement	L'IB est lancée au Burkina en 1993	L'IB démarre au Burkina en 1993. La cellule de suivi de l'IB est créée

Source : adapté de Walt, Lush et al. (2004)

À propos des SSP et de l'IB au Burkina Faso, Aude Meunier (1999) fait le même constat « *les moyens d'action fonctionnent sur des modèles prédéfinis, ils sont imposés aux pays adoptants* » (p. 34). Évidemment, ce procédé de standardisation internationale ne favorise absolument pas les adaptations

locales. Personne ne s'est dit qu'il fallait profiter de ces fenêtres d'*opportunité* pour tester la façon d'implanter les mesures d'exemption pour les indigents, ni la Banque mondiale, ni l'UNICEF, ni les coopérations bilatérales et aucune ONG. C'est sans doute parce qu'il y a eu un processus de « *building of consensus across different institutions and national settings defining the «problem» of health care financing and potential solutions* » (Kelley Lee & Goodman, 2002, p.116).

ii) Au niveau local, l'absence de saisie des *opportunités* offertes réside dans l'interprétation de l'IB faite par les acteurs et dans la sélection des messages émis lors de ces occasions. Il s'agit là des fameux principes de sélection et de détournement mis au jour par les anthropologues (J.-P. Olivier de Sardan, 1995). Puisque personne n'entend véritablement parler d'équité lors de ces moments cruciaux, les inégalités d'accès ne sont pas mises à l'ordre du jour et on ne profite pas de ces instants pour trouver une solution. De surcroît, le point n°7 de l'IB (l'exemption) a été omis de toutes les présentations de cette politique publique. Cette sélection n'a rien d'étonnant, car même des promoteurs de la politique à l'UNICEF (écrivant aujourd'hui pour la Banque mondiale) lors de son avènement reviennent sur la vision équitable et affirment que l'IB « *was not set initially at reaching the poorest groups but at restoring access to affordable quality care to the majority of the rural population* » (Knippenberg et al., 2003, p.28).

iii) Les acteurs sociaux ont l'impression d'être incapables d'agir et donc de pouvoir profiter des *opportunités*. D'abord, tant au plan national qu'international, les solutions techniques proposées pour rendre l'accès et le financement des soins plus équitables sont rares (Palmer, Mueller, Gilson, Mills, & Haines, 2004). Pour paraphraser Kingdon (1995) à propos de la *primeval soup* des solutions, les parties prenantes de la politique n'ont rien eu à se mettre sous la dent, la soupe n'a été ni servie ni même préparée. Ensuite, le dysfonctionnement du système de santé ne facilite rien : il est très centralisé et pas assez financé, il dépend encore beaucoup des projets et de leurs lots d'avatars, comme la pratique des *per diem* (Smith, 2003), et les agents de santé usent de leur pouvoir en faveur du *statu quo* et contre le changement (Paganini, 2004).

En revanche, les fenêtres d'*opportunité* apparues dans le champ des politiques de lutte contre la pauvreté ont été employées pour tenter d'améliorer l'accès aux soins de certains sous-groupes de la population. Malheureusement, cela n'a pas été effectué selon un processus efficace pour instaurer plus d'équité. Il y a d'abord des conflits de valeurs car favoriser l'accès gratuit aux soins pour certains va à l'encontre des perspectives émiques de la justice

sociale (Ridde, 2006b) et du courant dominant du recouvrement des coûts et du paiement des soins. Ensuite, les décisions ont été prises de manière unilatérale, non participative : « *c'est sous la pression de la Banque mondiale dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, qu'on a décidé de faire les actes préventifs gratuits* » (EF16). Puis, les décisions n'ont été ni expliquées aux acteurs de terrain ni suivies et toujours pas évaluées fin 2004.

Mais, il ne faudrait pas voir les dirigeants burkinabé comme de simples automates répondant aux ordres de Washington. Les relations qu'entretiennent les fonctionnaires des institutions internationales avec les dirigeants nationaux et les « *domestic acolytes* » (M. Grindle, 2000, p.5), formant une communauté épistémique (Kelley Lee & Goodman, 2002), nous paraissent composer une partie de l'explication. Aussi, les dirigeants ont une certaine marge de manœuvre qu'ils n'ont pas employée.

Les entrepreneurs politiques

Il n'y a pas eu d'individus désirant user de leurs ressources pour promouvoir l'équité d'accès aux soins et provoquer ainsi le couplage des courants des solutions et des problèmes dans la mise en œuvre de l'IB. Les enjeux de pouvoir qui sont liés aux fonctions de membres d'un COGES forment une partie de l'équation explicative (Balique, Ouattara, & Ag Iknane, 2001 ; Fassin, 2000 ; Gilson et al., 2000). Les membres des ONG sont eux trop dépendants des bailleurs de fonds pour agir autrement et doivent ménager leurs relations avec les cadres du ministère pour mener à bien leur projet et obtenir de nouvelles subventions (Pfeiffer, 2003). Quant aux fonctionnaires de l'OMS et de l'UNICEF, ce n'est plus un secret que de dire qu'ils ont perdu leur leadership au profit de ceux de la Banque mondiale, institution qui n'a pas la réputation d'être la plus proche du peuple et la plus préoccupée, au-delà des discours, par la justice sociale (Hibou, 1998). Les organisations sociopolitiques nationale et locale paraissent toutes deux de nature stratarchique, hiérarchique et sont fondées sur la recherche de consensus et de paix sociale, ce qui ne favorise pas l'émergence d'entrepreneur chez les particuliers. Les agents de santé ont « capturé » le système (Paganini, 2004). Comme d'autres l'ont dit sur l'IB (Tizio & Flori, 1997), la plupart des agents sont plus attirés par la maximisation de leurs profits que par la redistribution des revenus en faveur des indigents : « *ils sont plus préoccupés par leurs salaires* » (EF18), nous dit un particulier. Les responsables politiques élus n'ont jamais dépassé la logique discursive de l'équité. En outre, les représentants du peuple n'ont pas la crédibilité nécessaire pour se préoccuper des inégalités d'accès aux soins, les caricatures de la perception publique du

pillage des ressources foisonnent dans les journaux satiriques locaux. Mais, il ne faut pas s'étonner de la capacité toute relative de ces politiciens d'agir sur les politiques publiques : « *pressures arising from globalisation are changing the capacity of the state to formulate and implement health policy* » (K. Lee, Buse, & Fustukian, 2002, p.253).

Une situation qui n'est pas un problème public

Si la reconnaissance de l'existence d'un problème n'est pas seule garante de la mise en œuvre d'une politique publique — puisque la rencontre avec le courant des solutions est aussi nécessaire — il est indispensable que la situation, dans notre cas majoritairement vécue par les exclus permanents, soit comprise comme un problème *public*, globalement et socialement reconnu en tant que tel par la société en général et pas seulement par quelques personnes. D'une manière générale, on voit bien qu'aucun des neuf éléments constitutifs d'un problème n'est propice à cette transformation cognitive chez les acteurs (Ridde, 2006a). Le système de valeurs paraît s'appuyer sur une théorie de la justice distributive guidée par la présence de l'égalitarisme et déjà mis en évidence pour les Mossi (Fiske, 1990), ce qui n'incite pas à la prise en compte de sous-groupes de la population (le holisme de Dumont (1985)). Comme au Niger « *l'inégalité est constitutive de l'ordre social* » (Raynault, 1990, p.519). En outre, il faut que les membres de la communauté s'entendent, se respectent, respectent l'organisation sociale et vivent en harmonie. Le conflit est la pire des situations qui puissent être imaginées, comme Hagberg (2001) l'a parfaitement montré. Les acteurs concernés par l'IB sont situés dans des sphères sociétales trop éloignées du problème et des personnes concernées par la situation. Comme au Bénin, en Zambie et au Kenya, « *all countries simply failed to recognise and tackle the specific needs of the poorest* » (Gilson et al., 2001, p.54). Farmer (2003) propose une explication : « *the suffering of the world's poor intrudes only rarely into the consciousness of the affluent, even when our affluence may be shown to have direct relation to their suffering* » (p. 31).

CONCLUSION

Cette recherche visait à rendre intelligible la focalisation des acteurs sociaux sur les objectifs d'efficacité de l'initiative de Bamako au détriment de ceux liés à l'équité de l'accès et du financement des services de santé. Pour atteindre ce but, nous nous sommes immergés durant sept mois dans une arène burkinabé et nous nous sommes munis d'une approche théorique

empruntant des concepts et une démarche méthodologique aux champs de l'étude des politiques publiques et de l'anthropologie du développement. Nous postulons en effet que seule la conjugaison de ces deux champs de connaissance pouvait rendre explicite la nature des relations entre les acteurs et fournir quelques explications à cette problématique maintes fois décriée par les chercheurs, et ce, encore très récemment. (Gwatkin, Bhuiya, & Victora, 2004; Streefland, 2005).

Le prolongement de la théorie des courants de Kingdon (1995) a été fécond pour expliquer la mise en place avortée de l'IB à propos de l'objectif d'équité. Ce n'est que la seconde fois, à notre connaissance, que cette théorie est validée au sous-processus de la mise en œuvre des politiques publiques (Ridde, Sous presse). Il n'y a pas eu de rencontre du courant des problèmes relatifs à l'équité avec celui des solutions, car les moments opportuns n'ont soit pas été saisis, soit l'ont été à mauvais escient. Si quelques solutions existent, elles ne sont ni explicites ni faciles à implanter dans un système de santé relativement dysfonctionnel où les acteurs planifient pour disposer de ressources et non pour répondre à des besoins. En dehors d'une situation propre à une formation sanitaire ne faisant pas partie de l'arène de la présente recherche, aucun entrepreneur politique n'a décidé d'user de ses ressources pour favoriser le rapprochement de ces courants nécessaires à l'accès aux services de santé des indigents. Cela est vrai pour toutes les catégories d'acteurs, y compris les membres d'ONG internationales qui semblent penser que la pérennité de leur projet et du fonctionnement des centres de santé serait compromise par la réduction des inégalités d'accès aux services. Et comme, socialement, il ne paraît pas urgent de s'interroger sur le sort des indigents et de certains sous-groupes de la population marginalisés, ces acteurs sociaux ont de *bonnes raisons* de ne pas chercher des solutions pour contrecarrer ces inégalités.

Car l'un des éléments essentiels de cette recherche est d'avoir mis au jour, comme certains l'ont fait dans d'autres contextes (Contandriopoulos, 2003; Gilson, 2003), l'imbrication entre le système de valeurs prédominant dans une société et l'organisation de son système de santé. Le système de santé est « *un système social d'activités politiques* » (Dufour & Lamothe, 1999, p.321) et cette correspondance, entre valeur et système de santé en défaveur de l'équité, résulte d'une évolution sociopolitique évidente. En parallèle à une globalisation du monde, des politiques et des pratiques de santé (Gobatto, 2003) et d'une Afrique des individus (Ki-Zerbo & Holenstein, 2003; Marie, 1997) au détriment de la collectivité, on a tenté, depuis ces dernières décennies, de démanteler l'État et sa capacité à fournir et financer des services publics de santé. Or, « *the breakdown of trust in the state as a*

provider is a consequence, not the cause of the deterioration of the public health services» (Streefland, 2005). Alors que l'évolution de la société tend à mettre de côté certains sous-groupes, à prôner une justice sociale plus proche de l'égalité que de l'équité et à réduire les comportements de solidarité, cette dérive d'un système de santé qui accorde une priorité à l'accessibilité géographique du plus grand nombre en vertu des croyances véhiculées par la Nouvelle gestion publique (suprématie de la performance) n'a fait qu'agrandir le gouffre dans lequel se trouvent les indigents et les jeter dans une « *medical poverty trap* » (Whitehead, Dahlgren, & Evans, 2001).

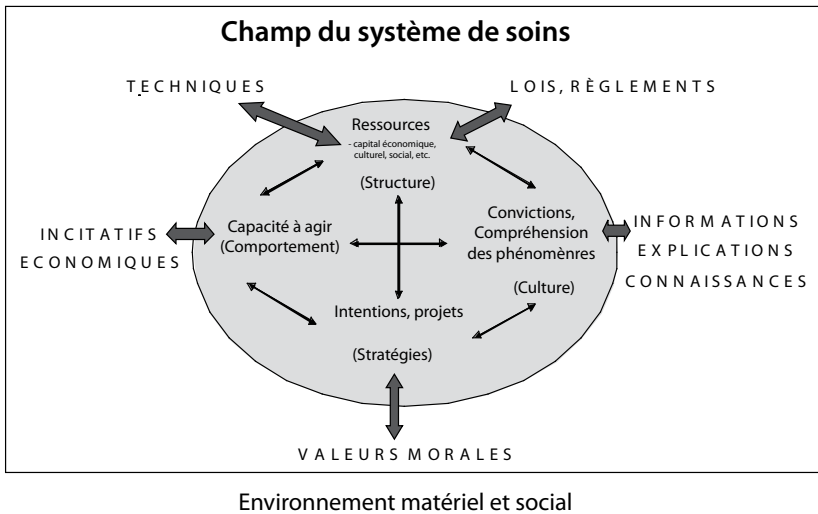
Certains ont proposé de qualifier cette situation de « *iatrogenic poverty* », la médecine produisant la pauvreté (Meessen et al., 2003, p.582). Nous avons déjà dit, à la suite de Gilson (2003), qu'un système de santé fondé sur des relations de confiance entre les parties prenantes est en mesure d'apporter une contribution importante à la construction des valeurs sociales. Or, dans cette étude de cas effectuée au Burkina Faso, le manque de confiance de la population, d'une part, envers le système de santé, et d'autre part, envers l'État en général a été mis en évidence. La « *social trap* » paraît consubstantielle à la « *medical poverty trap* ». Cette « *social trap* », nous expliquent Rothstein et Uslaner (2005), évoque le fait que des programmes sociaux universels (par. ex. un système de santé) ne peuvent voir le jour que dans la mesure où les gens ont confiance envers les autres et envers leur gouvernement, puisque ces programmes ne pourront exister que si un système de taxe équitable est organisé.

Or, si cette confiance n'existe pas, personne ne sera favorable à cette taxation et donc, ces programmes ne pourront survivre. C'est de nouveau un cercle vicieux. Si l'Afrique, contrairement à ce que pense l'Occident (Ki-Zerbo & Holenstein, 2003 ; Sen, 2005), dispose d'une longue tradition démocratique, on pourrait cependant aisément dire que ce n'est pas tout à fait le cas actuellement au Burkina Faso où l'organisation sociale et politique ne favorise pas véritablement un sentiment de confiance réciproque. L'espace public, pour reprendre les termes d'Olivier de Sardan (1999), est à (re) construire. À l'instar des propos de Sen (2005), qui nous explique que la démocratie ne se réduit pas à des techniques procédurales, un homme politique burkinabé, interrogé lors de notre recherche, disait : « *la formation éthique, la formation du citoyen. Il manque ça. Si la formation technique est bien, et bien la formation éthique, la formation du citoyen est mal faite* » (EF3).

La présente étude étant effectuée dans un champ où la recherche et l'intervention sont intimement mêlées, il nous faut maintenant faire des

propositions, à l'aune des connaissances ici développées, pour favoriser une amélioration du sort des indigents, eu égard à leur accès aux services de santé. La pierre angulaire de notre analyse, et donc de notre proposition, est constituée des acteurs sociaux. Ce qu'il faut être en mesure d'évoquer est la manière dont on pourrait s'y prendre pour inciter les acteurs à changer et ainsi briser le *statu quo* que l'on connaît. Or, pour reprendre une phrase déjà notée, « *un acteur changera s'il est incité à le faire, s'il comprend les choses de façon différente, si les techniques qu'il mobilise se transforment, si les lois et les règlements changent et enfin si le système dominant de croyances et les valeurs morales évoluent* » (Contandriopoulos, Champagne, Denis, Sicotte, & Lemay, 1996, p.16). Selon cette assertion, cinq types de mesures incitatives peuvent être envisagés pour faciliter cette évolution vers l'équité, tel que la figure suivante le montre bien.

Figure 3 : Les acteurs et les mesures incitatives



Source : (Contandriopoulos et al., 1996)

Comment favoriser l'accès aux services de santé des indigents dans un contexte de mise en œuvre de l'initiative de Bamako ? Supprimer le paiement direct des soins et réclamer un système de financement national sous une forme bismarckienne ou beveridgienne serait éventuellement la proposition la plus techniquement pertinente (*relevance*), bien que cette solution ne doive pas être prise de manière isolée, sans d'autres changements organisationnels, comme nous l'apprennent les récentes expériences (Ridde &

Morestin, 2009 ; Ridde & Diarra, 2009). Cela étant dit, elle ne serait en rien contextuellement pertinente (*responsiveness*) pour le moment face aux nombreuses difficultés pour l'État burkinabé de collecter et de partager des ressources financières locales. Il faut donc être pragmatique et évoquer des solutions et des incitations de l'ordre du faisable. Cependant, nous ne pensons pas utile de proposer une solution toute faite. Nous croyons en effet plus efficace de mettre en œuvre une recherche-action. L'une des explications, mise au jour dans cette recherche, à l'absence d'équité dans le système de santé est qu'aucune expérience concrète locale d'exemption du paiement des services n'a été tentée. Aussi, les acteurs sociaux n'ont pas été incités à agir en faveur des indigents, car personne ne leur a proposé de solution efficace et équitable au problème d'accès aux services. Les recherches opérationnelles à ce propos, prévues lors du lancement de l'IB en 1993, ne sont toujours pas réalisées en 2004. Or, une fenêtre d'*opportunité* s'est ouverte à travers le Plan national de développement sanitaire (ministère de la Santé, 2001) et le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.

Voilà pourquoi il nous paraît utile de saisir cette chance pour tenter d'instaurer plus d'équité dans le système de santé, par l'intermédiaire d'un projet de recherche, pour passer à l'action en faveur des indigents. Cela étant dit, avant de passer à l'action, il nous faut avant tout constituer une recherche-action concernant le système d'exemption du paiement pour les indigents. D'abord, il est indispensable, comme le cas sud-africain l'illustre parfaitement (Walker & Gilson, 2004), de favoriser la participation des agents de santé dans la mise en œuvre d'une telle option. Ensuite, les données probantes concernant les mesures d'exemption dans le cadre de l'IB sont encore trop parcellaires pour que nous puissions immédiatement passer à l'action. Nous l'avons déjà dit. Par conséquent, il est préférable de prévoir une recherche-action fondée sur la collaboration active des acteurs locaux dès le début pour développer de nouvelles connaissances utiles à l'intervention en faveur des indigents.

Le déploiement de cette recherche-action sera une occasion d'agir, de manière concomitante, dans le sens des cinq types de mesures incitatives. En effectuant ce travail, on rappellera aux acteurs l'existence des lois, règlements et autres documents techniques stipulant l'obligation légale des parties prenantes d'organiser des mesures d'exemption pour les indigents. La recherche visera à développer, de manière participative, des connaissances, quant à la méthode d'intervention, pour que la prise en charge des indigents soit techniquement réalisable et socialement envisagée. Cela sera possible en définissant avec les acteurs les modalités techniques de l'intervention. En proposant aux acteurs sociaux de s'interroger sur la façon de procéder

pour améliorer l'équité dans leur système de santé local, à l'échelle d'un centre de santé, nous les inciterons à porter un regard critique sur leur système de valeurs ; sans pour autant croire que cela remettra en cause, du jour au lendemain, leurs convictions et leurs croyances. Puisque une recherche-action repose sur un processus de participation active des acteurs et d'apprentissage mutuel, cette initiative fournira de nouvelles informations, explications et connaissances sur le phénomène de l'exclusion permanente des soins. Enfin, aucune incitation économique ne sera proposée aux responsables communautaires car nous avons vu que les fonds ne manquent pas véritablement à l'échelle locale. Cependant, la mise en place d'une telle recherche apportera des ressources financières qui devront, indubitablement, inciter les équipes cadres de districts ainsi que les chercheurs nationaux à intervenir en faveur des indigents. Le tableau suivant résume l'apport indéniable que pourrait avoir un projet de recherche-action concernant la mise en place de mesures d'exemption pour les indigents.

TABLEAU 5

Les acteurs, les mesures incitatives et une recherche-action en faveur de l'équité

Caractéristiques des acteurs	Mesures incitatives	Une recherche-action permettrait de ...
Ressources	Techniques	Proposer une modalité d'intervention
	Lois et règlements	Rappeler l'existence d'obligations légales et de directives
Convictions, compréhension des phénomènes	Informations, explications et connaissances	Rendre les acteurs concernés par les problèmes des indigents
Intentions, projets	Valeurs morales	Réfléchir à l'inégalité d'accès aux services de santé
Capacité à agir	Incitations économiques	Favoriser l'action des agents de santé et des chercheurs nationaux

Source : (Contandriopoulos et al., 1996).

Aussi, cette recherche-action serait un moyen pertinent pour produire, dans le contexte local, un certain nombre de connaissances concernant une nouvelle intervention favorable à l'accès aux soins des indigents, sa faisabilité et ses impacts. Cette proposition de recherche a été testée en mars 2005 avec l'objectif, également, de favoriser l'émergence d'un entrepreneur politique qui saura prendre à bras le corps cette problématique. La recherche-action a démarré en 2007 dans le district de Ouargaye pour une durée de trois ans. Ses résultats seront riches d'enseignements et la création de telles connaissances devrait permettre aux dirigeants politiques du Burkina Faso

de prendre toutes les décisions nécessaires au déploiement de telles mesures d'exemption à l'échelle du pays et contribuera, nous l'espérons, à la réalisation des objectifs nationaux fixés dans le PNDS et ceux du Millénaire. Il ne nous reste plus que six ans pour les atteindre.

BIBLIOGRAPHIE

- Balique, H., Ouattara, O., et Ag Iknane, A. (2001), « Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali », *Santé Publique*, 13(1), 35-48.
- Brinkerhoff, Derick W. (1996), « Process Perspectives on Policy Change: Highlighting Implementation », *World Development*, 24(9), 1395-1401.
- CADSS (2000), *Module de formation des comités de gestion des formations sanitaires périphériques de l'Etat, Manuel du participant*. Ouagadougou : MS/SG/DGSP/CADSS.
- Cobb, Roger W. et Joseph Coughlin F. (1998), « Are elderly drivers a road hazard? Problem definition and political impact », *Journal of Aging Studies*, 12(4), 411-427.
- Contandriopoulos, André-Pierre (2003), « Inertie et changement », *Ruptures: Revue transdisciplinaire en santé*, 9(2), 4-31.
- Contandriopoulos, André-Pierre, Champagne, François, Denis, Jean-Louis, Sicotte, Claude et Anne Lemay (1996), *Éléments financiers incitatifs/dissuasifs du système de santé au Canada*. Montréal : Université de Montréal, GRIS.
- Crozier, Michel et Erhard Friedberg (1977), *L'acteur et le système*, Éditions du Seuil, Paris.
- Demers, Louis et Vincent Lemieux (1998), « La politique québécoise de désengorgement des urgences », *Canadian Public Administration*, 41(4), 501-528.
- Dufour, Yvon et Lise Lamothe (1999), « Les approches au changement dans les systèmes de santé », In C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest & V. Lemieux (Eds.), *Le système de santé québécois, Un modèle en transformation* (pp. 313-339). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Dumont, Louis (1985), *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*, Éditions du Seuil, Paris.
- Farmer, Paul (2003), *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press, Berkeley.
- Fassin, Didier (2000), *Les enjeux politiques de la santé, Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Karthala, Paris.
- Fassin, Didier (2006), *Quand les corps de souviennent. Expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, La Découverte, Paris.
- Fiske, Alan P. (1990), « Relativity within Moose culture: Four incommensurable models for social relationships », *Ethos* 18, 180-204.
- Gilson, Lucy (2003), « Trust and the development of health care as a social institution », *Soc Sci Med*, 56(7), 1453-1468.

- Gilson, Lucy et al. (2000), « The equity impacts of community financing activities in three African countries », *International Journal of Health Planning and Management*, 15, 291-317.
- Gilson, Lucy et al. (2001). « Strategies for promoting equity: experience with community financing in three African countries », *Health Policy*, 58(1), 37-67.
- Gobatto, Isabelle (2003), « *Les pratiques de santé dans un monde globalisé: circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines* », Paris, Pessac: Karthala; Maison des sciences de l'homme d'Aquitaine.
- Grindle, Merilee (2000). *Designing Reforms: Problems, Solutions and Politics* (RWP01-020). Cambridge: Faculty Research Working Papers Series, John F. Kennedy School of Government, Harvard University.
- Grindle, Merilee S. et John Thomas W. (1991), *Public choices and policy change. The political economy of reform in developing countries*, Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- Gwatkin, Davidson, Bhuiya, Abbas et Victora Cesar G. (2004), « Making health systems more equitable », *Lancet*, 364(October 2), 1273-1280.
- Habgberg, Sten (2001), « A l'ombre du conflit violent. Règlement et gestion des conflits entre agriculteurs karaboro et agro-pasteurs peul au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines*, 161, 45-72.
- Heilbrunn, Benoît (2005), *La performance, une nouvelle idéologie?: Critique et enjeux*, Paris: La découverte.
- Hibou, Béatrice (1998), *Economie politique du discours de la Banque Mondiale en Afrique sub-saharienne. Du catéchisme économique au fait (et méfait) missionnaire*, (Les études du CERI n°39). Paris: CERI.
- Ki-Zerbo, Joseph et René Holenstein (2003), *À quand l'Afrique*, La Tour d'Aigues. Genève: Editions de l'aube; Editions d'en bas.
- Kingdon, John W. (1995), *Agendas, Alternatives and Publics Policies*, Harper Collins, New York.
- Knippenberg, Rudolph et al. (2003), *Increasing Client's Power to Scale Up Health Services for the Poor: The Bamako Initiative in West Africa; Background paper to the World Development Report*, Washington: World Bank.
- Lancet. (1988), « The Bamako Initiative – Editorial », *Lancet*, novembre 19, 1177-1178.
- Laurent, Pierre-Joseph (1996), « Dynamiques matrimoniales chez les Mossi du Burkina Faso; pratiques de l'église des Assemblées de Dieu, des aînés, des cadets et de l'Etat », In G. De Villiers (Ed.), *Phénomènes informels et dynamiques culturelles en Afrique* (p. 166-183): Institut Africain – L'Harmattan n°10-20.
- Lee, Keeley, Buse, Kent et Suzanne Fustukian (Eds.). (2002), *Health policy in a globalising world*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lee, Keeley et Hilary Goodman (2002), « Global policy networks: the propagation of health care financing reform since the 1980s », In K. Lee, K. Buse & S. Fustukian (Eds.), *Health policy in a globalising world* (pp. 97-199). Cambridge: Cambridge University Press.

- Lemieux, Vincent (2001), *Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir*, Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lemieux, Vincent (2002), *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*, Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Marie, Alain (1997), *L'Afrique des individus, Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey)*, Karthala, Paris.
- Meessen, Bruno et al. (2003), « Iatrogenic poverty », *Trop Med Int Health*, 8(7), 581-584.
- Meunier, Aude (1999), *Système de soins au Burkina Faso. Le paradoxe sanitaire*, L'Harmattan, Paris.
- Ministère de la Santé (1992), *Document national sur le renforcement des soins de santé primaires au Burkina Faso; projet de démarrage de l'Initiative de Bamako*, Ouagadougou: Comité préparatoire de l'Initiative de Bamako.
- Ministère de la Santé. (2001). *Plan national de développement sanitaire 2001-2010*, Ouagadougou: MS.
- Monnier, Eric (1992), *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*, Paris: Économica.
- Nitiéma, Abdoulaye P., Ridde, Valéry et Jacques Girard E. (2003). « L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso », *International Political Science Review*, 24(2), 237-256.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre (1995), *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, APAD-Karthala, Paris.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre (2002), « Les trois approches en anthropologie du développement », *Revue Tiers-Monde*, 168, 737-762.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre (2007), « De la nouvelle anthropologie du développement à la socio-anthropologie des espaces publics africains », *Revue Tiers Monde*, 191, 543-552.
- Olivier de Sardan, Jean-Pierre (1999), « L'espace public introuvable, chefs et projets dans les villages nigériens », *Revue Tiers Monde*, 157, 139-167.
- OMS (1999), *Revue de l'Initiative de Bamako, 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali) Recommandations générales et rapports des gouvernements du Mali et du Niger*: OMS (Afrique).
- Paganini, Agostino (2004), « The Bamako Initiative was not about money », *Health Policy and Development*, 2(1), 11-13
- Palmer, Natasha et al. (2004), « Health financing to promote access in low income settings – how much do we know? », *Lancet*, 364, 1365-1370.
- Pfeiffer, James (2003), « International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration », *Soc Sci Med*, 56, 725-738.
- Pressman, Jeffrey L. et Aaron Wildavsky (1984), *Implementation. How great expectations in Washington are dashed in Oakland*, London: University of California Press, Berkeley, Los Angeles.
- Raynault, Claude (1990), « Inégalités économiques et solidarités sociales. Exemples haoussa au Niger », In D. Fassin & Y. Jaffré (Eds.), *Sociétés, développement et santé* (p. 136-154), Éditions Ellipses, Paris.

- Ridde, Valéry (2003), « Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative », *Bulletin of World Health Organization*, 81(7), 532-538.
- Ridde, Valéry (2004), « Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique », *Politique et sociétés*, 23(2-3), 183-202.
- Ridde, Valéry (2006a), « L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public? », *Lien social et Politiques*, 55, 149-163.
- Ridde, Valéry (2006b), *La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso : le point de vue de quelques infirmiers et membres de comités de santé*. Ouagadougou : Etude Recit n°12, Laboratoire Citoyennetés http://www.unige.ch/iued/new/information/publications/pdf/ETU_RECIT/ETU12_Ridde.pdf.
- Ridde, Valéry (2007), *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, L'Harmattan, Paris.
- Ridde, Valéry (2008), « Equity and health policy in Africa : using concept mapping in Moore (Burkina Faso) », *BMC Health Serv Res*, 8, 90.
- Ridde, Valéry (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, Valéry (Sous presse), « Policy implementation in Africa : an extension of the Kingdon's multiple-streams approach », *Public Administration*.
- Ridde, Valéry (Sous presse), « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'Études africaines*.
- Ridde, Valéry et Abel Bicaba (2009), *Revue des politiques d'exemption/subvention du paiement au Burkina Faso. La stratégie de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence*, Université de Montréal. SERSAP. Institut de médecine tropicale d'Anvers. UNICEF.
- Ridde, Valéry et Jacques Girard E. (2004), « Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains », *Santé Publique*, 15(1), 37-51.
- Ridde, Valéry et Florence Morestin (2009), *Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique*, Montréal : Université de Montréal. Centre de recherche du CHUM-Département de médecine sociale et préventive. www.usi.umontreal.ca/pdf/fin/synthese_abolition_finale.pdf
- Ridde, Valéry et Aïssa Diarra (2009). A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa), *BMC Health Services Research*, 9:89 (3 June 2009) doi:10.1186/1472-6963-9-89.
- Ridde, Valéry, Nitiéma, Abdoulaye P. et Moussa Dadjoari (2005), « Améliorer l'accessibilité des médicaments essentiels génériques aux populations d'une région sanitaire du Burkina Faso », *Cahiers Santé*, 15(3), 175-182.
- Rothstein, Bo et Eric Uslaner (2005), *All for All: Equality and Social Trust*, Unpublished manuscript, London.
- Sen, Amartya Kumar (2005), *La Démocratie des autres : pourquoi la liberté n'est pas une invention de l'occident*, Payot, Paris.

- Smith, Daniel Jordan (2003), Patronage, per diems and the « Workshop mentality »: the practice of family planning programs in Southeastern Nigeria, *World Development*, 31(4), 703-715.
- Soucat, Agnès (1990), *Le financement communautaire des soins de santé primaires: est-il possible et équitable?*, Unpublished doctorat en médecine, Université de Nancy I, Nancy.
- Strauss, Anselm L. (1992), *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris: L'Harmattan.
- Streefland, Pieter (2005), « Public health care under pressure in sub-Saharan Africa », *Health Policy*, 71(3), 375-382.
- Tizio, Stéphane et Yves-Antoine Flori (1997), « L'initiative de Bamako: "santé pour tous" ou "maladie pour chacun" ? », *Revue Tiers Monde*, XXXVIII(152), 837-858.
- Turshen, Meredith (1999), *Privatizing health services in Africa*, New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press.
- UNICEF, HAI et OXFAM. (1989). *Report on the international study conference on community financing in primary health care*. Cape Sierre Hotel, Freetown, Sierra Leone.
- Walker, Liz et Lucy Gilson (2004), « We are bitter but we are satisfied: nurses as street-level bureaucrats in South Africa », *Social Science and Medicine*, 59(6), 1251-1261.
- Walt, Gill (1994), *Health policy: an introduction to process and power*, London and Johannesburg: Zed Press and University of Witwaterstand.
- Walt, Gill, Lush, Louisiana et Jessica Ogden (2004), « International organizations in transfer of infectious diseases: iterative loops of adoption, adaptation and marketing. Governance », *An international journal of policy, administration, and institutions*, 17(2), 189-210.
- Whitehead, Margaret, Dahlgren, Goran et Timothy Evans (2001), « Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? », *Lancet*, 358(9284), 833-836.
- WHO (1988), *Guidelines for implementing the Bamako Initiative. Regional Committee for Africa, 38th session, Brazzaville, 7-14 septembre, AFR/RC38/18 Rev.1*. Cited by Mc Pake et al. (1992).
- Wiseman, Virginia (2005), « Reflections on the impact of the Bamako Initiative and the role of user fees », *Trop Doct*, 35(4), 193-194.
- Yin, Robert K. (1994), *Case Study Research Design and Method*, London, New Delhi: Sage Publications.