



LES DEUX SOLITUDES : LES SYSTEMES DE RECHERCHE ET D'ORGANISATION DES SOINS DE SANTE AU BURKINA FASO À TRAVERS L'HISTOIRE DU PAIEMENT DES SOINS PAR LES PATIENTS

DOCUMENT DE TRAVAIL
29 mars 2012

Valéry Ridde (CRCHUM et Université de Montréal)
Roger Zerbo (CNRST, Burkina Faso)
Maurice Yaogo (AFRICSanté, Burkina Faso)
Omar Samb (CRCHUM et Université de Montréal)
Adama Faye (Université de Montréal et Université Cheik Anta Diop)

HRCS Learning *Global*
Global Learning About Health Research Capacity

Ce texte a été préparé pour le Symposium on Health Research Capacity Strengthening in Africa lié au 2012 Cape Town Health Forum dans le cadre du programme « Health Research Capacity Strengthening - Global Learning » coordonné par University of Western Cape School of Public Health, South Africa financé par le Centre de recherche en développement international (CRDI) du Canada. Valéry Ridde est « *Nouveau chercheur* » des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC).

ABSTRACT

Burkina Faso was one of the last African countries to decide (in 2010) to abolish fees for antiretroviral therapy (ART) for patients. Likewise, it is one of the very few countries that continue to charge parents of children under five years (100 F CFA, \$0.20) for a malaria treatment provided at the community level and to expect women to contribute to the cost of a delivery (\$1.80) in public health centres. Those in charge of the health system are thus resisting the current drive toward point-of-service user fees exemption policies upon which 20 or so other African countries have embarked. Rather, they mostly prefer using subsidy policies, seeing this as a means of making patients “take responsibility.” This resistance is surprising on two counts. First, there is a growing body of scientific evidence that point-of-service user fees exemptions help to improve equity of access to care, and that user fees actually do not contribute to sustainability. Second, exemption from user fees for certain services is not new in Burkina Faso.

It seems, therefore, that developments in the organization of the health system are not taking into account advances in knowledge about point-of-service user fees. It is as if these two systems were operating in parallel, without no reciprocal influence, two solitudes observing each other. To better understand this situation, we diachronously analyzed how the healthcare system context has evolved and the history of different forms of free care, as well as the existence and development of scientific production on healthcare financing.

The health system’s evolution has followed the classic pattern of all West African countries. Today’s organizational structure is pyramidal, with the health district being at the core of its functioning. During the colonial period healthcare was free, to facilitate access to a modern system that was new to the populations (as with colonial schooling...and for colonial purpose). Some forms of free healthcare have since been maintained, particularly for public health reasons (tuberculosis, leprosy, etc.). For the rest, the health system conformed to the international thinking of the 1980s regarding cost recovery, and the country has not yet committed to following the African Union directives (2010) regarding user fees exemptions for children and pregnant women.

Yet there is no lack of production of scientific knowledge about the specific context of Burkina Faso. Our non-exhaustive survey of the social science literature shows that the financial barriers to access to healthcare have been clearly delineated for quite some time. Our bibliometric analysis of published studies on healthcare financing uncovered a significant number of publications (n = 44), even though national researchers were primary authors in only 5% of those cases. The number of such publications has been increasing, especially since 2002, but it is only since 2010 that researchers have begun paying attention to the issue of free healthcare.

This analysis provides a clearer picture of the two systems’ parallel development. Two key hypotheses might explain this impermeability, which calls for more in-depth study. First, most of the people currently involved in the health system, especially at the highest level, retain deeply-held beliefs and perceptions about free healthcare. These accepted notions, even when they have been invalidated by scientific evidence, continue to impede decision-making around user fees exemptions. Some researchers even support these notions. Second, the institutions within

which these people work do not encourage the questioning of these ideas. The cost of trying to overcome this inertia is too high for individuals, whether decision-makers or researchers. The former work in politicized environments where career advancement depends on not going against the conventional wisdom of the majority, which supports making patients “responsible”. Given the low salaries in public service, and the non-lucrative nature of scientific activity, few are drawn to this world when they can work in more profitable *per diem* situations. The latter do not have the means to work as researchers, and therefore turn to consultancy work that is often not very critical, or else they depend largely upon their Northern researcher colleagues who struggle to influence decision-making.

How can we attempt to change the situation? Obviously, we could offer suggestions regarding the organization of the research community or of political decision-making. But let’s be pragmatic. First, the university system needs to give more weight to the sharing and dissemination of knowledge emanating from studies by early-career researchers, whether from the South or the North. Then, political leaders and high-level bureaucrats need to be better trained to understand the value of taking these studies into account in decision-making, even though political decisions will clearly always be influenced by context and by ... politics. Finally, it is important to implement strategies that would allow these two systems to meet, interact with and influence each other. This is where knowledge application and brokering strategies are most useful, so that solutions can be applied that will respond to the expectations of the third solitude ... those who are most vulnerable.

RÉSUMÉ LONG

Le Burkina Faso a été un des derniers pays d'Afrique à décider (2010) à supprimer le paiement des traitements antirétroviraux (ARV) pour soigner les patients. De même, il est un des rares pays à demander encore aux parents des enfants de moins de cinq de payer 100 F CFA (0,20\$) pour obtenir un traitement contre le paludisme distribué au niveau communautaire ou encore à demander aux femmes de contribuer au prix de l'accouchement (1,80\$) dans les formations sanitaires publiques. Les responsables du système de santé résistent donc à la vague contemporaine des politiques d'exemption du paiement des soins au point de service engagé dans une vingtaine de pays en Afrique. Ils préfèrent largement opter pour des politiques de subvention du prix, pensant notamment que cela permet de « responsabiliser » les patients. Cette résistance est doublement surprenante car, d'une part, les preuves scientifiques de la pertinence de supprimer le paiement au point de service pour plus d'équité d'accès aux soins s'amoncellent tout en montrant que ce paiement ne permet pas la pérennité, et d'autre part, l'exemption du paiement pour certains services n'est pas nouvelle au Burkina Faso.

Le constat est donc que l'évolution de l'organisation du système de santé ne tient pas compte de celle de l'état des connaissances sur le paiement direct au point de service. C'est comme si ces deux systèmes vivaient en parallèle, sans pouvoir s'influencer, telles deux solitudes se regardant. Pour mieux comprendre cette situation, nous avons analysé de manière diachronique l'évolution du contexte du système de santé et l'histoire des différentes formes de gratuité des soins ainsi que l'existence et l'évolution de la production scientifique à l'égard du financement de la santé.

Le système de santé a suivi une évolution classique au regard de l'ensemble des pays de l'Afrique de l'Ouest. Il est aujourd'hui organisé selon une vision pyramidale où le district sanitaire est le cœur de son fonctionnement. Si la gratuité des soins était en place pendant la période coloniale, notamment pour faciliter l'accès aux soins d'un système moderne nouveau aux populations (à l'image de l'école coloniale), certaines formes de gratuité ont perduré, notamment pour des raisons de santé publique (tuberculose, lèpre, etc.). Pour le reste, le système a suivi les idées internationales à l'égard du recouvrement des coûts des années 1980 et le pays ne s'est pas encore engagé à suivre les directives de l'Union Africaine (2010) à l'égard de l'exemption du paiement des soins pour les enfants et les femmes enceintes.

Pourtant, la production des connaissances scientifiques dans le contexte spécifique du Burkina Faso ne manque pas. Notre recension non exhaustive des travaux en sciences sociales montre combien les barrières financières à l'accès au système de santé sont explicitées depuis très longtemps. Notre analyse bibliométrique des recherches publiées sur le financement de la santé a mis au jour un nombre important de publications (n=44), même si les chercheurs nationaux ne sont premiers auteurs que dans seulement 5% des cas. Ces publications sont de plus en plus nombreuses, notamment depuis 2002, et la question de la gratuité des soins commence seulement depuis 2010 à attirer les chercheurs.

Cette analyse permet de mieux rendre compte de la situation des deux systèmes évoluant en parallèle. Deux hypothèses majeures peuvent être proposées pour comprendre cette imperméabilité pour laquelle une étude plus approfondie sera nécessaire à organiser. D'un côté, la plupart des individus situés dans le système de santé, notamment au plus haut niveau, restent ancrés dans leurs croyances et perceptions à l'égard de la gratuité des soins. Or, ces idées reçues, qui sont pourtant infirmées par les preuves scientifiques, freinent la prise de décision à l'égard de l'exemption du paiement des soins. Même certains chercheurs véhiculent de telles idées reçues. D'un autre côté, les institutions au sein desquels oeuvrent ces individus ne facilitent pas la remise en cause de ces idées reçues. Le prix à payer pour contrer l'inertie est trop fort pour les individus, qu'ils soient décideurs du système de santé ou chercheurs. Les premiers travaillent dans une administration politisée où le cheminement de carrière ne souffre d'aucune prise de position à l'encontre des idées partagées par le plus grand nombre, ici en faveur de la « responsabilisation » des patients. Les faibles salaires de la fonction publique et les activités peu rémunératrices de la science ne les incitent que peu vers ce monde au profit des activités génératrices en *per diem*. Les seconds n'ont pas les moyens de travailler et donc se tournent vers des travaux de consultance souvent peu critiques ou dépendant largement de leurs collègues chercheurs du Nord qui peinent à influencer les prises de décision.

Comment tenter de changer la situation ? Évidemment, on pourrait proposer des suggestions sur l'organisation du monde de la recherche ou des décisions politiques. Mais restons pragmatiques. D'abord, il faut que le système universitaire accorde une valeur plus importante au partage et à la diffusion des connaissances issues des travaux réalisés par les chercheurs dans l'évolution de leur carrière, ce qui est valable tant pour ceux du Sud que du Nord. Ensuite, il faut que les responsables politiques et les hauts fonctionnaires soient mieux formés à l'importance de considérer les recherches dans leurs décisions, même si évidemment les décisions politiques seront toujours influencées par le contexte et par... la politique. Enfin, il serait important de mettre en place des stratégies permettant à ces deux systèmes de se rencontrer, d'interagir, de s'influencer. C'est ici que les stratégies d'application et de courtage en connaissances prennent toutes leurs valeurs pour que l'on puisse mettre en application les solutions attendues par la troisième solitude... soit les plus vulnérables.

INTRODUCTION

Si l'on se réfère au domaine scientifique de l'étude des politiques publiques¹, le cas des politiques contemporaines de suppression du paiement direct des soins peut être considéré comme un véritable changement de paradigme politique (Hall, 1993). En effet, depuis 30 ans, certains experts et bailleurs de fonds ont usé de leurs poids pour que les responsables politiques maintiennent un système de financement injuste pour les patients et inefficace pour le système de santé. De nombreuses recherches ont également été entreprises à ce sujet en Afrique (Lagarde & Palmer, 2011). Aujourd'hui, le principe de la gratuité au point de service est passé dans les idées puisque de telles politiques ont maintenant cours dans une quinzaine de pays en Afrique (Meessen et al., 2011) et ont été recommandées par l'Union Africaine (2010). Elle reste cependant encore, notamment en Afrique de l'Ouest, à la marge du modèle dominant du paiement direct (Olivier de Sardan & Ridde, 2012). Voilà pourquoi, il nous a semblé important de documenter cette histoire de ce mode de financement en nous concentrant dans un pays où les décideurs font partie de ceux qui sont les plus réfractaires à l'égard de la suppression du paiement direct des soins. En effet, si certains services ne sont plus payants depuis quelques années (e.g. ARV², consultations prénatales), et d'autres depuis toujours (e.g. tuberculose), la tendance générale reste très favorable au paiement des soins pour diverses raisons essentiellement idéologiques. Récemment encore, le ministère de la santé a produit un document sur ce sujet où les auteurs évoquaient le fait que l'exemption du paiement allait « *déresponsabiliser* » les patients (ministère de la Santé 2010). Pourtant, si le système de santé a évolué et les recherches ont montré qu'il était nécessaire de s'attaquer à la barrière financière de l'accès aux soins (Meessen et al., 2011), on ne peut pas dire que des mesures phares aient été prises à cet égard dans ce pays. Le principe sur lequel repose le système de santé reste le paiement au point de service de la part des malades. C'est comme si la production des connaissances et les réformes sanitaires au Burkina Faso cheminaient en vase clos, dans deux solitudes où les acteurs et leurs idées se rencontrent, se connaissent, naviguent parfois d'une solitude à l'autre, mais ne s'influencent que très rarement.

Ainsi, l'objectif général de cette étude est de documenter l'histoire du paiement direct des soins de santé dans le contexte spécifique du Burkina Faso, ce qui nous permettra, *in fine*, de comprendre comment la production des connaissances et le système de recherche fonctionne à ce sujet. Pour cela, nous nous attacherons dans un premier temps à décrire l'évolution de l'état des connaissances comprises comme le produit du système de recherche sur le financement de la santé au Burkina Faso. Puis, dans un second temps, nous présenterons l'évolution du système de santé dans une perspective diachronique en mettant au cœur de notre analyse la question de la gratuité des soins au sein du système de l'organisation des services de santé.

¹ Compris comme une tentative de régulation des problèmes publics par des acteurs qui veulent contrôler des décisions concernant leurs propres ressources (Lemieux, 2002).

² Le Burkina Faso a été l'un des derniers pays en Afrique à s'engager dans la gratuité des ARV .

1-LA PRODUCTION SCIENTIFIQUE SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET SON FINANCEMENT AU BURKINA FASO

Pour rendre compte de l'évolution de cette production scientifique, nous proposons d'abord une synthèse des différents travaux effectués dans le domaine des sciences sociales pour, ensuite, réaliser une analyse bibliométrique des recherches en santé publique.

A- Les recherches en sciences sociales sur le système de santé au Burkina Faso

Nous retraçons dans les lignes suivantes les principaux travaux effectués au Burkina Faso sur les systèmes de santé, notamment par les chercheurs en sciences sociales. Ainsi que l'exprime Jean-Bernard Ouédraogo (1994), la recherche en santé devrait permettre : « *un meilleur ajustement des politiques sanitaires par une prise en compte des conditions sociales de leurs réalisations* », ainsi que des conditions techniques d'offre de soins aux malades. Dans cette perspective, André Soubeiga (1992) s'intéressant à la mise en œuvre des politiques liées aux soins de santé primaires (SSP) s'est employé à mettre en évidence les interactions entre les acteurs de manière à « *analyser le type de rapport qui naît entre l'Etat et les collectivités paysannes à travers la politique de soins de santé primaires ; de dévoiler les stratégies mises en œuvre par les paysans, en réponse aux formes d'incursion de l'Etat dans leur espace propre* ». Aude Meunier (1999) a mis en évidence les dynamiques d'évolution des structures et des services de soins ainsi que l'impact du mode de gestion du pouvoir et l'organisation administrative du territoire sur les choix d'implantation et d'équipement des structures de soins dans diverses localités du Burkina Faso. Maurice Yaogo (2002) évoque un rapprochement entre les logiques des programmes de développement local et la promotion des soins de santé primaire. Son travail inscrit ces deux logiques dans un processus de changement social influencé pas les réalités socioculturelles dans lesquelles sont immergées les populations. Il évoque la complexité et la diversité des itinéraires de soins pour rappeler l'importance de la prise en compte des analyses anthropologiques dans la mise en œuvre des programmes de santé. Valéry Ridde (2007) analyse les options politiques, ainsi que les stratégies de mise en application des recommandations de l'Initiative de Bamako (1987) sur le fonctionnement des services de santé en Afrique de l'Ouest qui fait suite à la Déclaration de Alma Ata (1978) néanmoins dans le même esprit. Ces travaux présentent des analyses relatives à la mise en œuvre des politiques d'accès aux soins traduites diversement dans des idéologies se rapportant aux politiques de décentralisation des soins, les développements des soins de santé primaires et la participation des communautés à la gestion des structures de soins. Des chercheurs en santé publique ont conduit une étude sur les mécanismes de fonctionnement des systèmes de santé du Burkina dans une perspective d'application et concluent en ces termes : « *nous pouvons affirmer qu'elles ont contribué à améliorer les capacités de pilotage du système de santé. Mais cela n'est sans doute pas suffisant pour induire des changements majeurs* » (Meda & Sondo, 2003).

Ces multiples travaux en sciences sociales ont cependant eu très peu d'impact direct sur les réorganisations des services de santé, encore moins sur les politiques de santé. De manière générale, il semble que les études cliniques ont eu plus d'impacts sur les offres de soins. Il s'agit notamment d'études ayant démontré une résistance du *plasmodium falciparum* à la nivaquine, la mise sur le marché des médicaments contre la drépanocytose extraits de plantes médecines

endogènes, la révision des stratégies de communication liées à la prévention du VIH-Sida. Par moment, les programmes de lutte contre le paludisme ou le Sida, tentent de s'ajuster aux conclusions des résultats des recherches cliniques. L'organisation du système de santé du Burkina Faso est surtout marquée par l'évolution des données statistiques sanitaires lorsqu'elles révèlent l'émergence des pathologies spécifiques. Ce qui donne lieu à la mise en place de programmes verticaux contre la dracunculose, la lèpre, la tuberculose, le paludisme, le sida.

D'autre part, de nombreux programmes de recherche-action sont mis en œuvre en œuvre en vue d'améliorer les offres de soins et les conditions de travail des agents de santé, mais ces résultats sont des démonstrations qui peuvent être approuvées, mais rarement appropriées et traduit en actes par les décideurs. Des expériences sont légions, notamment en matière de soins de santé maternelle (Meda et al., 2008), d'exemptions du paiement des services de santé (Ridde, Yaogo, et al., 2011), de mutuelles de santé (Souares et al., 2010), de qualité des soins (Nikiema-Heinmüller & Borchert, 1997) ou encore de l'amélioration de la prise en charge des tuberculeux (Zerbo et al., 2009). En ce qui concerne l'exemption du paiement des soins pour les indigents, le rapport d'évaluation du dernier Programme national de développement sanitaire (PNDS 2001-2010) est particulièrement explicite de ce point de vue « *certaines recherches sur les indigents dans les districts ne sont pas valorisées au plan national* » (Bicaba, Ouedraogo, & Biao, 2010).

Il faut donc noter que les recherches, surtout dans le domaine des sciences sociales, semblent avoir eu très peu d'impact sur l'organisation des systèmes de santé. De nombreuses connaissances sur le système de santé ont été mises au jour dans le contexte spécifique du Burkina Faso, mais c'est comme si le système de santé s'ajustait surtout aux politiques internationales ou régionales. Peu d'initiatives endogènes sont prévues pour adapter un système de santé qui réponde aux besoins des utilisateurs des services de santé. L'une des solutions serait de promouvoir les programmes de recherche-action qui trouveraient la meilleure manière pour ajuster les politiques internationales aux réalités locales, y compris les meilleures conditions de travail des agents de santé en dehors de l'accès aux soins. Mais là encore, de telles expériences ont eu cours depuis fort longtemps, avec des effets intéressants au plan local mais semble-t-il, peu d'influence à l'échelle des décisions nationales.

B- Analyse bibliométrique des recherches en santé publique

Pour illustrer quantitativement cette analyse que nous venons de réaliser à travers l'étude des écrits publiés notamment dans le domaine des sciences sociales, nous avons étudié un exemple spécifique, celui de l'évolution des recherches entreprises sur le financement de la santé au Burkina Faso, ce dernier étant compris comme l'une des fonctions du système de santé (OMS, 2000). En effet, l'accès financier aux soins de santé est un enjeu majeur au Burkina Faso où le principe du paiement direct est encore largement en place et ancré dans les schèmes de pensée des décideurs nationaux (Ridde, 2012), tel que nous l'avons noté en introduction. L'hypothèse ici est qu'il est possible que ce peu de préoccupation à l'égard de l'accès financier de la part des décideurs, et donc de l'adaptation du système de santé à ces connaissances scientifiques, s'explique par la rareté des recherches entreprises dans le pays à ce sujet. Nous savons

notamment que les recherches internationales ne sont pas souvent accessibles et que le transfert de leurs conclusions dans un contexte différent rend parfois les utilisateurs sceptiques. Ainsi, la production de connaissances dans le contexte national serait à privilégier pour influencer les prises de décision. Dans cette section, on s'intéresse donc à la production scientifique sur le financement de la santé au Burkina Faso.

Trois types de financement de santé en cours au Burkina Faso ont été pris en compte : le paiement direct des soins par les populations, l'assurance communautaire (mutuelles de santé) et l'exemption du paiement des soins.

Stratégie de recherche :

La recherche documentaire s'est déroulée en cherchant à identifier les articles présents de deux bases de données (Medline et Google Scholar). Plusieurs mots clefs et combinaisons de termes ont été utilisés pour retrouver les articles portant sur ces trois thèmes : Burkina Faso AND financing; AND government AND health services; AND national health programs; AND Health Services Accessibility OR Delivery of Health Care OR Health Policy, OR Insurance, Health OR Child Health Services OR Health Care Reform. Pour affiner la recherche et retrouver des textes francophones, dans Google Scholar des mots clefs en français ont été aussi utilisées : financement de la santé ; paiement direct ; assurance sociale, accès aux soins , en plus de ceux en anglais cités auparavant. Une première recherche a permis de disposer de 7670 articles dans Google Scholar et 139 dans Medline. À la suite d'une première analyse des titres et des résumés, 70 articles ont été considérés comme *a priori* pertinents. Les articles de type éditoriaux ou points de vue n'ont pas été considérés. Ce nombre a été ramené à 44 après l'exclusion des articles ne remplissant pas les critères de sélections suivants :

- être publié dans une revue scientifique avec comité de lecture
- être publié dans la période 1980 à 2011 inclusivement
- disposer de données empiriques concernant au minimum le Burkina Faso
- être publié en anglais ou en français
- porter spécifiquement sur le thème du financement de la santé

La liste des 44 articles a été validée par des collègues chercheurs étudiants les questions de financement de la santé au Burkina Faso³.

Analyse des données

Les données ont été saisies avec le logiciel Epi 2000 version 3.4. Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de tableau de fréquence et de contingence. L'analyse de réseau a été effectuée à l'aide du logiciel Ucinet 6. Elle a essentiellement porté sur la cohésion et la centralité (Blanchet & James, 2012; Gonzalez-Block et al., 2011). Dans cette étude, la cohésion est explorée à travers la densité et la distance moyenne entre deux pairs. La densité est la

³ Merci aux collègues de l'université de Heidelberg (Allemagne) pour leur collaboration

proportion du nombre de pair observé sur le nombre total de pair possible dans le réseau. Tandis que la centralité a été mesurée par le degré et la puissance de Bonacich. Le degré indique le nombre moyen de lien pour une institution avec les institutions du réseau. Le Bonacich power mesure le rôle dans le réseau d'une institution avec ses voisines mais aussi le contrôle qu'elle exerce pour l'accès à d'autres institutions.

Résultats

Au total 44 articles ont été retenus (annexe 1). On note une augmentation régulière du nombre d'articles publiés sur le financement de la santé entre 1980 (0,0%) et 2011 (3,4%) par rapport à l'ensemble des articles concernant le Burkina Faso référencés dans Medline (Tableau 1).

Tableau 1 : publications sur le Burkina Faso et le financement de la santé référencées dans Medline (1980-2011)

Période	Sur le Burkina Faso	Sur le financement
1980-1985	137	0 (0,0%)
1986-1990	156	0 (0,0%)
1991-1995	223	4 (1,8%)
1996-2000	306	1 (0,3%)
2001-2005	396	11 (2,7%)
2006-2011	819	28 (3,4%)
Total	2180	44 (2,0%)

Trente quatre institutions ont participé à cette production scientifique. Une collaboration a été organisée entre ces institutions dans 93% des cas. Sur ces 34 institutions, 24 étaient impliquées sur des travaux portant sur le paiement, 14 sur l'assurance et sept sur la gratuité. Cette collaboration se faisait le plus souvent du Nord vers le Sud (82%), le premier auteur étant du Nord, et rarement du Sud vers le Nord (3%). Les institutions dont les chercheurs étaient les premiers auteurs étaient situées au Nord dans 95 % des cas. Plus le rang des auteurs est loin dans la liste et plus ils sont situés dans des institutions du Sud. Les publications étaient essentiellement rédigées en anglais (86,4%). Le paiement direct est le thème le plus abordé (50%) suivi de l'assurance sociale (41%) et de la gratuité (9%), tandis que les enjeux d'équité était rarement directement abordés (voir annexe 2).

Les travaux ont d'abord porté sur le paiement direct puis l'assurance et enfin la gratuité qui n'a retenu l'attention des chercheurs que ces dernières années (tableau 2).

Tableau 2: évolution des thèmes abordés dans les publications

Année	Assurance	Paiement	Gratuité	Nb	%
1980-1985	0	0	0	0	0,0
1986-1990	0	0	0	0	0,0
1991-1995	0	3	0	3	6,8
1996-2000	0	1	0	1	2,3
2001 -2005	7	6	0	15	34,1
2006 -2011	11	14	4	29	65,9
Total	18	22	4	44	100,0

En ce qui concerne l'*authorship*, les premiers auteurs provenaient le plus souvent du Nord. Il en est de même pour les troisièmes. Tandis que les auteurs provenant du Sud étaient rarement au premier rang, mais surtout en deuxième (55%) et troisième (30%) position.

Tableau 3 : Affiliation des auteurs et rang dans les publications (n⁴ et %)

Institutions	1er auteur	2ème auteur	3ème auteur
Nord	35 (79,0%)	16 (40,0%)	23 (63,8%)
Sud	2 (4,7%)	24 (55,0%)	11 (30,6%)
Nord-Sud	4 (9,3%)	0(2,5%)	2 (5,6%)
Sud-Sud	0 (0,0%)	1 (0,0%)	0 (0,0%)
Nord-Nord	3 (7,0%)	1 (2,5%)	0 (0,0%)
Sud-Nord	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

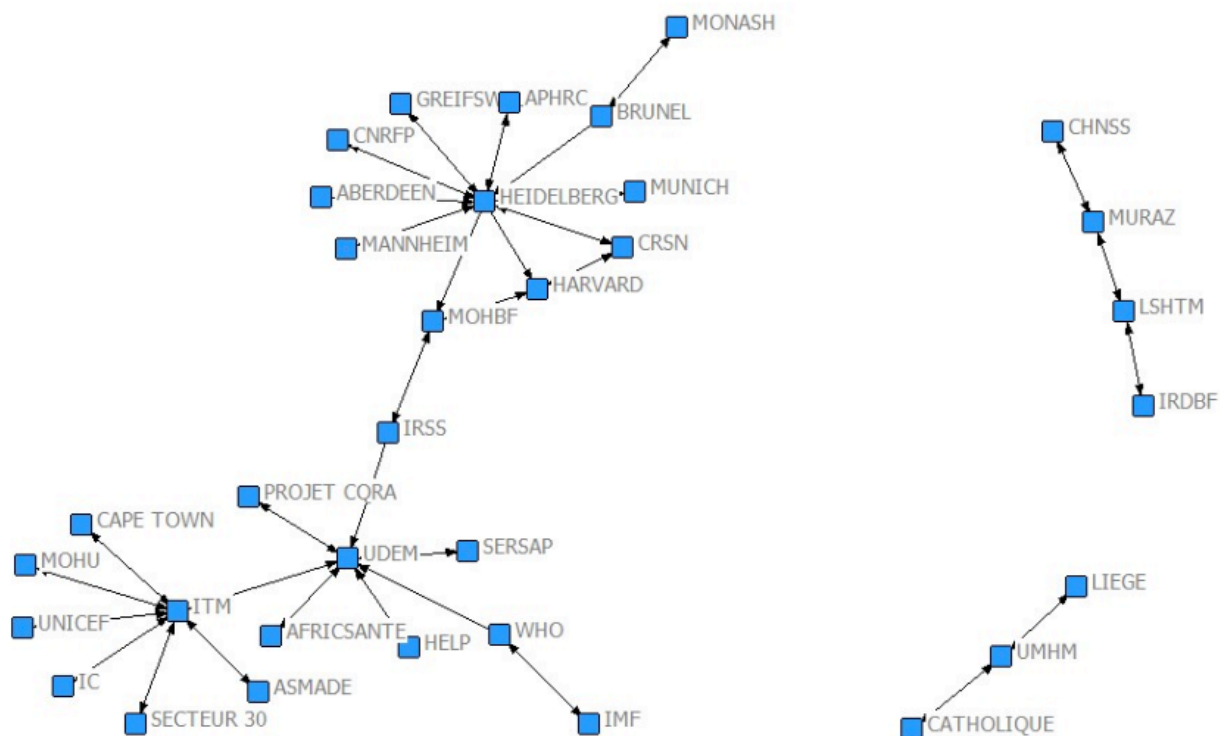
Dans les articles retrouvés, les Universités de Harvard, d'Heidelberg et de LSHTM (London) ne font que des collaborations entre Nord-Sud (annexe 3). Aucune université n'a abordé les trois thèmes dans leur ensemble, elles semblent s'être spécialisées. Cependant, quatre ont abordé au moins deux thèmes (annexe 4). L'Université Harvard collabore le plus souvent avec le Ministère de la santé et l'Université de Heidelberg. De son côté l'université de Montréal collabore plus avec une société d'étude (SERSAP). L'Université de Heidelberg travaille essentiellement avec le centre de recherche de Nouna (CRSN) et l'Université d'Aberdeen (annexe 5).

Le graphique 1 montre trois grands groupes de réseau d'institutions liés entre eux. Le plus important est développé autour de l'Université de Heidelberg, de l'université de Montréal et l'Institut de médecine tropical d'Anvers respectivement. On note deux réseaux isolés sans interconnexion auteur de l'UMHM (Mons) et le LSHTM (London). Dans cette étude, la cohésion est explorée à travers la densité et la distance moyenne entre deux pairs. La densité est de 5,4%, ce qui dénote d'un réseautage très faible. La distance moyenne entre deux paires est de

⁴ Seul le total de la première colonne doit être de 44 car il arrive que certains articles ne disposent pas de deuxième ou troisième auteur

3,14 (ET = 1,6). Tandis que pour la centralité on a mesuré le degré et la puissance de Bonacich. Le degré indique le nombre moyen de lien pour une institution, il est de 1,79. Le Bonacich power mesure le rôle les liens d'une institution avec ces voisins mais aussi le contrôle qu'il exerce pour l'accès à d'autres institutions. Les résultats montrent que l'Université de Heidelberg (30), le CRSN (15), UDEM (8) et l'ITM (7) jouent les rôles les plus importants.

Graphique 1 : réseau de co-auteurs suivant les institutions



2- L'HISTOIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE LA GRATUITE DES SOINS AU BURKINA FASO

L'examen des conditions historiques d'implantation du système de santé a pour objectif de relever les configurations qui ont caractérisés les dynamiques d'offres et de demandes de soins.

Normes et politiques des systèmes de santé

Les politiques et les systèmes de santé au Burkina Faso sont caractérisés par une traduction des normes internationales. La Constitution du 2 juin 1991 en son article 18 précise que la santé est un droit fondamental reconnu pour tous les citoyens Burkinabé. Le Code de la Santé Publique du Burkina Faso datant de 1994 indique les principales orientations des actions à

mener pour assurer une bonne santé publique. Plusieurs textes de loi régissent le secteur de la santé, nous pouvons évoquer entre autres, les décrets du 5 février 1997 portant code de déontologie des pharmaciens, des médecins et des chirurgiens dentistes du Burkina Faso ; le Décret du 19 juillet 2005 portant conditions d'exercice privé des professions de santé. Il existe également une Charte des utilisateurs des services de santé ainsi que des dispositions législatives de règlement des litiges relatifs à la contamination d'un tiers par le VIH (Arrêté N°2007-240/MS/CAB). La liste des textes de loi n'est évidemment pas exhaustive. L'objet ici est d'évoquer le cadre normatif et législatif qui régit le secteur de la santé. Depuis l'année 1984, la politique sanitaire du Burkina Faso accorde un intérêt à la collaboration avec les tradipraticiens comme étant une composante du système sanitaire national. Une direction de la promotion de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles (DPMPT) a été créée en 2002 (Ministère de la santé, 2004). Le Code de la santé publique de 1994 reconnaît la médecine et la pharmacopée traditionnelle comme une des composantes du système national de santé. Le décret du 14 décembre 2004, viendra ensuite définir les conditions d'exercice de la médecine traditionnelle. À la faveur des mesures relatives à la décentralisation des services de soins, et l'implication des acteurs communautaires dans la prise en charge des malades, et la mise en œuvre des actions d'éducation sanitaire, des associations ont été mises sur pied suivant les dispositions de la loi du 15 décembre 1992, portant liberté d'association au Burkina Faso. Cette loi autorise essentiellement la création d'associations apolitiques à but non lucratif animées par des bénévoles. Toutefois, le rôle attribué par les responsables sanitaires aux associations dans le secteur de la santé est parfois marginal et mal organisé. À la faveur du VIH, le réseau associatif s'est développé et consolidé à l'image des groupements villageois qui jouent un rôle important dans la mise en œuvre des programmes de développement agricole dès les premières heures des indépendances en 1960. Puis, le système de santé s'est accommodé principalement des déclarations d'Alma Ata (1978) et de l'Initiative de Bamako (1987). Depuis 2000, les programmes de santé sont conçus pour répondre aux Objectifs du millénaire pour le développement à travers la Déclaration de Paris qui entend accélérer les performances des services de soins dans les pays en développement.

L'analyse bibliométrique a montré que de multiples travaux sur le financement de la santé ont été effectués depuis les années 1990 et que la question de la gratuité des soins, l'exemption du paiement, commence à être considérée dans les travaux de recherche. Mais dans une perspective diachronique, il est utile de revenir sur cette relation entre l'émergence des recherches sur la gratuité des soins et l'évolution du système de santé burkinabè où la question de la gratuité des soins ne semble pas nouvelle. Certes, les décideurs semblent les plus réfractaires à l'idée de supprimer le paiement des soins au point de service au-delà des "pathologies historiques" lorsqu'on les compare à leurs collègues des autres pays (Meessen et al., 2011). Pourtant, le besoin de prendre compte des capacités contributives des ménages ou l'importance de l'exemption du paiement pour des raisons de santé publique n'est pas nouvelle au Burkina Faso.

L'apport de la médecine coloniale à travers la lutte contre les grandes endémies

L'un des domaines d'application habituelle de la gratuité au Burkina Faso a concerné ce qu'on a convenu d'appeler les "grandes endémies", précisément l'onchocercose, la trypanosomiase, la lèpre et la tuberculose. En dehors de la description de la contribution inégale de la médecine coloniale pour la prise en charge de ces pathologies récurrentes dans le passé (Bado, 1996), des témoignages mettent en exergue l'engagement des acteurs en cette période de grands défis sanitaires et d'interventions diverses (Massa & Madiega, 1995). Les pratiques évoquées renvoient également aux épidémies (Becker & Collignon, 1998) qui ont fait beaucoup de ravages et dont certaines perdurent aujourd'hui (méningite, rougeole, fièvre jaune). Il se trouve que l'importance de ces actions concluantes dans le processus d'implantation médicale a constitué un argument favorable à l'utilisation des soins biomédicaux contrairement aux réticences manifestées au début qui ont conduit parfois à faire preuve d'habileté (cas des équipes mobiles par exemple) ou de force pour que les gens en bénéficient.

La lutte contre les grandes endémies a constitué le point de départ de l'action sanitaire au moment où elles étaient de nature à réduire à néant les efforts de l'entreprise de mise en valeur des colonies. Qu'il s'agisse de la trypanosomiase, de la tuberculose, de la lèpre de l'onchocercose, ces pathologies redoutées constituaient une véritable menace à la fois pour la population constamment exposée et à travers elle pour l'atteinte des objectifs de production en contexte local, d'où les efforts déployés pour les éradiquer. Ainsi, certains écrits situent par exemple l'apparition de la trypanosomiase qui a ravagé le centre du pays dans les années 1920 (Lapeyssonnie, 1995). La réponse apportée dans le cadre de la politique coloniale a été positivement appréciée pour son efficacité qui a bâti depuis cette période la renommée de la médecine moderne comme disposant des moyens pour arrêter la propagation des épidémies qui décimaient la population. Il en est de même de l'action de prévention de la propagation de certaines d'entre elles à travers les vaccinations. Cependant, il est ressorti des analyses sur ces campagnes salvatrices que le choix qui a été fait à l'époque concernant les endémies classiques étaient essentiellement orientées vers l'arrêt des maladies à fort potentiel épidémique à la différence d'autres affections très graves comme le paludisme qui persistent encore aujourd'hui (Bado, 1996). La lutte contre l'onchocercose dans les zones particulièrement infestées à fort potentiel agricole (cas des Vallées des Voltas) a constitué l'une des plus grandes actions des années 1970 basée sur l'articulation entre l'éradication de cette pathologie, l'exploitation agricole des zones fertiles infestées par des simules et la mise en œuvre de stratégies locales de développement rural (Hervouet, 1990) autour des interventions relatives à l'Aménagement des Vallées des Volta (AVV).

On dispose d'informations précises sur les actions menées dans le cadre du service des grandes endémies, à la fois la chronologie des décisions administratives et la formation progressive des auxiliaires locaux appelés à perpétuer les pionniers qui ont jeté les bases de l'expansion de la médecine occidentale⁵. On retiendra des premières interventions sanitaires pendant la période

⁵ Les indications de Rouamba (1995) et de Zacsongo (1995) qui ont fait partie des infirmiers formés et employés à cette époque montrent explicitement à la fois l'organisation qui a été mise en place pour lutter efficacement contre ces endémies qui sévissaient partout en Afrique occidentale.

coloniale l'implication conjointe de l'administration coloniale et des missions chrétiennes pour la lutte contre les grandes endémies et la formation des auxiliaires de santé au moment où l'École de médecine de Dakar était l'institution de référence pour la formation des premiers médecins de la sous-région ouest-africaine. Ces pionniers de l'implantation sanitaire au Burkina Faso constituent également les premiers initiateurs de la gratuité des soins dont on décrira les grandes étapes dans les prochaines lignes.

Les régimes de gratuité dans l'histoire du Burkina Faso

On peut distinguer quatre grandes périodes dans l'évolution historique de la gratuité :

- Le temps des colonies avec une gratuité totale prise en charge conjointement par l'administration coloniale et les missions chrétiennes (1920-1960) ;
- Le temps des indépendances durant laquelle la gratuité des soins a été poursuivie et intégrée dans la mise en œuvre de plans spécifiques de développement incluant la question sanitaire (Plan cadre et AVV) ;
- Le temps des réformes avec l'introduction des soins de santé primaires, l'application des politiques d'ajustement structurel défavorables aux secteurs sociaux dont la santé et le recouvrement des coûts avec l'Initiative de Bamako (IB) ;
- Le temps des remises en cause matérialisé par la prise en compte à l'échelle internationale des inégalités et de l'équité et les grandes initiatives focalisées sur l'amélioration de l'accès aux soins (OMD, Fonds mondial, etc.).

En considérant ce cheminement, on retrouve dans la chronologie des actions menées le rôle primordial de trois grandes instances engagées dans la mise en œuvre d'actions à large échelle orientées vers la gratuité des soins :

Premièrement, il y a l'intervention concomitante de l'administration coloniale et des missions chrétiennes dont les actions conjuguées ont été déployées pendant la période d'implantation médicale et de mise en valeur des territoires selon les options politiques du moment : urgence de faire face aux épidémies meurtrières et aux grandes endémies comme entraves à l'exécution des plans de développement, souci de perpétuer l'œuvre des pionniers par l'extension de l'offre de soins avec l'accroissement des infrastructures et la mise en place d'écoles de formation associant les secteurs publics et confessionnels. On retrouve ici ce qui apparaît des logiques d'action différentes de l'administration coloniale et des missions chrétiennes dans les domaines de la santé et de l'éducation⁶. Dans un cas (interventions liées à la médecine coloniale) l'incitation à l'utilisation de l'offre d'enseignement et de soins biomédicaux a été faite initialement par la force et la gratuité des prestations. Quant aux conditions d'émergence de l'action chrétienne en la matière, il s'agit aussi d'un engagement motivé à travers la gratuité de l'école et des soins comme tremplin pour l'évangélisation. Des mécanismes différents de gratuité sont relatés concernant l'offre concomitante de prestations (école et soins de santé) par l'Etat et les missionnaires dans un esprit différent. Dans la pratique, la mise en application

⁶ Un aperçu des étapes significatives et des modalités de l'action des acteurs clés de cette période est proposé dans Yaogo (2012).

d'une gratuité totale portait surtout sur le non paiement des actes thérapeutiques incluant la mise en observation ou l'hospitalisation en cas de besoin, les vaccinations comme activités préventives à la fois pour les épidémies et les maladies ciblées mais aussi l'accès aux médicaments. Les mécanismes de fonctionnement de la gratuité s'organisent en trois temps avec des apports extérieurs (dotations publiques et bonnes œuvres missionnaires dans les pays occidentaux) exploités dans respectivement dans le cadre des actions concomitantes du système colonial (médecine fixe et mobile, prévention et traitements de masse) et celles relatives à l'approche confessionnelle d'évangélisation (structures de soins servant de tremplin pour les œuvres missionnaires de propagation de la foi).

Deuxièmement, on retrouve l'implication de l'Etat après l'indépendance pour la poursuite de la gratuité des soins et des actions similaires dans d'autres secteurs comme l'éducation et l'agriculture à l'origine de l'idée d'« État providence ». L'avènement de l'indépendance représente une étape importante dans le processus de changement politique. Il n'en demeure pas moins que la gratuité a fonctionné selon les mêmes principes initiaux, à savoir une gratuité totale entièrement financée par les ressources publiques, avec l'appui additionnel des subventions extérieures. Les dotations en médicaments se faisaient à partir d'un magasin central qui sera transformé en ce qui est devenu actuellement la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG). La rupture avec la gratuité totale et le retrait partiel de l'État du financement intégral des soins interviendra dans les années 1980 avec l'adoption de l'Initiative de Bamako centrée sur le recouvrement des coûts dans les centres de santé par le paiement direct des soins par les usagers. Les conséquences sociales d'une telle option (exclusion des plus pauvres dans l'accès aux soins) figurent parmi les raisons du retour à une gratuité sectorielle modulée dans l'espace et le temps. Il est à signaler que l'instauration d'une nouvelle organisation fonctionnelle des centres de santé avec l'application des recommandations de l'IB (comités de gestion des centres de santé ou COGES, dépôt de médicaments, rôle plus affirmé de ces acteurs locaux) consacre un début de privatisation des soins. En effet, l'État n'intervient plus directement, sauf pour le financement des infrastructures et des salaires, la formation des agents et l'élaboration des textes fondamentaux. Ces options ont précédé la situation présente marquée par des contraintes d'accessibilité aux soins pour les couches sociales défavorisées. Le retour à des politiques ciblant des exemptions multifformes trouve une explication dans un tel contexte.

Troisièmement, on s'intéresse aux contributions récentes à partir des années 2000 avec des initiatives planétaires (OMD notamment) basées sur des mécanismes de financement internationaux. On retrouve ici des options retenues à l'échelle mondiale en considérant les nouveaux axes de politiques mettant l'accent sur l'amélioration des indicateurs sanitaires pris en compte dans les nouveaux plans de développement incluant le bien-être social (cas de l'IDH du PNUD). Dans cette perspective, une attention est accordée particulièrement à l'accès aux soins des plus pauvres et des personnes vulnérables (enfants, femmes).

L'étape actuelle du fonctionnement des services de santé donne à voir un retour à des gratuités suscitées par la globalisation ou planétarisation des décisions et actions sanitaires d'envergure internationale rendue parfois possible par une grande mobilisation de ressources extérieures.

Cet "agenda international" a dicté les priorités depuis les années 1970 et les politiques publiques peinent actuellement à faire coïncider les besoins monumentaux avec les faibles ressources disponibles, d'où une mise à contribution des opportunités extérieures pour l'amélioration de certains indicateurs de santé mais avec des effets pervers en termes de déstructuration fonctionnelle du système de santé. Le cas du financement des exemptions dans le cadre de la lutte contre le sida est un exemple éloquent qui montre comment des structures devenues familières dans le paysage institutionnel fonctionnent avec des ressources particulièrement importantes qui échappent à l'usage et au contrôle des instances habituelles du ministère de la santé

3- QUELQUES HYPOTHESES D'EXPLICATIONS DE CES DEUX SOLITUDES PARALLELES

Ce texte doit être compris comme une première analyse exploratoire de l'imbrication des deux systèmes qui est basé essentiellement sur une analyse documentaire. Ainsi, des données primaires collectées au moyen d'entrevues en profondeur auprès des acteurs clés devraient permettre d'affiner notre analyse dans un second temps. Cependant, l'état actuel de notre étude et notre connaissance des enjeux contemporains au Burkina Faso nous permet de proposer quelques hypothèses d'explication à ces deux solitudes parallèles.

Il faut commencer par noter que l'analyse semble montrer que le système de recherche et celui de l'organisation des soins co-existent en parallèle sans une passerelle de communication véritablement établie. Contrairement à certaines idées reçues d'une production scientifique décalée de la réalité du terrain, l'analyse bibliométrique montre que les chercheurs sur le financement de la santé suivent l'évolution du système de santé au Burkina Faso. Ainsi, les travaux de recherche sur le financement de la santé ont connu une certaine croissance depuis les années 1990 et la question de la gratuité des soins commence à être étudiée, certes de manière encore timide et concernant surtout la prise en charge gratuite des indigents. Mais cette rareté des travaux de recherche sur ce thème s'explique aussi par les nouvelles formes de gratuité des soins, notamment celles qui concernent les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, n'ont tout simplement pas été mises en place à l'échelle du pays⁷. Nous sommes donc ici loin de la situation par exemple du Niger, du Ghana ou du Sénégal où de telles politiques existent depuis un certain temps à propos desquelles les chercheurs ont travaillé (Ridde, Diarra, & Moha, 2011; Witter, Arhinful, Kusi, & Zakariah Akoto, 2007; Witter, Dieng, Mbengue, Moreira, & de Brouwere, 2010). Cela étant dit, notre dernière recension des écrits sur le thème de la gratuité des soins en Afrique montrait qu'entre 1990 et 2010, un total de seulement 34 articles ont été publiés, dont la grande majorité entre 2007 et 2010 (Ridde, Morestin, & Belaid, 2010). La production au Burkina Faso est donc à l'image du reste du continent où les principaux travaux ont concerné l'Afrique du Sud, le Ghana et l'Ouganda. Cela s'explique aussi en partie par le fait que la majeure partie des pays de l'Afrique de l'Ouest francophone ont été les derniers à organiser ce type de politiques publiques (Robert & Samb, 2012).

⁷ Certaines expériences pilotes sont organisées par des ONG dans cinq districts mais elles n'ont pas encore réussi à influencer un passage à l'échelle national. Une recherche est en cours pour tenter de comprendre ce phénomène.

Le système de production des connaissances et celui d'organisation des soins au Burkina Faso évoluent donc en parallèle. Le ministère de la santé a reconnu cette situation lors des derniers États généraux de la santé « *beaucoup de recherches sont réalisées (plus de 8000 entre 1960 et 2007) mais la diffusion et l'utilisation des résultats pour la prise de décision sont encore très faibles* » (ministère de la santé, 2010a). Par ailleurs, l'analyse diachronique révèle combien ces deux systèmes ont vécu selon un certain degré d'imperméabilité ; en effet, ils sont parallèles et ne s'influencent guère. C'est dire que les deux systèmes ne semblent disposer d'aucune porosité permettant un passage des idées ou des connaissances. Les deux systèmes ne sont évidemment pas dans une inertie totale. D'une part, nous avons vu que la production des connaissances sur le financement s'est accrue au fil du temps et, d'autre part, nous savons que le système de santé a largement amélioré l'accessibilité géographique des centres de santé et, par ricochet, des médicaments essentiels génériques indispensables pour soigner les patients (Haddad, Nougara, & Fournier, 2006; Haddad, Nougara, & Ridde, 2004). Mais les évolutions de ce dernier système concernant l'accessibilité financière ne sont pas à l'image des connaissances à cet égard.

Des idées reçues qui perdurent et qui influencent l'inertie

La première hypothèse d'explication à ces deux solitudes est que les idées reçues sur la gratuité des soins perdurent notamment au sein des membres du système d'organisation des soins alors même que les preuves scientifiques s'opposent à ces croyances (Ridde, 2012). C'est comme si les résultats des travaux de recherche n'arrivaient pas à influencer les schèmes de pensée des acteurs sociaux, les valeurs sociales se heurtent au principe de l'exemption du paiement des soins. Nombreux professionnels de santé ou hauts responsables du système de santé pensent que le paiement des soins au point de service permet de « *responsabiliser* » les patients (ministère de la Santé, 2010b) ou que la gratuité des accouchements, pour ne prendre que cet exemple, va à l'encontre du planning familial et provoquera un accroissement des naissances (Ouédraogo, Nébié, & Rouamba, 2010). On ne reviendra pas dans ce texte sur les preuves scientifiques qui s'opposent à ces croyances et sur notre analyse qui suggère que les acteurs confondent le *principe de l'exemption* et sa *mise en œuvre chaotique* dans de nombreux pays (Ridde & Samb, 2012). Nous avons également analysé dans un autre texte concernant l'exemption du paiement des soins pour les indigents combien les décideurs nationaux étaient peu préoccupés par ces questions (Ridde, Yaogo, et al., 2011), auxquelles ils sont finalement peu confrontés au quotidien (Farmer, 2003).

Évidemment, ces perceptions ne sont pas cantonnées dans le système de l'organisation des services. Par exemple, des chercheurs ont organisé une expérience au Burkina Faso pour améliorer la couverture des plus pauvres dans un système de mutuelle de santé communautaire (Souares et al., 2010). Face à la très faible couverture des pauvres (1%), un système participatif et communautaire a été mis en place pour sélectionner 20% de la population la plus pauvres. Par la suite, grâce à une fondation allemande, une subvention de 50% du tarif de l'adhésion à la mutuelle a été proposée aux pauvres. Le taux d'adhésion des pauvres est passé à 11%, mais la mutuelle est évidemment loin de couvrir tous les pauvres. On peut donc ici s'étonner que les

chercheurs aient privilégié la subvention plutôt que la gratuité pour les pauvres alors même que l'état des connaissances sur les mutuelles de santé en Afrique montre combien les pauvres ne disposent pas des capacités contributives pour devenir des mutualistes (De Allegri, Sauerborn, Kouyate, & Flessa, 2009; Ridde, 2012). Si les fonds étaient limités, pourquoi ne pas choisir uniquement 10% des plus pauvres pour leur donner une adhésion gratuite à la mutuelle ?

Au-delà des individus, des structures qui limitent le dialogue

Dans la section précédente, nous avons évoqué les aspects individuels de l'explication des mondes parallèles, ici, nous souhaitons montrer combien les organisations et leurs modes de fonctionnement contraignent le dialogue entre les deux systèmes et expliquent en partie leur imperméabilité.

En effet, les individus agissent dans des systèmes et s'ils disposent évidemment de marge de manœuvre (Crozier & Friedberg, 1977), ils n'en sont pas moins obligés de s'adapter aux contraintes imposées par ces derniers. Or, nous pensons que c'est l'organisation de ces systèmes qui contraignent en grande partie le dialogue et que seuls quelques individus persévérant pourront agir pour établir la relation et faire en sorte que la recherche puisse influencer l'organisation des soins et vice-versa (Dagenais, Queuille, & Ridde, 2012). Cependant, pour la majeure partie des individus agissant dans ces systèmes, ils ont peu d'intérêt personnel à s'aventurer dans cette tâche.

Dans le système de l'organisation des soins au Burkina, tout comme au plan de l'administration publique dans son ensemble, la politisation des nominations n'est un secret pour personne, et ce, depuis longtemps (Comité National d'Ethique, 2003). Ainsi, prendre le risque de se mettre en avant pour défendre des idées qui ne sont pas dans l'air du temps, pour paraphraser Kindgon (1995), est relativement dangereux pour celui qui souhaite faire carrière dans la fonction publique. Pour survivre dans ce système, il est donc essentiel de suivre la ligne majoritaire et il est évident qu'aujourd'hui, la tendance n'est pas favorable à la gratuité des soins au Burkina Faso. Nous pouvons illustrer ce point de vue par deux exemples, le premier sur la gratuité des accouchements et le second sur celle des indigents.

Il a fallu attendre fin 2009 pour que le Président de la République annonce publiquement dans ces vœux annuels la gratuité des traitements ARV (ce qui fait de ce pays l'un des derniers d'Afrique à prendre cette décision). En 2010, après une campagne d'Amnesty Internationale (Amnesty International, 2009), il a annoncé qu'il s'engageait à lever les barrières financières aux soins de santé maternel (Amnesty International, 2010) et fin 2011 il a écrit à une ONG (Terre des hommes) pour préciser qu'il allait lancer une réflexion pour lever ces mêmes barrières pour les enfants de moins de cinq ans. Puis la Première Dame a reçu en janvier 2012 une délégation composée de membres d'ONG (Amnesty, Help) et d'un chercheur (Université de Montréal) pour évoquer l'importance de l'exemption du paiement. Cette situation montre, d'une part, combien la politisation de ces décisions est importante (comme ailleurs en Afrique évidemment, voir la gratuité des césariennes au Mali ou Niger (Olivier de Sardan & Ridde, 2012), et d'autre part, que les fonctionnaires sont contraints de s'adapter aux décisions. Mais dans le cas des barrières

financières aux soins maternels, il est intéressant aussi de montrer combien ces fonctionnaires ont aussi un pouvoir, et, comme nous le disions plus haut, des marges de manœuvres. En effet, si la décision politique de lever ces barrières a été annoncée en 2010, elle n'a toujours pas été mise en œuvre en 2012. L'une des raisons fondamentales est que les fonctionnaires du ministère de la santé, notamment, sont majoritairement contre cette idée. Dans leur rapport d'étude à la mise en place de cette décision, d'une part, ils font un calcul erroné des coûts de cette mesure en le surestimant (ce que l'un des rédacteurs nous a confirmé oralement), ce qui a évidemment alerté les décideurs face aux sommes énormes réclamées, et d'autre part, ils terminent ce rapport en rappelant leur croyance fondée sur aucune preuve à l'égard du fait que la gratuité des soins va « *déresponsabiliser* » les patients (ministère de la Santé, 2010b).

En ce qui concerne l'exemption du paiement des soins pour les indigents, il faut rappeler qu'elle avait été prévue à l'origine dans la politique de l'Initiative de Bamako mais jamais mise en place. Le ministère avait prévu d'organiser des recherches opérationnelles sur l'indigence, ce qui n'a pas été fait (Ministère de la Santé, 1992). Ainsi, pour favoriser l'établissement de preuves scientifiques sur la pertinence d'avoir recours à une approche communautaire d'identification des indigents, une recherche-action a été entreprise à partir de 2007. La participation des responsables du ministère de la santé a été importante dans la planification et la mise en œuvre afin notamment d'accroître les chances d'appropriation des résultats et de passage à l'échelle. Si cela s'est très bien passé au plan local, cinq ans après, aucun espoir d'une extension nationale ne semble se profiler, malgré la réussite de l'expérience et son adéquation avec les documents de politique. Une partie de cette difficulté est illustrée par les propos tenus précédemment à l'égard du fonctionnement de l'administration. En effet, à l'origine du projet, un co-chercheur du Burkina, médecin venant de terminer son master en santé publique, avait été impliqué dans l'ensemble du processus. Cependant, au fur et à mesure de l'avancée de la recherche-action, ce dernier, proche du ministre de la santé de l'époque, a aussi évolué très rapidement dans la fonction publique pour devenir le responsable d'un grand programme national dans le domaine de la santé. Il a cependant complètement délaissé ce sujet de recherche alors même que son programme réclame l'amélioration de la prise en charge des indigents. Il disposait pourtant d'une place privilégiée pour s'attaquer à ce problème et utiliser les résultats de la recherche pour changer les politiques. Cependant, la progression dans sa carrière est évidemment conditionnée au respect des idées véhiculées au plus haut niveau, ainsi que par la majorité de ses pairs. Ainsi, se mettre en avant sur un sujet qui n'intéresse personne est prendre des risques trop importants. Il ne s'agit évidemment pas pour nous ici de juger cette personne, mais simplement de comprendre et de montrer combien le fonctionnement du système de l'organisation des soins contraint largement l'utilisation de recherches dont les conclusions sont à l'opposé des idées dans l'air du temps. Pour reprendre encore une fois Kingdon (1995), seuls des entrepreneurs politiques disposant de qualités particulières peuvent s'atteler à une telle fonction, ce qui ne semble pas encore exister dans le contexte du Burkina Faso. La culture de l'utilisation de preuves scientifiques pour planifier les politiques publiques n'est pas véritablement présente, « *evidence-based policy* » est encore un vœux pieux. Enfin, les enjeux monétaires sont aussi en trame de fonds. Dans un contexte où les salaires des fonctionnaires ne répondent pas à leurs besoins et leur volonté de s'inscrire dans une mondialisation de la consommation, les activités générant des revenus supplémentaires (les fameux *perdiem* (Ridde,

2010)) seront toujours privilégiées, ce qui n'était pas le cas dans cette recherche-action sur les indigents.

De son côté, l'organisation du système de la recherche au Burkina Faso, ou ailleurs plus généralement, ne facilite guère l'établissement de liens étroits avec le système de l'organisation des soins. Pourtant, nous avons dit plus haut que le ministère de la santé s'était engagé depuis 1992 à réaliser des recherches opérationnelles sur l'indigence. De plus, dans ses lignes directrices pour la recherche scientifique formulée dans son plan stratégique de 1995 (qui était le premier dans l'histoire du pays), le ministère chargé de la recherche avait largement mis l'accent sur les recherches opérationnelles pour soutenir les priorités gouvernementales (MESSRS & CNRST, 1995). Plus précisément dans le domaine de la santé, le premier symposium sur la Recherche essentielle en santé a été organisé en 1997. Cette recherche essentielle avait été définie comme « *une stratégie d'organisation et de gestion de la recherche spécialement orientée vers les principaux problèmes ou préoccupations touchant la population avec un accent particulier sur les segments pauvres, déshérités, négligés et autres groupes vulnérables dont les besoins en santé sont négligés ou ignorés (promouvoir la santé et le développement sur la base de l'équité, la justice sociale)* ».

Pourtant, le financement de la recherche par l'État du Burkina Faso est quasi-inexistant⁸ (près de 90% du budget de la recherche provient du partenariat extérieur dans le cadre des projets/programmes de recherche, l'Etat ayant à sa charge essentiellement les faibles émoluments du personnel des institutions de recherche, de même que les frais d'entretien des infrastructures existantes). Certains ajoutent que le leadership politique à l'égard de la recherche est absent (Sondo, 2008). Si de larges priorités de recherche ont été émises, le recours systématique à des financements externes oriente forcément la nature des travaux et fragilise les chercheurs du pays (Ridde & Capelle, 2011). L'analyse bibliométrique montre parfaitement que les chercheurs du Burkina sont rarement (5%) les premiers auteurs des articles sur le sujet du paiement des soins. On peut donc émettre l'hypothèse qu'ils sont moins impliqués et disposent donc de moins de force d'argumentaire pour échanger avec les membres du système de l'organisation des soins sur les tenants et aboutissants, par exemple, de la gratuité des soins. De plus, si les chercheurs du Nord prennent le leadership de la production scientifique, l'organisation du milieu de recherche international les contraint à publier en anglais dans des revues savantes internationales. Or, il est évident que ce mode de production ne facilite pas l'accès aux connaissances par les individus du système de l'organisation des soins tant ces derniers ne sont pas familiers avec l'anglais et n'ont pas accès aux revues savantes, la plupart du temps payantes. En outre, les chercheurs francophones africains ne peuvent, contrairement à leurs collègues du Nord, publier dans des revues électroniques qui pourraient être gratuitement accessibles aux personnes de l'organisation des soins car ces revues ne sont pas prises en compte dans leur promotion de carrière par le système du Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES).

⁸ En 1999, on estime le budget total du Centre national de recherche scientifique et technique (donc toutes disciplines confondues) à moins de 1 millions d'Euros. L'Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS) du CNRST créé en 1997 disposait en 2001 d'un budget annuel de 125.000 Euros dont 30.000 Euros pour le département biomédical et de santé publique (Ministère de la santé, 2002).

Ensuite, l'histoire coloniale décrite plus haut a fait en sorte qu'à l'image de la France, les autorités du pays maintiennent une séparation importante entre l'enseignement universitaire et la recherche. Cette bipolarité est renforcée par une différence assez perceptible dans les mécanismes d'évaluation et les modalités d'évolution dans la carrière des enseignants et des chercheurs. Ainsi, rares sont les chercheurs en mesure d'enseigner et donc d'influencer les idées des professionnels de la santé qui seront par la suite au cœur du système. Mais rares sont aussi les enseignants universitaires qui réalisent des travaux de recherche utiles pour adapter leurs enseignements, qui peinent à suivre l'avancement des connaissances. On doit cependant ici noter un paradoxe qu'il faudrait certainement étudier plus en profondeur. Compte tenu des caractéristiques inhérentes au fonctionnement de la recherche et notamment au faible salaire de la fonction publique⁹, la grande majorité des chercheurs effectuent de nombreuses consultations privées lucratives (Olivier de Sardan, 2011). Or, ces consultations sont la plupart du temps réalisées concernant le système de santé (bien que souvent commanditées par un bailleurs de fonds externe et non le ministère de la santé !) et donc en interaction directe avec le système de l'organisation des soins. Cette situation pourrait être un moment propice à la perméabilité des deux systèmes, mais cela ne semble guère être le cas. Il est fort possible que cette faible influence, y compris lors des consultations, s'explique par le fait que le client, dans ce cas le système de santé et souvent le bailleurs de fonds, oriente largement la commande (donc sur des aspects dans l'air du temps) et que le fournisseur (le chercheur) s'autocensure pour garder son marché. La liberté de parole consubstantielle à la recherche universitaire devient peu mobilisable lorsque le chercheur réalise une consultation pouvant avoir un enjeu sur le fonctionnement du système de santé. Il existe fort heureusement des exceptions à cette norme et certains chercheurs s'aventurent parfois dans des évaluations indépendantes et rigoureuses.

Le modèle interactif, où chercheurs et utilisateurs se rencontrent et échangent, est suggéré comme étant l'un des plus prometteurs pour améliorer l'utilisation des résultats de recherche (Dagenais et al., 2012). Or, rares sont ces moments où ces deux groupes de personnes peuvent se rencontrer. Prenons pour exemple concernant le système de l'organisation des soins, les États généraux de la santé organisés en 2010 pour reformuler l'ensemble de la politique de santé du pays. Aucun chercheur sur le financement de la santé n'a été invité. Les travaux de groupes auxquels nous avons assisté ont confirmé l'absence totale de prise en compte des preuves scientifiques. Les débats étaient toujours orientés uniquement sur les perceptions et expériences des acteurs, ce qui est utile évidemment, mais ne peut seul permettre de formuler une politique. Le poids de la hiérarchie sociale, où les discours du professeur de clinique ne peut être remis en cause même s'il évoque un sujet dont il ne maîtrise pas les contours, et la volonté de préserver une paix sociale transparaissait dans les débats. Les documents produits pour ces États généraux sont à l'image des discussions, les résultats de recherche ne sont pas utilisés. La section concernant le financement de la santé du document de synthèse en 90 pages¹⁰ des États généraux ne relative ni ne cite aucun travaux scientifiques (ministère de la santé, 2010a). Dans

⁹ Un jeune chercheur de la fonction publique dispose d'un salaire net de l'ordre de 300 Euros par mois.

¹⁰ L'analyse de la recherche en santé ne dispose que de 2,5 pages dans ce document

le document de fonds, qui lui fait 300 pages, ont ne retrouve aucune référence scientifique sur le financement de la santé mais toujours les deux mêmes constats :

- « *Faible accessibilité financière des populations aux services de santé* ».
- « *Des outils d'aide à la décision [...] bien que diffusés ne sont pas suffisamment exploités pour rendre plus disponibles et plus fiables les données en vue de la prise de décision* ».

Dans le système de la recherche, l'exemple des Journées des sciences de la santé de Bobo-Dioulasso, organisées tous les deux ans, est éloquent de l'étanchéité des milieux. En effet, les membres du système de l'organisation des soins ne sont quasiment jamais présents, les chercheurs parlent le plus souvent entre eux (comme partout ailleurs dans le monde) et les enjeux de pouvoir entre les différentes organisations de recherche dans le pays se révèlent aussi au grand jour. Des efforts sont faits pour que les responsables locaux de la santé soient présents (les médecins chefs de district) mais les plus haut fonctionnaires, ceux qui vont réellement prendre les décisions ne sont quasiment jamais présents, si ce n'est pour les cérémonies d'ouverture. Cependant, on constate depuis quelques années certains efforts de la part de chercheurs qui tentent d'inviter les hauts décideurs à certains ateliers ou produire des documents plus accessibles (de type *Policy Briefs*) pour mieux partager les résultats de leurs travaux. Mais l'évaluation de l'efficacité de ces processus pour la prise de décision reste à faire.

CONCLUSION

Ce constat de deux mondes séparés, où la recherche a peu d'influence sur l'organisation du système de santé, à tout le moins dans le domaine du financement des soins, mérite une réflexion opérationnelle. Comment tenter de changer la situation ? Évidemment, on pourrait suggérer des idées sur l'organisation du monde de la recherche ou des décisions politiques, mais ces instances macroscopiques sont au-delà de nos possibilités à court terme. Pour rester plus modeste, nous pourrions émettre quelques souhaits plus pragmatiques. D'abord, il faut que le système universitaire accorde une valeur plus importante aux travaux de partage et diffusion des connaissances réalisés par chercheurs dans l'évaluation de leur carrière. Ensuite, il faut que les responsables politiques et les hauts fonctionnaires soient mieux formés à l'importance de considérer les recherches dans leurs décisions, même si évidemment les décisions politiques seront toujours influencées par le contexte et par ... la politique. Enfin, il serait important de mettre en place des stratégies permettant à ces deux systèmes de se rencontrer, d'interagir, de s'influencer. C'est ici que les stratégies d'application et de courtage en connaissances prennent toutes leurs valeurs (FCRSS, 2003) pour que l'on puisse mettre en application les solutions attendues par la troisième solitude... soit les plus vulnérables.

RÉFÉRENCES

- Amnesty International. (2009). Giving life, risking death. Maternal mortality in Burkina Faso (p. 112). London: Amnesty International Publications.
- Amnesty International. (2010). President of Burkina Faso commits to lifting financial barriers to maternal health in a meeting with Amnesty International. London.
- Bado, J.-P. (1996). *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*. Paris: Karthala.
- Becker, C., & Collignon, R. (1998). Epidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest. *Cahiers Santé*, 8(6), 411-416
- Bicaba, A., Ouedraogo, L., & Biao, M. P. (2010). Plan national de développement sanitaire (PNDS). Evaluation finale. (p. 95). Ouagadougou: Ministère de la santé. SERSAP.
- Blanchet, K., & James, P. (2012). The role of social network in the governance of health systems : the case of eye care systems. *Health Policy & Planning*. In press, 1-14
- Comité National d'Éthique. (2003). Rapport annuel 2002 (p. 120). Ouagadougou: Comité national d'éthique.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.
- Dagenais, C., Queuille, L., & Ridde, V. (2012). Évaluation d'une stratégie de transfert des connaissances produites sur un programme d'exemption du paiement des soins pour des populations vulnérables du Burkina Faso. *Global Health Promotion, Numéro Spécial "Vulnérabilité et équité en santé en Afrique"*(Sous presse)
- De Allegri, M., Sauerborn, R., Kouyate, B., & Flessa, S. (2009). Community health insurance in sub-Saharan Africa : what operational difficulties hamper its successful development ? *Tropical Medicine & International Health*, 14(5), 1-11
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of power : health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- FCRSS. (2003). La théorie et la pratique du courtage de connaissances dans le système de santé canadien (p. 18). Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Gonzalez-Block, M. A., Vargas-Riano, E. M., Sonela, N., Idrovo, A. J., Ouwe-Missi-Oukem-Boyer, O., & Monot, J. J. (2011). Research capacity for institutional collaboration in implementation research on diseases of poverty. *Tropical Medicine and International Health*.doi:10.1111/j.1365-3156.2011.02834.x
- Haddad, S., Nougara, A., & Fournier, P. (2006). Learning from health system reforms: lessons from Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 11(12), 1-9
- Haddad, S., Nougara, A., & Ridde, V. (2004). Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité*, 2, 199-210
- Hall, P. (1993). Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic Policymaking in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275-296
- Hervouet, J.-P. (1990). Peuplement et mouvements de population dans les vallées des Volta Blanche et Rouge (p. 121). Ouagadougou: ORSTOM.
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. (2nd^e éd.). New York: Harper Collins.
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. . *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4. Art. No.: CD009094. (DOI: 10.1002/14651858.CD009094)
- Lapeyssonnie. (1995). La trypanosomiase humaine africaine et la Haute-Volta Dans G. Massa & G. Madiega (dir.), *La Haute-Volta coloniale* (p. 379-383).

- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. (2ème^e éd.). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Massa, G., & Madiega, G. (1995). *La Haute-Volta coloniale : témoignages, recherches regards*. Paris: Karthala.
- Meda, N., Hounton, S., De Brouwere, V., Sombie, I., Byass, P., & on behalf of the IMMPACT Burkina Evaluation Study Group. (2008). From evaluating a Skilled Care Initiative in rural Burkina Faso to policy implications for safe motherhood in Africa. *Tropical Medicine & International Health*, 13(Suppl 1), 68-72
- Meda, N., & Sondo, B. (2003). Le pilotage du système de santé au Burkina Faso : analyse des stratégies systémiques et individuelles » Rapport final de recherche préparé dans le cadre du programme "AIDS IMPULSE". Anvers: Institut de Médecine Tropicale.
- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C. K., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning (Supplement 2)*, 26, ii16-ii29
- MESSRS, & CNRS. (1995). Plan stratégique de la recherche scientifique (p. 401). Ouagadougou: Ministère des enseignements secondaire, supérieur et de la recherche scientifique / Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique.
- Meunier, A. (1999). *Système de soins au Burkina Faso. Le paradoxe sanitaire*. Paris: L'Harmattan.
- 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 (p. 73). Ouagadougou: Comité préparatoire de l'Initiative de Bamako.
- Ministère de la santé. (2002). Profil pays recherche en santé du Burkina Faso (p. 46). Ouagadougou.
- Ministère de la santé. (2004). Document cadre de politique nationale en matière de médecine et pharmacopée traditionnelles (p. 5). Ouagadougou.
- ministère de la santé. (2010a). Document de synthèse des deuxièmes états généraux de la santé (p. 90). Ouagadougou: ministère de la santé.
- ministère de la Santé. (2010b). Réduire la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso. Gratuité des soins aux femmes et aux nouveau-nés. Eléments de réflexion et d'estimation des coûts (p. 12). Ouagadougou: DSF.
- Nikiema-Heinmüller, B., & Borchert, M. (1997). Appréciation de la qualité, des soins par la population dans le milieu rural au Burkina Faso – Projet PRAPASS. Ouagadougou: Ministère de la Santé, Burkina Faso.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2011). Promouvoir la recherche face à la consultance. Autour de l'expérience du Lasdel (Niger-Bénin). *Cahiers d'études africaines*, 202-203(2-3), 511-528
- Olivier de Sardan, J.-P., & Ridde, V. (2012). Un bilan des récentes politiques d'exemption de paiement des soins dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger). *Afrique Contemporaine, Sous presse*
- OMS. (2000). Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant. Geneve.
- Ouédraogo, C., Nébié, G., & Rouamba, G. (2010). *La gratuité des soins maternels dans les pays pauvres. Efficacité, pérennité, effets pervers ou inattendus. Exemple du Burkina Faso*. Paris.
- Ouédraogo, J.-B. (1994). Systèmes de Santé et Changement Social dans le Boulgou: Configurations et Participations. *Nordic Journal of African Studies*, 3(1), 59-75

- Ridde, V. (2007). *Équité et mise en oeuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris: L'Harmattan.
- Ridde, V. (2010). Per diems undermines health interventions, systems and research in Africa: burying our heads in the sand. *Tropical Medicine & International Health*, Jul 28. doi: 10.1111/j.1365-3156.2010.02607.x.
- Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Ridde, V., & Capelle, F. (2011). La recherche en santé mondiale et les défis des partenariats Nord-Sud. *Revue canadienne de santé publique*, Mar-Apr;102(2), 152-156.
- Ridde, V., Diarra, A., & Moha, M. (2011). User fees abolition policy in Niger: Comparing the under five years exemption implementation in two districts. *Health Policy*, 99, 219–225. doi:S0168-8510(10)00278-2 [pii] 10.1016/j.healthpol.2010.09.017
- Ridde, V., Morestin, F., & Belaid, L. (2010). Politiques contemporaines de gratuité des soins en Afrique. . Dans Y. Sanni (dir.), *Les maux et les choses de la santé : Acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le tiers-monde*. (p. 207-242). Ottawa: Presses de l'Université d'Ottawa.
- Ridde, V., & Samb, O. (2012). Les idées des agents de santé sur la gratuité des médicaments et des soins en Afrique de l'Ouest. Dans M. Egrot & A. Desclaux (dir.), *Anthropologie du médicament au Sud : sens et usages « à la marge »*. Paris: Éditions de l'IRD. Sous presse.
- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Kadio, K., Ouedraogo, M., Sanfo, M., . . . Haddad, S. (2011). Challenges of Scaling Up and of Knowledge Transfer in an Action Research Project in Burkina Faso to Exempt the Worst-off from Health Care User Fees. *BMC International Health & Human Rights*, 11(Suppl 2), S9
- Robert, E., & Samb, O. (2012). Cartographie des soins gratuits en Afrique de l'Ouest. *Afrique Contemporaine*, Sous presse
- Rouamba, E.-G. (1995). La vie d'un infirmier du service des grandes endémies. Dans G. Massa & G. Madiega (dir.), *La Haute-Volta coloniale* (p. 385-393). Paris: Karthala.
- Sondo, B. (2008). La problématique de l'enseignement et de la recherche scientifique en Afrique francophone. Dans V. Ridde & K. Mohindra (dir.), *La santé mondiale. Recherche et enseignement au Québec. Cahiers scientifiques de l'ACFAS. Numéro 110. Actes du colloque*. (p. 103-104). Montréal: ACFAS.
- Souares, A., Savadogo, G., Dong, H., Parmar, D., Sie, A., & Sauerborn, R. (2010). Using community wealth ranking to identify the poor for subsidies: A case study of community-based health insurance in Nouna, Burkina Faso. *Health and Social Care in the Community*, 18(4), 363-368. doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00905.x
- Soubeiga, A. (1992). *Les stratégies de soins de santé primaires au Burkina Faso. Mobilisation communautaire et logiques paysannes (l'exemple de la Sissili)*. . (Université de Bordeaux II).
- Witter, S., Arhinful, D. K., Kusi, A., & Zakariah Akoto, S. (2007). The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reproductive Health Matters*, 15(30), 61-70
- Witter, S., Dieng, T., Mbengue, D., Moreira, I., & de Brouwere, V. (2010). The national free delivery and caesarean policy in Senegal: evaluating process and outcomes. *Health Policy & Planning*. doi:10.1093/heapol/czq013, 25(5), 384-392
- Yaogo, M. (2002). *Pratiques de soins et faits de développement : le cas des itinéraires thérapeutiques dans la région de Bagré (Burkina Faso), thèse de doctorat nouveau régime*. (EHESP, Marseille).

- Yaogo, M. (2012). L'histoire de la gratuité au Burkina Faso : étapes, légitimités, enjeux sociaux et culturels *Afrique Contemporaine, Sous presse*
- Zacsongo, F. (1995). Un dispensaire de brousse en Haute-Volta durant la période coloniale. Dans G. Massa & G. Madiéga (dir.), *La Haute-Volta coloniale* (p. 395-399). Paris: Karthala.
- Zerbo, R., Drabo, M., Berthe, A., Ouedrago, J.-B., Macq, J., Dujardin, B., . . . Huygens, P. (2009). Approche socioanthropologique de la dynamisation du réseau d'acteurs de prise en charge des malades tuberculeux au Burkina Faso. *Global Health Promotion, 16*(1), 72-80

ANNEXES

Annexe 1 : liste des articles analysés dans l'étude bibliométrique (1980-2011)

1. De Allegri, M., Kouyate, B., Becher, H., Gbangou, A., Pokhrel, S., Sanon, M., & Sauerborn, R. (2006). Understanding enrolment [sic] in community health insurance in sub-Saharan Africa: a population-based case -- control study in rural Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 852-858.
2. De Allegri, M., Pokhrel, S., Becher, H., Dong, H., Mansmann, U., Kouyate, B., . . . Sauerborn, R. (2008). Step-wedge cluster-randomised community-based trials: An application to the study of the impact of community health insurance. *Health Research Policy and Systems*, 6(1), 10.
3. De Allegri, M., Sanon, M., & Sauerborn, R. (2006). "To enrol or not to enrol?" : A qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1520-1527.
4. De Allegri, M., Sanon, M., Bridges, J., & Sauerborn, R. (2006). Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 76(1), 58-71.
5. De Allegri, M., Sauerborn, R., Kouyaté, B., & Flessa, S. (2009). Community health insurance in sub-Saharan Africa: what operational difficulties hamper its successful development? *Tropical Medicine & International Health*, 14(5), 586-596. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02262.x
6. Dong, H., De Allegri, M., Gnawali, D., Soares, A., & Sauerborn, R. (2009). Drop-out analysis of community-based health insurance membership at Nouna, Burkina Faso. *Health Policy*, 92(2-3), 174-179.
7. Dong, H., Kouyate, B., Cairns, J., & Cairns, J. (2004). Differential willingness of household heads to pay community-based health insurance premia for themselves and other household members. *Health Policy and Planning*, 19(2), 120-126. doi: 10.1093/heapol/czh014
8. Dong, H., Kouyate, B., Cairns, J., & Sauerborn, R. (2003). A comparison of the reliability of the take-it-or-leave-it and the bidding game approaches to estimating willingness-to-pay in a rural population in West Africa. *Social Science & Medicine*, 56(10), 2181-2189.
9. Dong, H., Kouyate, B., Cairns, J., & Sauerborn, R. (2005). Inequality in willingness-to-pay for community-based health insurance. *Health Policy*, 72(2), 149-156.
10. Dong, H., Kouyate, B., Cairns, J., Mugisha, F., & Sauerborn, R. (2003). Willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso. *Health Economics*, 12(10), 849-862. doi: 10.1002/hec.771

11. Dong, H., Kouyate, B., Snow, R., Mugisha, F., & Sauerborn, R. (2003). Gender's effect on willingness-to-pay for community-based insurance in Burkina Faso. *Health Policy*, *64*(2), 153-162.
12. Dong, H., Mugisha, F., Gbangou, A., Kouyate, B., & Sauerborn, R. (2004). The feasibility of community-based health insurance in Burkina Faso. *Health Policy*, *69*(1), 45-53.
13. Gnawali, D. P., Pokhrel, S., Sie, A., Sanon, M., De Allegri, M., Souares, A., . . . Sauerborn, R. (2009). The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services: evidence from Burkina Faso. *Health Policy*, *90*(2-3), 214-222. doi: 10.1016/j.healthpol.2008.09.015
14. Haddad, S., Nougata, A., & Fournier, P. (2006). Learning from health system reforms: lessons from Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health*, *11*(12), 1889-1897. doi: 10.1111/j.1365-3156.2006.01748.x
15. Hercot, D., Meessen, B., Ridde, V., & Gilson, L. (2011). Removing user fees for health services in low-income countries: a multi-country review framework for assessing the process of policy change. *Health Policy and Planning*, *26*(suppl 2), ii5-ii15. doi: 10.1093/heapol/czr063
16. Kafando, Y., & Ridde, V. (2010). Les ressources financie` res des comite´ s de gestion du Burkina Faso peuvent ameliorer l´equite´ d´acce` s au syste` me de sante. *Cahier Sante*, *20*(3), 153-161.
17. Kouanda, S., Bocoum, F. Y., Doulogou, B., Bila, B., Yameogo, M., Sanou, M. J., . . . Desclaux, A. (2010). User fees and access to ARV treatment for persons living with HIV/AIDS: implementation and challenges in Burkina Faso, a limited-resource country. *AIDS Care*, *22*(9), 1146-1152. doi: 10.1080/0954012100360504
18. Labie, M., Nyssens, M., & Wele, P. (2007). Microfinance et micro-assurance sant´e: réflexions sur des articulations possibles à partir de quelques expériences au Bénin et au Burkina Faso. *Mondes en développement*, *35*(139), 57.
19. Leive, A., & Xu, K. (2008). Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *86*, 849-856C
20. Marschall, P., & Flessa, S. (2008). Expanding access to primary care without additional budgets? A case study from Burkina Faso. *The European Journal of Health Economics*, *9*(4), 393-403. doi: 10.1007/s10198-007-0095-9
21. Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V. r., Tibouti, A., Tashobya, C. K., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, *26*(suppl 2), ii16-ii29. doi: 10.1093/heapol/czr062
22. Mugisha, F., Kouyate, B., Gbangou, A., & Sauerborn, R. (2002). Examining out-of-pocket expenditure on health care in Nouna, Burkina Faso: implications for health policy.

- Tropical Medicine & International Health*, 7(2), 187-196. doi: 10.1046/j.1365-3156.2002.00835.x
23. Nikiema, B., Haddad, S., & Potvin, L. (2008). Women Bargaining to Seek Healthcare: Norms, Domestic Practices, and Implications in Rural Burkina Faso. *World Development*, 36(4), 608-624.
 24. Okolo, C. O., Reidpath, D. D., & Allotey, P. (2011). Socioeconomic Inequalities in Access to Health Care: Examining the Case of Burkina Faso. *Journal of Health for the Poor and Undeserved*, 22(2), 662-682.
 25. Parmar, D., Reinhold, S., Soares, A., Savadogo, G., & Sauerborn, R. (2011). Does Community-Based Health Insurance Protect Household Assets? Evidence from Rural Africa. *Health Services Research*, n/a-n/a. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01321.x
 26. Perkins, M., Brazier, E., Themmen, E., Bassane, B., Diallo, D., Mutunga, A., . . . Ngobola, O. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning*, 24(4), 289-300. doi: 10.1093/heapol/czp013
 27. Richard, F., Ouédraogo, C., Compaoré, J., Dubourg, D., & De Brouwere, V. (2007). Reducing financial barriers to emergency obstetric care: experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso. *Tropical Medicine & International Health*, 12(8), 972-981. doi: 10.1111/j.1365-3156.2007.01877.x
 28. Ridde, V. (2003). Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 532-538.
 29. 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 & Medicine*, 66(6), 1368-1378.
 30. Ridde, V. r., Richard, F., Bicaba, A., Queuille, L., & Conombo, G. (2011). The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 26(suppl 2), ii30-ii40. doi: 10.1093/heapol/czr060
 31. Ridde, V., & Girard, J. E. (2004). "Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains". *Santé Publique*, 16(1), 37-51.
 32. Ridde, V., Haddad, S., Nikiema, B., Ouedraogo, M., Kafando, Y., & Bicaba, A. (2010). Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees. *BMC Public Health*, 10(1), 631.
 33. Ridde, V., Heinmeuller, R., Queuille, L., & Rauland, K. (2011). Améliorer l'accessibilité financière des soins de santé au Burkina Faso: Une stratégie de recherche potentiellement favorable à l'utilisation des données probantes. *Global Health Promotion*, 18(1), 110-113. doi: 10.1177/1757975910393193
 34. Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Kadio, K., Ouedraogo, M., Bicaba, A., & Haddad, S. (2011). Targeting the worst-off for free health care: A process evaluation in Burkina Faso. *Evaluation and Program Planning*, 34(4), 333-342.
 35. Robyn, P. J., Hill, A., Liu, Y., Soares, A., Savadogo, G., Sie, A., & Sauerborn, R. (2011). Econometric analysis to evaluate the effect of community-based health insurance on

- reducing informal self-care in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*. doi: 10.1093/heapol/czr019
36. Sauerborn, R., Gbangou, A., Dong, H., Przyborski, J. M., & Lanzer, M. (2005). Willingness to pay for hypothetical malaria vaccines in rural Burkina Faso. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(2), 146-150.
 37. SAUERBORN, R., NOUGTARA, A., & LATIMER, E. (1994). The elasticity of demand for health care in Burkina Faso: differences across age and income groups. *Health Policy and Planning*, 9(2), 185-192. doi: 10.1093/heapol/9.2.185
 38. Sauerborn, R., Nougata, A., Hien, M., & Diesfeld, H. J. (1996). Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 43(3), 281-290.
 39. Sommerfeld, J., Sanon, M., Kouyate, B. A., & Sauerborn, R. (2002). Informal risk-sharing arrangements (IRSAs) in rural Burkina Faso: lessons for the development of community-based insurance (CBI). *The International Journal of Health Planning and Management*, 17(2), 147-163. doi: 10.1002/hpm.661
 40. Soares, A., Savadogo, G., Dong, H., Parmar, D., Sié, A., & Sauerborn, R. (2010). Using community wealth ranking to identify the poor for subsidies: a case study of community-based health insurance in Nouna, Burkina Faso. *Health & Social Care in the Community*, 18(4), 363-368. doi: 10.1111/j.1365-2524.2009.00905.x
 41. Storeng, K. T., Baggaley, R. F., Ganaba, R., Ouattara, F., Akoum, M. I. S., & Filippi, V. r. (2008). Paying the price: The cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 66(3), 545-557.
 42. Su, T. T., Kouyate, B., & Flessa, S. (2006). Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(1), 21-27.
 43. Su, T., Pokhrel, S., Gbangou, A., & Flessa, S. (2006). Determinants of household health expenditure on western institutional health care. *The European Journal of Health Economics*, 7(3), 195-203. doi: 10.1007/s10198-006-0354-1
 44. Tall, F.-R., de Roodenbeke, E., Nacro, B., Zaongo, U., Traore, A., & Sicard, J.-M. (1992). Experience de recouvrement des couts medicamenteux au CHNSS, Burkina Faso. *Cahier Sante*, 2, 161-165.

Annexe 2 : répartitions des publications suivant certaines caractéristiques

Thèmes abordés	N (%)
Assurance sociale	18 (40,9%)
Paiement direct	22 (50,0%)
Gratuite	4 (9,1%)
Existence de collaboration	
Oui	38 (92,7%)
Non	3 (7,3%)
Type	
Nord-Nord	6 (15,8%)
Nord-Sud	31 (81,6%)
Sud-Nord	1 (2,6%)
Localisation des institutions	
Localisation institution 1	
Nord	42 (95,5%)
Sud	2 (4,5%)
Localisation institution 2	
Nord	17 (40,5%)
Sud	25 (59,5%)
Localisation institution 3	
Nord	26 (66,7%)
Sud	13 (33,3%)
Localisation institution 4	
Nord	18 (58,1%)
Sud	13 (41,9%)
Localisation institution 5	
Nord	7 (41,2%)
Sud	10 (58,8%)
Localisation institution 6	
Nord	4 (30,8%)
Sud	9 (69,2%)
Langue de publication	
Anglais	38 (86,4%)
Français	6 (13,6%)
Equité	
Oui	4 (9,1%)
Non	40 (90,9%)

Annexe 3 : institution et type de collaboration

Institution	Nord-Nord	Nord-Sud	Sud-Sud	TOTAL
HARVARD UNIVERSITY, USA	0	3	0	3 (7,9%)
IMF, USA	1	0	0	1 (2,6%)
IRSS, B-F	0	0	1	1 (2,6%)
ITM, ANTWERP	1	1	0	2 (7,2%)
LSHTM, UK	0	1	0	1 (2,6%)
UDEM, CANADA	1	5	0	6 (15,8)
UNIVERSITÉ DE MONS-HAINAUT MÉLANIE, BEL.	1	0	0	1 (2,6%)
UNIVERSITÉ LAVAL, CANADA	1	0	0	1 (2,6%)
UNIVERSITY OF GREIFSWALD, GERMANY	1	0	0	1 (2,6%)
UNIVERSITY OF HEIDELBERG	0	21	0	21 (55,3%)
TOTAL	6	31	1	38 (100%)

Annexe 4 : Institutions et thèmes abordés

Institution	Assurance	Paie ment	gratuit	TOTAL
BRUNEL UNIVERSITY	0	1	0	1 (2,3%)
CHNSS, B-F	0	1	0	1 (2,3%)
FAMILY CARE INTERNATIONAL, USA	0	1	0	1 (2,3%)
HARVARD UNIVERSITY, USA	1	2	0	3 (6,8%)
IMF, USA	0	1	0	1 (2,3%)
IRSS, B-F	0	1	0	1 (2,3%)
ITM, ANTWERP	1	2	0	3 (6,8%)
LSHTM, UK	0	1	0	1 (2,3%)
UDEM, CANADA	0	3	4	7 (15,9%)
UNIVERSITÉ DE MONS-HAINAUT MÉLANIE, BEL.	0	1	0	1 (2,3%)
UNIVERSITÉ LAVAL, CANADA	0	2	0	2 (4,5%)
UNIVERSITY OF GREIFSWALD, GERMANY	0	1	0	1 (2,3%)
UNIVERSITY OF HEIDELBERG	16	5	0	21 (47,7%)
TOTAL	18	22	4	44 (100,0%)

Annexe 5 : Collaborations entre institutions

Institution du premier auteur	Institutions des autres auteurs	Nombre articles
HARVARD UNIVERSITY, USA	MINISTRY OF HEALTH, B-F	2
	UNIVERSITY OF HEIDELBERG	2
	CRSN, B-F	1
IMF, USA	WHO, GENEVA	1
IRSS, B-F	MINISTRY OF HEALTH, B-F	1
ITM, ANTWERP	SECTEUR 30 DISTRICT HOSPITAL, B-F	1
	ASMADE, B-F	1
	INDEPENDENT CONSULTANT, FRANCE	1
	UDEM, CANADA	2
	UNICEF, NEW YORK	1
	MINISTRY OF HEALTH, UGANDA	1
	UNIVERSITY OF CAPE TOWN, SA	1
LSHTM, UK	CENTRE MURAZ, B-F	1
	L'INST. DE RECH POUR DEV, B-F	1
UDEM, CANADA	IRSS DU CNRST, B-F	1
	SERSAP, B-F	3
	HELP, BURKINA FASO	1
	ITM, ANTWERP	1
	WHO, GABON	1
	AFRICSANTE, B-F	1
	PROJET CQRA, GUINEAU	1
UNIVERSITÉ DE MONS-HAINAUT MÉLANIE, BEL.	UNIVERSITÉ CATHOLIQUE	1
	UNIVERSITÉ DE LIÈGE, BELGIUM	1
CHNSS, B-F	CENTRE MURAZ, B-F	1
UNIVERSITY OF HEIDELBERG	CRSN, B-F	14

	BRUNEL UNIVERSITY, UK	3
	UNIVERSITY OF MUNICH, GERMANY	1
	CNRFP, B-F	2
	UNIVERSITY OF GREIFSWALD, GERMANY	3
	UNIVERSITY OF ABERDEEN	4
	APHRC, KENYA	1
	UNIVERSITY OF MANNHEIM, GERMANY 21	1
BRUNEL UNIVERSITY	MONASH UNIVERSITY, MALAYSIA	1