

LA SANTÉ GLOBALE, NOUVEAU LABORATOIRE DE L'AIDE INTERNATIONALE ?

QUELLE PÉRENNITÉ POUR LES INTERVENTIONS PILOTES DE GRATUITÉ DES SOINS AU BURKINA FASO ?*

Oumar Mallé Samb^{**}, Valéry Ridde^{***}, Ludovic Queuille^{****}

Cette étude qualitative apprécie la pérennité de deux interventions de suppression du paiement des soins au profit des femmes enceintes, des enfants de moins de cinq ans et des indigents au Burkina Faso. Les résultats montrent l'importance du processus de pérennisation, notamment de la prise de risques dans la gestion de l'intervention, ainsi que de la disponibilité des ressources nécessaires à sa continuité. Ces deux éléments ont été centraux dans la différence de pérennité entre les deux interventions. L'étude montre également que la pérennité d'une intervention n'est pas réductible à la démonstration de son efficacité. D'autres facteurs, qui n'ont cependant pas bénéficié de suffisamment d'attention jusqu'à présent, exercent une réelle influence, telles que l'approche adoptée pour la mise en œuvre des interventions et la perception des leaders de l'organisation cible envers les groupes bénéficiaires des interventions.

Mots clés : Exemption, paiement, pérennité, Burkina Faso, communautés, projets pilotes.

* Nous tenons à remercier toutes les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche, nos enquêteurs, ainsi que le personnel de l'ONG HELP.

Cette recherche a été financée par le Service d'aide humanitaire (ECHO) de la Commission européenne et le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

Les bailleurs de fonds et l'ONG n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données.

Valéry Ridde est un nouveau chercheur boursier des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

** Doctorant en santé publique, Université de Montréal, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), omarsamb@hotmail.com

*** Ph.D, professeur agrégé au département Médecine sociale et préventive, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), valery.ridde@umontreal.ca

**** Master en santé publique, Centre de recherche du centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), ludovic.queuille@gmail.com

La généralisation du paiement direct dans les années 1990 a limité l'accès aux soins des couches de la population les plus vulnérables, comme les femmes enceintes et les indigents (Nanda, 2002). Il existe aujourd'hui un consensus international en faveur de sa suppression pour améliorer le recours au système de santé moderne. En effet, en Afrique, les expériences se multiplient, mais les politiques nationales de gratuité des soins sont toujours rares en Afrique de l'Ouest francophone. La plupart des expériences dans cette région sont le fait de projets pilotes organisés par des ONG internationales financés par des bailleurs de fonds européens, comme c'est le cas au Mali, au Niger ou encore au Burkina Faso. Cette situation pose donc des questions spécifiques quant à leur pérennité, ce qui n'est évidemment pas nouveau dans le domaine de la santé.

La question de la pérennité des interventions en santé publique bénéficie depuis quelques années d'un intérêt croissant de la part des bailleurs internationaux et des décideurs, de plus en plus préoccupés du devenir des interventions, souvent largement financés par l'extérieur.

Cependant, les études consacrées à cette question ne sont pas proportionnelles à cet intérêt grandissant (Greenhalgh, 2004). Cela n'a pas non plus permis de disposer d'une définition univoque du terme de pérennité, qui reste à ce jour sujet à de multiples interprétations (Toledo Romani *et alii*, 2007 ; Wiltsey Stirman *et alii*, 2012).

Dans le cadre de cette étude, la pérennité est appréhendée selon une perspective organisationnelle. Elle est définie comme la continuité des services et des ressources qu'offre une intervention (Shediak Rizkallah, 1998). Autrement dit, une intervention est pérenne si ses activités essentielles se maintiennent après l'arrêt d'éventuels soutiens exogènes (Pluys, Potvin, Denis, 2004).

LE CONTEXTE ET LES INTERVENTIONS

Le Burkina Faso est un pays sahélien de 16 millions d'habitants vivant en majorité en milieu rural. Malgré les gains obtenus en espérance de vie, le profil sanitaire du pays reste parmi les plus faibles de la sous-région (WHO, 2011). Dans les années 1980, le pays a commencé une ère de décentralisation sanitaire qui a commencé par une déconcentration de l'administration avec la mise en place des directions départementales de la santé publique. Ces structures sont devenues, en 1985, les directions provinciales de santé puis les districts sanitaires. En 2012, le pays compte 70 districts sanitaires. Leur création inaugurerait la naissance des premiers Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), et celle des hôpitaux de districts, dits Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Les CSPS constituent le premier niveau de contact avec la population où sont fournis les services de première ligne sous la direction d'un infirmier-chef

de poste (ICP). Ils sont gérés par les membres de la Communauté au moyen des comités de gestion (COGES). Le présent article concerne l'analyse de la pérennité de deux interventions de gratuité des soins.

Les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans (Dori et Sebba)

Dans les districts de Dori et de Sebba, dans la région du Sahel, une organisation non gouvernementale (ONG) a mis en place, à partir de septembre 2008, l'exemption du paiement des soins de santé (frais de consultation, produits pharmaceutiques, examens) pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de moins de 5 ans dans toutes les formations sanitaires des districts. L'ONG subventionne cette stratégie d'exemption à la façon d'un tiers payant financé par l'Union européenne (ECHO), en remboursant les formations sanitaires pour les frais que celles-ci auraient dû réclamer auprès des usagers. En complément, l'ONG a mis en place d'autres activités visant à renforcer le plateau technique (dotation en matériel médico-technique) et la capacité des agents de santé et des membres des Coges (informations, formations et supervisions).

Les indigents (Ouargaye)

Dans le district de Ouargaye, une recherche-action planifiée dès 2005, à la suite d'un processus participatif regroupant chercheurs, décideurs et communautés, a mis en place en 2007 l'exemption du paiement des soins uniquement pour les indigents dans 10 CSPS. Une fois que les communautés et les COGES ont sélectionné les indigents au sein des villages sur la base d'une définition consensuelle, le district sanitaire et la direction départementale de l'Action sociale leur remettent une carte qui leur permet de recevoir gratuitement tous les soins de santé dans les formations sanitaires du district. Si l'impulsion était en partie exogène, l'action est entièrement endogène, aussi bien dans la sélection des indigents que dans le financement. Les COGES assument entièrement cette prise en charge avec leurs fonds propres à partir des bénéfices effectués sur la vente des médicaments et des actes dans les CSPS, tel que la politique de l'initiative de Bamako l'avait prévu (Tizio, Flori, 1997). L'efficacité de l'approche a permis son extension dans tous les CSPS du district (26), en 2010, à la demande de toutes les parties prenantes.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE ET CADRE CONCEPTUEL

Cette étude analyse et compare le processus de pérennisation et le degré de pérennité des deux interventions. La nature différente de ces interventions (financement extérieur et mise en place par une ONG *versus* financement endogène et recherche-action participative) constitue des cas contrastés permettant

une « source de différence » heuristique dans la compréhension des facteurs qui influencent la pérennité (Pires, 1997).

Dans cet article, la pérennisation est comprise comme étant le processus qui permet la continuation des activités et des effets relatifs aux interventions (Pluye, Potvin, Denis, 2004). Elle commence dès les premiers événements qui jalonnent le déroulement des interventions et est de ce fait concomitante avec le processus d'implantation. Cette concomitance implique la définition de trois catégories d'événements pour différencier les deux processus. Nous avons d'abord les événements spécifiques à la pérennisation qui concernent la stabilisation des ressources (disponibilité du budget nécessaire à la continuité des activités) et la prise de risque organisationnel (par exemple l'implication des acteurs dans le processus décisionnel et de gestion). Ensuite, nous retrouvons les événements conjoints à la pérennisation et à l'implantation composés des incitatifs pour les acteurs (bénéfice moral, renforcement de capacités, motivation financière), de l'adaptation des activités (au contexte et à l'environnement), de la correspondance des objectifs (congruence avec les objectifs de l'organisation hôte), de l'existence d'une communication transparente entre les acteurs, du partage d'artefact culturel (existence de jargons ou rituels autour du programme) et enfin de l'intégration des règles (alignement des règles de l'intervention avec celles de l'institution hôte). La troisième catégorie d'événement concerne les événements spécifiques de l'implantation que sont l'investissement dans des ressources suffisantes (financiers ou humains ou matériels pour réaliser les activités) et la compatibilité pratique et technique des activités de l'intervention avec celles de l'institution hôte.

Nous proposons que trois scénarii soient possibles dans l'appréciation du processus de pérennisation : (1) il est fort s'il comporte davantage d'événements favorables que défavorables ; (2) il est modéré si on recense autant d'événements favorables que d'événements défavorables ; (3) il est faible si le nombre d'événements considérés comme défavorables est plus important.

La pérennité des interventions se manifeste sous la forme de routines organisationnelles (Yin, 1979) dont quatre caractéristiques ont été identifiées par des travaux précédents : la mémoire, l'adaptation, les valeurs et les règles (Pluye *et alii*, 2004).

Ainsi, une routine nécessite que les actions de l'intervention soient connues et partagées entre les acteurs comme s'il existait une mémoire commune à l'organisation, mais aussi que les ressources qui lui sont dédiées soient maintenues et stabilisées (*la mémoire*). Elle doit être adaptée au contexte social dans lequel elle s'inscrit (*l'adaptation*). Elle doit refléter la correspondance d'objectifs partagés avec l'organisation et qui s'expriment notamment à l'aide de symboles (*valeurs*). Enfin, les règlements et manuels de procédures de l'organisation encadrent la routine, qui se doit de respecter ces règles organisationnelles (*les règles*). Une

intervention est « routinisée » lorsqu'au moins une activité qui découle de cette intervention possède ces quatre caractéristiques. Les routines témoignent du degré d'appropriation de l'intervention par les acteurs qui la mettent en œuvre.

Cinq degrés de pérennité peuvent ainsi être constatés : (1) pérennité nulle : aucune activité ne découle du projet ; (2) pérennité précaire : quelques activités résiduelles sont poursuivies officieusement, dans le cadre d'une fonction qui n'a rien à voir avec l'intervention ; (3) pérennité faible : des activités officielles sont issues de l'intervention, mais elles ne possèdent pas toutes les caractéristiques des routines organisationnelles, elles peuvent changer de façon radicale à court terme ; (4) pérennité moyenne : des activités routinisées sont issues de l'intervention, elles possèdent toutes les caractéristiques des routines ; (5) et enfin, nous avons la pérennité haute qui concerne l'État à travers la formulation des politiques publiques (institutionnalisation) (Pluye, Potvin, Denis, 2004).

MÉTHODE

La stratégie de recherche utilisée est une étude de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse (Yin, 2003) qui repose sur l'utilisation de données qualitatives. Nos cas sont constitués des deux interventions de gratuité des soins. La population à l'étude est composée de huit CSPS où se déroulent ces interventions. Deux types d'instrument ont été mobilisés pour la collecte des données : des entretiens semi-dirigés et l'analyse documentaire.

Les entretiens ont eu lieu avec les principales parties prenantes des deux interventions. Nous avons rencontré les responsables d'intervention (n=5), les autorités sanitaires des directions de la santé des trois districts (médecins-chefs, responsables affaires communautaires, etc.) (n=12), les agents locaux de la mise en œuvre des interventions (infirmiers chef de poste, agents de santé, responsables des COGES) (n=21). Au niveau central, des rencontres ont eu lieu avec des fonctionnaires du ministère de la Santé (n=6), des représentants d'organismes subventionnaires internationaux (n=3), des experts du contexte socio-sanitaire (n=3) et des membres influents de la société civile (n=3).

L'analyse documentaire a servi de complément à ces données dans une perspective de triangulation. Elle a porté sur les documents de planification et les rapports d'activités des interventions, les plans d'action des districts sanitaires ainsi que sur les documents de politique nationale.

Les entretiens semi-dirigés ont fait l'objet d'un enregistrement et d'une prise de notes systématique. Elles ont été retranscrites et encodées à l'aide du logiciel QDA-Miner[®]. Les données des entretiens ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique (Ritchie, Spencer, 1994) recoupant les différentes dimensions du cadre conceptuel.

RÉSULTATS

La gratuité des soins pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5 ans (Dori et Sebba)

Les événements du processus de pérennisation

Les ressources nécessaires à la poursuite du remboursement des soins fournis gratuitement n'ont pas été prévues dans le budget de l'État au moment de notre collecte de données et aucune source de financement différente ne semble avoir été trouvée.

En plus d'assurer l'allocation des ressources, l'ONG a assuré exclusivement sa gestion, sans oser la partager avec les districts, ce qui traduit une absence de risque organisationnel : « Le district aurait souhaité avec l'ONG, qu'il y ait un plan d'action commune qui soit établi et en fonction de cela, les fonds seraient transférés au district qui mènera ses activités » (E30).

Néanmoins, la mise en place de l'intervention s'est révélée particulièrement adaptée au contexte du Sahel où les taux d'utilisation des services de santé sont pratiquement les plus bas du pays, notamment à cause de la barrière financière. L'utilisation des plans d'action des districts sanitaires comme source d'informations pour mettre en place les activités a facilité cette adaptation.

L'intervention s'est globalement déroulée dans une bonne entente avec le niveau périphérique, selon des modalités de communications appréciées : « Nous avons des rencontres périodiques et nous discutons beaucoup, vraiment beaucoup. Ils nous impliquent dans ce qu'ils font » (E30). Toutefois, si la communication est bonne avec les responsables du district de Sebba, elle l'est moins avec ceux de Dori dont certains responsables accusent l'ONG de se comporter en responsable du district en parallèle, en mettant en place des activités sans les consulter : « Pour moi, la communication est catastrophique. L'ONG nous considère justes comme une courroie de transmission » (E23#D2).

En dépit de cela, l'intervention s'est bien insérée dans les règles d'organisation des districts sanitaires. La fourniture des soins se déroule dans les centres de santé publics, effectués par les agents sanitaires du district (fonctionnaires d'État), l'ONG se limitant dans son rôle de contrôle de la subvention et d'appui technique des districts.

En outre, beaucoup de ressources ont été investies pour accompagner la subvention, comme le renforcement du plateau médico-technique ainsi que le financement de formations pour les agents de santé et les membres des Coges. Cependant, l'absence d'incitations financières pour les agents de santé est considérée comme une faiblesse par la majorité des agents. « Ce sont des projets qui prennent en compte les populations, mais pas les prestataires. L'absence de

Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ?

motivation financière aura un impact négatif sur la pérennité même du projet » déclare un agent de santé (E25#D2).

La pérennité actuelle de l'intervention

Mémoire

Aucun budget n'a été alloué par l'État pour maintenir l'intervention même si la nouvelle politique de protection sociale propose la gratuité pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (Gouvernement du Burkina Faso, 2012) et que le Programme national de Développement sanitaire 2011/2020 s'est fixé parmi ces objectifs prioritaires « d'élargir la gamme des prestations couvertes par les subventions et assurer leur pérennisation » (Ministère de la Santé, 2011).

En l'absence d'un engagement de l'État, les communautés semblent en revanche décidées, par la mise en place d'un système de partage des coûts, à pérenniser certaines activités, comme la gratuité des évacuations sanitaires pour les césariennes des CSPS vers l'hôpital de district : « le MCD et le haut-commissaire à Dori nous ont dit de nous organiser, sinon après le départ de l'ONG, on risque d'avoir de sérieux problèmes dans la prise en charge de nos malades » raconte un président de Coges (E42#D2). Toutefois, ces systèmes sont encore loin d'être fonctionnels et ne concernent qu'une très petite partie des besoins. Celui de Sebba vient juste de démarrer, mais est toujours en attente de la cotisation des collectivités locales, tandis que celui de Dori est encore en gestation.

La pérennité ne se réduit pas à la viabilité financière (Pluye *et alii*, 2004). D'autres composantes de l'intervention plus organisationnelles semblent pérennisées. C'est le cas du renforcement de la participation communautaire avec des Coges qui ont amélioré leur trésorerie grâce à l'augmentation de la fréquentation des services et dont les membres ont gagné en compétences : « Nous avons beaucoup appris avec ces projets. Nous savons aujourd'hui gérer notre dépôt » soutient un président de Coges (E42#D2).

Adaptation

Dans un contexte où les valeurs égalitaristes sont dominantes, les gens avaient quelques inquiétudes que la gratuité sélective crée des conflits sociaux. Pourtant, elle semble bien perçue : « Les projets ont été très bénéfiques pour nous » affirme un président de Coges (E46#D2). Les activités principales n'ont pas été contestées : « Ces activités sont primordiales pour l'hôpital, que ça soit les consultations ou les accouchements. Donc la subvention ne fait que nous accompagner et nous aider à atteindre nos propres objectifs » confirme un responsable de l'ECD (E22#D3). En revanche, les appréciations sont plus mitigées en ce qui concerne la supervision que l'ONG réalise conjointement avec le district sanitaire. Si une majorité des agents de santé la perçoit positivement, « C'est un autre moyen de nous corriger si nous sommes en erreur », considère un ICP (E25#D2). D'autres sont plus critiques, surtout envers l'imposition de

l'utilisation du guide de diagnostic et de traitement des affections prioritaires au premier échelon (GDT), pourtant recommandé par le ministère de la Santé : « on nous impose de l'utiliser. Moi ça me dérange un peu parce que c'est trop mathématique. Si l'ONG part, je ne pense pas que toutes ces règles continueront à être respectées, c'est une contrainte » soutient un autre ICP (E41#D2).

Valeurs

L'intervention s'est alignée avec les objectifs des districts sanitaires : « L'exemption du paiement des soins s'aligne bien sur les objectifs du ministère de la Santé qui est de permettre à tous ceux qui ont besoin d'avoir la santé d'avoir accès à la santé sur le plan géographique et financier », considère un infirmier-chef de poste (E17#D3).

Une convention signée entre l'ONG et la DRS traduit cette correspondance de valeurs que l'organisation de rencontres périodiques contribue à consolider : « On organise avec l'ECD des rencontres de concertations et de rétro informations une fois par trimestre et par district » rappelle un membre de l'ONG (E26#D2).

Si ce partage d'objectifs a permis l'existence d'un jargon particulier comme les termes de « gratuité » et de « cibles », renvoyant successivement à l'intervention et à ses bénéficiaires. Elle n'a pas abouti au développement de symboles autour de l'intervention. Les seuls signes visibles et renvoyant à l'exemption du paiement sont les logos de l'ONG.

Règles

L'intervention s'est conformée aux règles de fonctionnement en vigueur dans les CSPS. Les supervisions médicales comme les contrôles des dépôts de médicaments sont faites conjointement avec l'équipe de district. Cependant, si ces activités sont aujourd'hui réalisées grâce au concours financier et aux ressources humaines de l'ONG, il subsiste quelques doutes sur le respect de leur périodicité à son départ. Les procédures de gestion de la subvention sont connues de tous les acteurs du système. Certains répondants (agents de santé, membres des Coges) considèrent en revanche que les retards observés dans les remboursements ne respectent pas les règles de fonctionnement des CSPS dont certains, de ce fait, connaissent des ruptures de médicaments : « les retards nous créent des soucis. Regardez, présentement nous sommes le 25 avril, la fiche de mars n'a pas encore été remboursée » rouspète un président de Coges (E46#D2). Même si la situation est en amélioration continue, les délais restent toujours longs selon les acteurs.

La gratuité des soins pour les indigents à Ouargaye

Les événements du processus de pérennisation

L'approche participative utilisée dans le cadre de cette intervention est considérée comme son atout majeur : « C'est le mécanisme qui a conduit à la

désignation des indigents qui est intéressant. C'est quelque chose qui s'est fait de manière très participative en impliquant tout le monde » soutient une autorité sanitaire à la DRS (E9#D1).

En faisant confiance aux communautés pour cibler les indigents, l'intervention a adopté une prise de risque organisationnel favorable à son appropriation : « On a fait tout le choix, on a piloté l'expérience de bout en bout » se félicite un président de Coges (E1#D1). De la même manière, son financement sur fonds exclusifs des Coges a permis de garantir la stabilité de ses ressources : « on fait cela depuis quatre ans et on n'a pas eu de problèmes. Ce qui est lié au fait qu'on fonctionne sur fonds propres, voilà pourquoi aussi on choisit en fonction de notre budget » soutient un membre des Coges (E2#D1).

Aucune tension n'a été observée entre les bénéficiaires et le reste de la population. Ce qui traduit la pertinence sociale de l'intervention et son adaptation au contexte : « c'est accepté, je n'ai eu aucun écho de mécontentement en tant qu'autorité » (E10#D1). L'intervention est bien perçue, car elle est vue comme contributive au renforcement du lien social.

Néanmoins, le caractère trop restrictif de la sélection des indigents a été déploré. Une couverture faible que justifient les responsables des Coges par leurs moyens limités, mais aussi par un souci de pérennité : « même si on a été trop restrictif, c'était l'unique moyen de ne pas risquer de faire tomber le dépôt et de faire durer l'aide » (E12#D1).

La mise en place de l'intervention a bénéficié d'une collaboration étroite entre tous les acteurs du niveau périphérique : « un partenariat inédit État-communauté-collectivité local s'est développé. Ce n'était pas évident, mais on a réussi à mettre en place cette jonction » se rappelle un responsable sanitaire (E49#D4).

Un certain nombre de symboles a accompagné le processus, comme la ritualisation des périodes de sélection et de révision des listes des indigents, l'intégration du terme « indigent » dans le vocabulaire courant des communautés traduisant son ancrage social : « l'intervention est connue de tout le monde et, depuis sa mise en place, les gens sont devenus plus préoccupés par la situation de ces gens » souligne un ICP (E12#D1).

Cependant, une des faiblesses de l'expérience réside dans l'absence d'un guide qui présente ses modalités de fonctionnement : « Je pense qu'il faut une plus grande implication du district pour que ce mécanisme soit organisé de manière plus systématique si l'on veut parler de pérennité. » (E9#D1). À cela, s'ajoute l'absence de directives claires qui en institutionnalise l'application, faisant que la pérennité de l'expérience repose encore fortement sur des leaderships individuels d'ICP ou de MCD sensibles à la question de l'accès aux soins des indigents.

La pérennité actuelle de l'intervention

Mémoire

La prise en charge des indigents est aujourd'hui incluse dans tous les plans d'action des CSPS du district de Ouargaye : « il faut dire qu'aujourd'hui on est tellement rodé que ça se passe sans qu'on s'en rende compte » soutient un responsable au district sanitaire (E13#D1), même s'il existe une variabilité dans l'allocation de ce budget entre CSPS. Certains Coges consacrent 100 000 FCFA par année, alors que d'autres le doublent, correspondant ainsi au minimum suggéré par le ministère de la Santé (Ministère de la Santé, 2009).

En outre, la décision de l'équipe de district de Ouargaye, bien qu'encore non formelle « de ne pas se limiter aux CSPS et d'étendre l'action à d'autres niveaux comme le CMA, pour prendre en charge certaines pathologies des indigents » (E13#D1#MCD) illustre la bonne appropriation de l'expérience et la volonté des autorités sanitaires locales de renforcer sa pérennité.

Adaptation

Assurer la prise en charge des indigents est une responsabilité des Coges, même si la plupart n'en avaient pas connaissance. Pourtant, elle est inscrite dans leurs textes réglementaires. L'arrêté ministériel de 2010 portant sur le statut des Coges précise en son article 3 qu'il a pour mission « d'assurer une accessibilité de tous aux soins de santé ». Dans la pratique, cette disposition a été toujours ignorée. Il a fallu la recherche-action pour rappeler aux Coges cette responsabilité.

L'intervention s'est aussi révélée adaptée au contexte rural et au fonctionnement des districts sanitaires. La sélection n'a pas été contestée et aucun indigent rencontré ne s'est déclaré stigmatisé (Samb, Ridde, 2012). Ce qui rend compte de sa pertinence sociale : « les indigents sont nos parents, si on gagne de l'aide on les soigne, si on ne gagne pas de l'aide, on doit les soigner. Cette intervention est saluée par tout le monde. On n'a eu aucun problème avec et personne ne s'est non plus plaint » rapporte un président de Coges (E1#D1).

Valeurs

L'intervention s'inscrit en congruence avec les valeurs et les objectifs des Coges, notamment pour l'amélioration de l'accessibilité financière des populations. En testant avec succès l'efficacité d'une méthode simple et socialement acceptable de sélection des indigents, l'intervention propose une solution au débat récurrent sur les critères et les méthodes d'identification, longtemps considérés comme l'obstacle majeur à leur prise en charge (Ridde, 2006). En outre, l'expérience a donné lieu au développement d'un ensemble de jargons et de symboles, comme l'utilisation des vocables « aide », « indigent » utilisés pour parler de la prise en charge des indigents et l'existence de la carte d'indigent avec la photo du bénéficiaire.

Règles

Le processus de sélection des indigents est bien introduit dans le système sanitaire et administratif du niveau périphérique. Le ministère de l'Action sociale a été étroitement associé. Une implication dans la délivrance des cartes d'indigence qui a permis à l'intervention de s'aligner sur les dispositifs existants de reconnaissance de l'indigent et de sa prise en charge, mais surtout, de faire accepter l'identification communautaire comme une méthode valable de sélection des indigents : « tout est intégré dans le système à tous les niveaux, la carte est délivrée par l'action sociale. Les consultations sont assurées au CSPS » soutient un responsable de l'ECD

La planification annuelle des périodes de renouvellement de la liste des indigents est prévue dans l'agenda du district. Une procédure qui dénote que la prise en charge des indigents est devenue une routine dans le fonctionnement du district sanitaire.

Synthèse du processus de pérennisation et de la pérennité des deux interventions

À la suite de l'analyse de la documentation et des différentes données provenant des entretiens, nous considérons que la pérennité de la première intervention est précaire. Des activités sont certes issues de l'intervention, comme les évacuations sanitaires et la gratuité des césariennes (Sebba seulement), mais elles sont poursuivies sous une formule différente et limitée. En revanche, pour la seconde intervention, la prise en charge des indigents, dont la couverture reste cependant limitée, fait désormais partie intégrante des plans d'action de tous les Coges du District et du fonctionnement des CSPS. Ce qui fait que son degré de pérennité est meilleur, soit un degré moyen, qui correspond au degré de pérennité le plus élevé possible dans une organisation.

DISCUSSION

Cette étude évalue la pérennité de deux interventions en un moment précis. Autrement dit, c'est un « arrêt sur image » de processus qui sont toujours en cours et dont les événements et actions futurs influenceront le devenir de ces interventions. Aussi, la limite principale de notre étude est que le film continue et certaines des forces et des faiblesses ici notées sont peut-être en train d'être prises en compte par les intervenants. De plus, les entretiens sont faites dans un cadre de projet de développement, ce qui a pu induire un biais de désirabilité sociale ou inciter les acteurs à avoir un discours normatif. Pour limiter l'impact de ces biais, nous avons insisté sur notre indépendance par rapport à l'ONG,

clarifiant sans équivoque que l'entrevue ne pourra avoir aucune influence sur sa décision de continuer les services de gratuité (Boutin, 1997).

Analyse comparative de la pérennité des deux interventions

Les résultats montrent une différence de pérennité entre les deux interventions en dépit du partage d'un certain nombre de caractéristiques communes liées à la présence de routines organisationnelles.

Cette différence de pérennité réside d'abord dans la différence d'échelle et d'ampleur qui existe entre les deux interventions. En effet, pérenniser l'exemption du paiement des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans (plus de 20 % de la population) est à l'évidence plus complexe que pour la prise en charge des indigents dont le nombre est estimé à 9 % de la population (si l'on évoque la pauvreté extrême) et dont moins de 1 % est pour le moment concernée par l'intervention pilote (Ridde *et alii*, 2010). Les ressources en jeu sont évidemment incomparables. Par exemple, les données disponibles sur le passage à l'échelle de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans estiment le montant des besoins à plus de 9 milliards de FCFA par an. Ce qui équivaut à 1 % du budget de l'État et nécessiterait une augmentation de l'ordre de 10 % de celui du Ministère de la Santé (Ministère de la Santé, 2012).

Ensuite, les acteurs impliqués diffèrent dans les deux interventions. Car, si pour la prise en charge des indigents, la décision appartient au Coges et aux districts sanitaires (avec les limites de leur couverture cependant), en ce qui concerne la gratuité pour les femmes enceintes et les enfants, l'implication de l'État est indispensable.

Enfin, cette différence de pérennité est liée aux événements spécifiques à la pérennisation comme la stabilisation des ressources et la prise de risques organisationnels présents dans l'intervention de Ouargaye et absents à Dori et Sebba. En effet, ces deux événements ont été identifiés par des études précédentes comme des déterminants majeurs de la pérennité (Pluye *et alii*, 2004).

La prise de risques organisationnels est considérée comme un facteur facilitant l'apprentissage organisationnel, en ce sens qu'elle favorise le développement de la confiance en soi des acteurs et renforce leur motivation à consolider les acquis d'une intervention (Levinthal, March, 1993).

De la même manière, de nombreux écrits considèrent l'existence de ressources stables comme un facteur prééminent pour assurer la pérennité d'une intervention (Shediak Rizkallah, 1998 ; Savaya, Spiro, Elran-Barak, 2008). Au Québec, une étude de la pérennité d'une intervention mise en œuvre dans cinq centres de santé communautaires a montré que, dans les trois centres où ces deux événements ont été pris en compte, la pérennité était meilleure par rapport aux deux autres où cela n'était pas le cas (Pluye *et alii*, 2005). Une étude

menée en Haïti confirmait ces résultats en montrant que le faible degré de la pérennité d'un programme nutritionnel implanté par une ONG dans un hôpital s'expliquait principalement par l'absence de ces deux événements (Ridde, Pluye, Queuille, 2006).

Il faut ici noter que les responsables de l'ONG intervenant à Dori et Sebba ont bien conscience de cette situation. Pour tenter d'avancer vers plus de pérennité, ils ont d'abord organisé, depuis le début de leur intervention, un processus de plaidoyer fondé sur la production de preuves scientifiques afin de favoriser l'inscription par l'État de cette prise en charge financière (Dagenais, Queuille, Ridde, 2013). Ces preuves ont largement nourri une consultation effectuée en 2012 par le ministère de la Santé pour réaliser à son tour un plaidoyer interne au gouvernement en faveur de l'exemption du paiement. Au moment où nous écrivons ces lignes, un document stratégique a été remis au ministre de la Santé par son administration en avril 2013 afin de lui donner les arguments nécessaires pour soutenir une stratégie nationale de gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans. Après sa visite en décembre 2012 à Dori, la commissaire européenne en charge des questions humanitaires a cité ces recherches lors du lancement de l'Alliance globale pour l'initiative résilience dans le Sahel. Ensuite, depuis 2011, l'ONG teste par une recherche-action un changement de mode de système de financement qui permettrait, à terme, de transférer la fonction de tiers payeur au sein du district, une prise de risque importante. Ces deux activités sont en phase avec les propositions théoriques favorables à la pérennité, mais elles ne sont pas prises en compte dans nos données empiriques au moment de la collecte, car elles sont apparues après.

Au-delà de la pérennité des projets pilotes : la cohérence des politiques de développement

La faible pérennité des projets de développement en Afrique est une question récurrente. Cependant, pour mieux l'appréhender, il est utile d'adopter une perspective plus globale, renvoyant aux pratiques du développement qui ont connu ces dernières années de multiples transformations.

En effet, dans le domaine de la santé par exemple, on a connu une augmentation substantielle des fonds alloués au secteur dans les volumes d'aide au développement (Atun *et alii*, 2012). Selon certains auteurs, cela aurait favorisé l'émergence de nouveaux types d'acteurs comme les ONG d'urgence humanitaire qui vont se muer en des outils des politiques de leurs bailleurs de fonds (Hours, 2003). Au contraire des organisations traditionnelles, ces nouveaux acteurs vont mobiliser des ressources pour atteindre des objectifs plus ciblés comme la gratuité des soins pour certaines catégories de la population (les femmes, les enfants) ou du traitement pour certaines maladies (le VIH) (Buissonnière, 2012). De ce fait, ces nouveaux acteurs sont plus dépendants de

leurs bailleurs de fonds et sont encore plus attachés à poursuivre leurs propres priorités, à rendre plus visibles leurs actions que de s'occuper de la congruence de leurs interventions avec les procédures et les priorités nationales (Lavigne Delville, 2013). Il faut cependant ici affirmer que l'objectif de cette ONG au Burkina Faso d'améliorer l'accès aux soins de santé est parfaitement en phase avec les priorités nationales, même si la stratégie (l'exemption) pour y arriver l'était moins lorsqu'elle a démarré son intervention en 2008.

Ces nouveaux acteurs vont ainsi parfois emprunter les instruments du secteur privé, comme la démarche de performance ou de financement basé sur les résultats. Toutefois, si cette évolution a permis théoriquement de disposer de projets plus solides (Hours, 2003), elle n'a pas donné des résultats probants au plan de l'appropriation et de la pérennité des actions (Jacquemot, 2007).

Une situation qu'on peut tenter d'expliquer par plusieurs facteurs interreliés comme l'usage des instruments de mise en œuvre de cette aide et les mécanismes de son fonctionnement et de son financement.

L'instrument dominant de l'aide au développement demeure l'approche projet. En dépit de l'usage croissant de l'aide par programme ou l'aide budgétaire (Bergamaschi, Diabaté, Paul, 2007), l'aide par projet fait de la résistance et continue de dominer l'aide au développement (Dordain, Mogenet, 2012). Or, de par sa logique d'action, l'approche projet induit un mode de fonctionnement qui n'est pas propice à l'appropriation et à la pérennité. Elle fait souvent appel à une approche technocratique de gestion axée sur les résultats qui ne donne pas le temps à l'appropriation (Buissonnière, 2012), mais privilégie l'obtention de résultats visibles (souvent plus centré sur des activités à réaliser que des changements à engendrer) et dans des délais rapides (Sarriot *et alii*, 2004 ; Nilsen *et alii*, 2005). Ainsi, d'énormes ressources sont investies pour montrer qu'un programme fonctionne et est efficace, quitte à s'organiser pour que les résultats soient présents coûte que coûte (Ridde, 2005 ; Lim *et alii*, 2008). Dans bien des cas, ces résultats sont fragiles car ils sont obtenus dans des conditions « d'expérimentation » qui ont nécessité la mobilisation de ressources humaines, techniques et financières exceptionnelles, loin des capacités des États¹ (Lavigne Delville, 2012). De plus, la précarité du financement de la plupart de ces projets les rend incompatibles avec le temps du changement social qui exige une temporalité plus longue (Garnaud, Rochette, 2012). Cette situation a pour conséquence qu'au Burkina Faso, comme ailleurs sur le continent africain, l'absence de pérennité des interventions reste plus la règle que l'exception (Ouedraogo, 1992).

1. Évidemment, on pourrait aussi reprocher aux États de ne pas se donner les moyens, les faibles budgets dont disposent les ministères de la Santé en Afrique sont des exemples flagrants des priorités gouvernementales.

La volatilité et l'imprévisibilité de l'aide au développement ont néanmoins des implications pratiques, comme la dépendance à l'aide. En effet, la plupart des actions de développement nécessitent pour perdurer un financement futur sur le budget de l'État. Or, la disponibilité de ce budget n'est presque jamais prise en compte lors de la formulation des projets (Lancaster, 1999). Ainsi, peu d'États sont aujourd'hui capables de se passer de l'aide (Raffinot, 2010), ce qui confère à l'aide un caractère structurel. C'est d'ailleurs cette logique qui alimente le cercle vicieux de la dépendance à l'aide, devenu une caractéristique de la plupart des pays du Sud. Un gouvernement est considéré comme dépendant dès lors qu'il est incapable « d'exécuter la plupart des fonctions essentielles de l'État, telles que l'entretien des infrastructures existantes ou la prestation de services publics de base, sans le financement de l'aide étrangère et de son expertise » (Bräutigam, Knack, 2004).

En outre, loin de se résumer à une question de chiffre (Bergamaschi, Diabaté, Paul, 2007), la dépendance envers l'aide est aussi une affaire de déresponsabilisation et d'affaiblissement institutionnelle (Acharya, Fuzzo de Lima, Moore, 2006). Plusieurs décennies de relation par essence asymétrique entre des donateurs et des receveurs ont fini par aliéner institutionnellement la plupart de ces États dont les cadres, comme le montre l'exemple malien, ont même perdu l'habitude d'élaborer eux-mêmes des politiques de développement (Bergamaschi, Diabaté, Paul, 2007). En effet, la multiplication des projets et son corollaire, des unités de gestion parallèle, ont eu des incidences néfastes sur le fonctionnement des administrations locales africaines dont le personnel s'est vu accaparé par le suivi au quotidien des procédures internes à chaque bailleur, au détriment de ses activités de programmation. Par exemple en 2007, les fonctionnaires burkinabè ont reçu pas moins de 330 missions (Denis-Crola, 2009), sans compter les ateliers organisés par les projets qui ont beaucoup plus favorisé la course aux *perdiems* que le renforcement de la coordination des actions (Ridde, 2010). Or, paradoxalement, ce sont ces mêmes donateurs qui se plaignent souvent de la faible capacité des administrations locales, voire qui financent des séances de renforcement de leurs capacités.

CONCLUSION

Cette étude vise à apprécier la pérennité de deux interventions de suppression du paiement des soins au profit des femmes enceintes, des enfants de moins de 5 ans (Dori et Sebba) et des indigents (Ouargaye). Les résultats montrent que la pérennité de l'exemption du paiement des soins est précaire dans la première intervention et moyenne dans la seconde. Une différence de pérennité que l'analyse comparative explique notamment par la différence d'échelle et d'ampleur entre ces interventions et l'absence de prise en compte des événements

spécifiques à la pérennisation, comme la stabilité des ressources et la prise de risques organisationnels à Dori et Sebba, au contraire de Ouargaye.

Par ailleurs, l'analyse a montré que les instruments utilisés et les modalités de délivrance de l'aide au développement jouent aussi un rôle important dans l'efficacité de cette dernière. Par exemple, l'approche par projet et la fragmentation de l'aide peuvent miner la pérennité et induire certains effets pervers comme la dépendance à l'aide et l'affaiblissement de la capacité administrative des pays bénéficiaires. Pour autant, le problème n'est pas l'aide au développement en tant que telle. Elle a permis l'obtention de gains positifs importants dans ces pays. Ce sont surtout ces mécanismes de fonctionnement et de financements qui sont questionnés. Il est certes vrai que des efforts ont été réalisés en ce qui concerne cette aide au développement, avec notamment la déclaration de Paris et l'engagement d'alignement des donateurs internationaux sur des objectifs de réduction de la pauvreté et les OMD. Cependant en Afrique, l'harmonisation de l'aide reste toujours à l'état embryonnaire (Cling, 2006). Par exemple, une étude récente effectuée dans trois pays – le Mali, le Bénin, et la République démocratique du Congo (RDC) – sur l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé a montré que si des avancées ont été connues, notamment au niveau de l'alignement sur les stratégies nationales, en revanche, l'harmonisation des interventions et des actions de développement laisse, d'une façon générale, à désirer. Car, dans ces trois pays, les bailleurs peinent encore à établir une bonne adéquation entre leurs actions et les procédures des systèmes nationaux (Paul, Zinnen, 2012).

Or, la persistance de cette situation rend impensable, voire impossible, toute stratégie de développement cohérente dans ces pays. Elle rend surtout inopérant l'autre concept phare de la déclaration de Paris, en l'occurrence l'appropriation. Car on voit mal comment cette notion, qui traduit une meilleure maîtrise des politiques et stratégies de développement par les pays bénéficiaires, peut s'accommoder avec une situation de dépendance qui pousse au contraire ces derniers à adopter les solutions « proposées » par les donateurs sans prendre le risque de les remettre en cause (Bergamaschi, Diabaté, Paul, 2007).

Ainsi un nouveau changement de paradigme semble se dessiner avec l'approche sectorielle qui dispose d'un réel potentiel de renforcement des systèmes nationaux grâce à un meilleur alignement sur les priorités et les procédures du pays bénéficiaire. Ce qui peut contribuer, avec la réduction du nombre de projets qui s'ensuivra, à réduire les coûts de transactions et *in fine* à renforcer l'efficacité de l'aide au développement (Paul, Zinnen, Dujardin, 2012).

BIBLIOGRAPHIE

- Acharya A., Fuzzo de Lima A. T., Moore M., 2006, « Proliferation and Fragmentation: Transactions Costs and the Value of Aid », *Journal of Development Studies*, vol. 42, n° 1, pp. 1-21.
- Atun R., Knaul F. M., Akachi Y., Fenk J., 2012, « Innovative Financing for Health: What is Truly Innovative? », *Lancet*, vol. 380, n° 9858, pp. 2044-2049.
- Bergamaschi I., Diabaté A., Paul E., 2007, « L'agenda de Paris pour l'efficacité de l'aide », *Afrique contemporaine*, n° 223-224, pp. 219-249.
- Boutin G., 1997, *L'entretien de recherche qualitatif*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Bräutigam D. A., Knack S., 2004, « Foreign Aid, Institutions, and Governance in Sub Saharan Africa », *Economic Development and Cultural Change*, vol. 52, n° 2, pp. 255-285.
- Buissonnière M., 2012, dossier « La nouvelle donne de la santé globale : dynamiques et écueils », *International Development Policy/Revue internationale de politique de développement*, n° 3.
- Cling J.-P., 2006, « Coordination et utilisations des aides : commentaires », *Revue d'économie du développement*, vol. 20, n° 2-3, pp. 105-112.
- Dagenais C., Queuille L., Ridde V., 2013, « Evaluation of a Knowledge Transfer Strategy from User Fee Exemption Program for Vulnerable Populations in Burkina Faso », *Global Health Promotion*, vol. 20, n° 1, Numéro spécial « Vulnerability and Health in Africa », pp. 70-79.
- Denis-Crola J., 2009, *Aide à l'agriculture : des promesses aux réalités de terrain, L'état de la coordination des interventions dans 3 pays d'Afrique de l'Ouest*, Oxford, Oxfam International.
- Dordain D., Mogenet L., 2012, « Le paradigme de l'aide projet fait de la résistance : de la dépendance à la réappropriation », *Afrique contemporaine*, n° 241, pp. 11-27.
- Garnaud B., Rochette J., 2012, « Rôle et limites de l'approche projet dans l'aménagement du littoral à Nador (Maroc) », *Revue Tiers Monde*, n° 211, pp. 169-188.
- Gouvernement du Burkina Faso, 2012, *Politique nationale de protection sociale (Plan d'actions 2012-2014), Draft 2*, Ouagadougou.
- Greenhalgh T., 2004, « Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations », *Milbank Q*, vol. 82, n° 4, pp. 581-629.
- Hours B., 2003, « Les ONG : outils et contestation de la globalisation », *Journal des anthropologues*, n° 94-95, dossier « Les ONG : médiations politiques et globalisation » (coord. par Bourdarias F., Hours B., Le Palec A.), pp. 13-22.
- Jacquemot P., 2007, « Harmonisation et appropriation de l'aide : commentaires autour de l'expérience du Ghana », *Afrique contemporaine*, n° 223-224, pp. 161-191.
- Lancaster C., 1999, « Aid Effectiveness in Africa: The Unfinished Agenda », *Journal of African Economies*, vol. 8, n° 4, pp. 487-503.
- Lavigne Delville P., 2012, « Affronter l'incertitude ? Les projets de développement à contre-courant de la "révolution du management de projet" », *Revue Tiers Monde*, n° 211, pp. 153-168.
- Lavigne Delville P., 2013, « "Déclaration de Paris" et dépendance à l'aide : éclairages nigériens », *Politique africaine*, n° 129, pp. 135-155.
- Levinthal D. A., March J. G., 1993, « The Myopia of Learning », *Strategic Management Journal*, vol. 14, n° S2, pp. 95-112.
- Lim S. S., Stein D. B., Charrow A., Murray C. J., 2008, « Tracking Progress Towards Universal Childhood Immunisation and the Impact of Global Initiatives: A Systematic Analysis of Three-Dose Diphtheria, Tetanus, and Pertussis

- Immunisation Coverage », *Lancet*, vol. 372, n° 9655, pp. 2031-2046.
- Ministère de la Santé, 2009, *Directive de planification 2010*, Ouagadougou, DEP.
- Ministère de la Santé, 2011, *Plan national de développement sanitaire [2011-2020]*, Ouagadougou, Ministère de la Santé du Burkina Faso.
- Ministère de la Santé, 2012, *Étude de faisabilité de l'exemption du paiement direct des soins curatifs chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso*, Rapport final, Ouagadougou, Ministère de la Santé du Burkina Faso.
- Nanda P., 2002, « Gender Dimensions of User Fees: Implications for Women's Utilization of Health Care », *Reproductive Health Matters*, vol. 10, n° 20, pp. 127-134.
- Nilsen P., Timpka T., Nordenfelt L., Lindqvist K., 2005, « Towards Improved Understanding of Injury Prevention Program Sustainability », *Safety Science*, vol. 43, n° 10, pp. 815-833.
- Ouedraogo H. B., 1992, *L'appropriation des projets de développement : le cas des micro-réalisations au Burkina Faso, Actes et instruments de la recherche en développement régional*, Québec, Université du Québec à Rimouski.
- Paul E., Zinnen V., 2012, « Les résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé, Études de cas : Bénin – Mali – République démocratique du Congo », *Policy Brief*, n° 8, GRAP, http://www.grap-pa.be/attachments/article/66/pb8_efficacite_aide_pays_vl.pdf
- Paul E., Zinnen V., Dujardin B., 2012, « L'approche sectorielle », *Policy Brief*, n° 1, GRAP, http://www.grap-pa.be/attachments/article/66/pb2_swap.pdf
- Pires A., 1997, « Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique » in Poupart J., Deslauriers J.-P., Groulx L.-H., Laperrière A., Mayer R., Pires A. (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Montréal, Gaëtan Morin éditions, pp. 113-169.
- Pluye P., Potvin L., Denis J.-L., 2004, « Making Public Health Programs Last: Conceptualizing Sustainability », *Evaluation and Program Planning*, vol. 27, n° 2, pp. 121-133.
- Pluye P., Potvin L., Denis J.-L., Pelletier J., 2004, « Program Sustainability: Focus on Organizational Routines », *Health Promotion International*, vol. 19, n° 4, pp. 489-500.
- Pluye P., Potvin L., Denis J.-L., Pelletier J., Mannoni C., 2005, « Program Sustainability Begins with the First Events », *Evaluation and Program Planning*, vol. 28, n° 2, pp. 123-137.
- Raffinot M., 2010, « L'appropriation (ownership) des politiques de développement : de la théorie à la pratique », *Mondes en développement*, n° 149, pp. 87-104.
- Ridde V., 2005, « Performance-Based Partnership Agreements for the Reconstruction of the Health System in Afghanistan », *Development in Practice*, vol. 15, n° 1, pp. 4-15.
- Ridde V., 2006, « L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? », *Lien social et politiques*, n° 55, pp. 149-163.
- Ridde V., 2010, « Per Diems Undermine Health Interventions, Systems and Research in Africa: Burying our Heads in the Sand », *Tropical Medicine and International Health*, vol. 0, n° 0, pp. 1-4.
- 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*, vol. 10, n° 1, pp. 631-638.
- Ridde V., Pluye P., Queuille L., 2006, « Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 54, n° 5, pp. 421-431.
- Ritchie J., Spencer L., 1994, « Qualitative Data Analysis for Applied Policy Research » in Bryman A., Burgess R. (dir.), *Analyzing Qualitative*

Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ?

- Data*, Londres/New York, Routledge, pp. 173-194.
- Samb O., Ridde V., 2012, « Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso ? », *Afrique contemporaine*, n° 243, pp. 33-48.
- Sarriot E. G., Winch P. J., Ryan L. J., Edison J., Bowie J., Swedberg E., Welch R., 2004, « Qualitative Research to Make Practical Sense of Sustainability in Primary Health Care Projects Implemented by Non Governmental Organizations », *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 19, n° 1, pp. 3-22.
- Savaya R., Spiro S., Elran-Barak R., 2008, « Sustainability of Social Programs: A Comparative Case Study Analysis », *The American Journal of Evaluation*, vol. 29, n° 4, pp. 478-493.
- Shediak Rizkallah M. C., 1998, « Planning for the Sustainability of Community-Based Health Programs: Conceptual Frameworks and Future Directions for Research, Practice and Policy », *Health Education Research*, vol. 13, n° 1, pp. 87-108.
- Tizio S., Flori Y.-A., 1997, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *Revue Tiers Monde*, t. 38, n° 152, pp. 837-858.
- Toledo Romani M. E., Vanlerberghe V., Lefevre P., Ceballos E., Bandera D., Baly Gil A., Van der Stuyft P., 2007, « Achieving Sustainability of Community-Based Dengue Control in Santiago de Cuba », *Social Science & Medicine*, vol. 64, n° 4, pp. 976-988.
- WHO, 2011, *World Health Statistic 2011*, Genève, WHO Statistical Information System (WHOSIS).
- Wiltsey Stirman S., Kimberly J., Cook N., Callo-way A., Castro F., Charns M., 2012, « The Sustainability of New Programs and Innovations: A Review of the Empirical Literature and Recommendations for Future Research », *Implementation Science*, vol. 7, n° 1, 17 p.
- Yin R. K., 1979, *Changing Urban Bureaucracies: How New Practices Become Routinized*, Lexington, Lexington Books.
- Yin R. K., 2003, « Designing Case Studies » in Yin R. K., *Case Study Research: Design and Methods*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, pp. 19-56.