

**ÉQUITÉ ET MISE EN ŒUVRE
DES POLITIQUES DE SANTÉ
AU BURKINA FASO**

Etudes Africaines

Collection dirigée par Denis Pryn et François Manga Akoa

Déjà parus

Frédéric Joël AIVO, *Le président de la République en Afrique noire francophone*, 2007.

Albert M'PAKA, *Démocratie et société civile au Congo-Brazzaville*, 2007.

Anicet OLOA ZAMBO, *L'affaire du Cameroun septentrional. Cameroun / Royaume-Uni*, 2006.

Jean-Pierre MISSIÉ et Joseph TONDA (sous la direction de), *Les Églises et la société congolaise aujourd'hui*, 2006

Albert Vianney MUKENA KATAYI, *Dialogue avec la religion traditionnelle africaine*, 2006.

Guy MVELLE, *L'Union Africaine : fondements, organes, programmes et actions*, 2006

Claude GARRIER, *Forêt et institutions ivoiriennes*, 2006

Nicolas MONTEILLET, *Médecines et sociétés secrètes au Cameroun*, 2006.

Albert NGOU OVONO, *Vague-à-l'âme*, 2006.

Mouhamadou Mounirou SY, *La protection constitutionnelle des droits fondamentaux en Afrique : l'exemple du Sénégal*, 2006.

Toumany MENDY, *Politique et puissance de l'argent au Sénégal*, 2006

Claude GARRIER, *L'exploitation coloniale des forêts de Côte d'Ivoire*, 2006.

Alioune SALL, *Les mutations de l'intégration des Etats en Afrique de l'Ouest*, 2006.

Jean-Marc ÉLA, *L'Afrique à l'ère du savoir : science, société et pouvoir*, 2006.

Djibril Kassamba CAMARA, *Pour un tourisme guinéen de développement*, 2006.

Pierre FANDIO, *La littérature camerounaise dans le champ social*, 2006.

Dominique BANGOURA, Emile FIDIECK A BIDIAS, *L'Union Africaine et les acteurs sociaux dans la gestion des crises et des conflits armés*, 2006.

Maya LEROY, *Gestion stratégique des écosystèmes du fleuve Sénégal*, 2006.

RIDDE VALÉRY

**ÉQUITÉ ET MISE EN ŒUVRE
DES POLITIQUES DE SANTÉ
AU BURKINA FASO**

Préface de Didier Fassin

L'Harmattan

5-7, rue de l'École-Polytechnique ; 75005 Paris
FRANCE

L'Harmattan Hongrie
Könyvesbolt
Kossuth L. u. 14-16
1053 Budapest

Espace L'Harmattan Kinshasa
Fac. des Sc. Sociales, Pol. et Adm. ;
BP243, KIN XI
Université de Kinshasa – RDC

L'Harmattan Italia
Via Degli Artisti, 15
10124 Torino
ITALIE

L'Harmattan Burkina Faso
1200 logements villa 96
12B2260
Ouagadougou 12

<http://www.librairieharmattan.com>
diffusion.harmattan@wanadoo.fr
harmattan1@wanadoo.fr

© L'Harmattan, 2007
ISBN : 978-2-296-02358-1
EAN : 9782296023581

Table des matières

LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES TABLEAUX.....	10
LISTE DES SIGLES.....	13
PREFACE	15
Avant-Propos.....	19
INTRODUCTION.....	21
1.1 Origine et fondements de l'initiative de Bamako	25
1.2 Méthodologie de l'étude de l'état des connaissances sur les effets de l'IB	33
2 <i>Objectifs de la recherche, contexte et cadre d'analyse</i>	61
2.1 Objectifs et question de recherche.....	61
2.2 Contexte général de la recherche.....	62
2.3 Cadre d'analyse.....	76
3 <i>Stratégie méthodologique</i>	105
3.1 Stratégie de recherche et population à l'étude.....	105
3.2 Le concept d'équité.....	111
3.3 Méthodes de collecte des données.....	116
3.4 Type d'analyse.....	132
3.5 Considérations éthiques.....	135
4 <i>Le contexte spécifique de la recherche</i>	139
4.1 La province du Soulou	139
4.2 L'organisation sociale	140
4.3 La solidarité chez les Mossi	142
5 <i>Le processus d'implantation de l'IB</i>	155
5.1 La mise en œuvre dans le pays.....	155
5.2 La mise en œuvre dans le district de Souna.....	165
6 <i>Les acteurs et le courant des problèmes</i>	175
6.1 L'importance des inégalités d'accès aux soins pour les indigents.....	176
6.2 Les causes des inégalités sociales et d'accès aux soins	203
6.3 Les conséquences des inégalités sociales et d'accès aux soins.....	206
6.4 Les populations dites vulnérables.....	212
6.5 Un phénomène nouveau.....	216
6.6 Un phénomène proche.....	218
6.7 Événements, crises et symboles	220
6.8 Rétroactions.....	226
7 <i>Les acteurs, les valeurs et le concept d'équité</i>	239
7.1 Les agents.....	239
7.2 Les intéressés	253
7.3 Les responsables.....	268
7.4 Les particuliers.....	270
8 <i>Les acteurs et le courant des solutions</i>	279
8.1 La formulation des pistes de solution	279
8.2 Les discussions à propos des solutions à l'exclusion des soins	304
8.3 L'évaluation des solutions.....	309

9	<i>Les acteurs et le courant des orientations</i>	317
9.1	Les tendances internationale et nationale	317
9.2	Les groupes de pression	323
9.4	Les institutions	340
10	<i>Les acteurs, les logiques mises en œuvre et le contrôle des ressources</i>	347
10.1	L'accaparement.....	348
10.2	La neutra/domination	349
10.3	Le discours.....	351
10.4	Le clientélisme	352
10.5	L'opacité	353
10.6	La connivence	353
10.7	L'évitement.....	354
10.8	La suspicion	355
10.9	La substitution.....	357
10.10	Le mépris du service public	358
10.11	Les ressources et l'émergence de logiques.....	359
11	<i>Discussion</i>	365
11.1	Les limites de l'étude	366
11.2	Les fenêtres d' <i>opportunité</i>	372
11.3	Les entrepreneurs politiques	403
11.4	Une situation qui n'est pas un problème public	426
11.5	Est-ce un cas isolé ?	466
11.6	Retour sur les hypothèses de recherche.....	469
11.7	La validité du prolongement de la théorie des courants	472
CONCLUSION		487
BIBLIOGRAPHIE		493
ANNEXES		525

Liste des figures

Figure 1: Éléments de la stratégie des SSP	27
Figure 2 : Principes directeurs de l'IB	29
Figure 3 : Schématisation du passage des concepts aux indicateurs	37
Figure 4 : Évolution de la couverture vaccinale au Bénin, en Guinée et au Mali	41
Figure 5 : Organisation administrative et formations sanitaires.....	69
Figure 6 : Évolution du nombre d'établissements privés autorisés à Ouagadougou	70
Figure 7 : Évolution de la part du budget du MS (en %) dans le budget de l'État entre 1974 et 2002	73
Figure 8: Cadre d'analyse des politiques de santé	85
Figure 9 : <i>big and little windows</i> : dimensions verticales et horizontale.....	89
Figure 10 : La rencontre des courants dans les sous-processus.....	90
Figure 11; Cadre d'analyse de la mise en œuvre de l'IB	102
Figure 12 : Comment juger de l'équité des états de santé ?	115
Figure 13: Le modèle de base de la logique du modèle transposé	133
Figure 14 : Évolution de l'inégalité et de la mortalité infantile et infanto-junéville entre 92-93 et 98-99.....	140
Figure 15: Taux d'utilisation des services de santé du district et du pays depuis 1979	148
Figure 16 : Structures de conception et d'orientation de l'IB en avril 1994	157
Figure 17: Administration, formations sanitaires et instruments de planification.....	177
Figure 18 : « l'IB schématiquement »	228
Figure 19 : Les objectifs spécifiques de l'IB présentés aux ICP	229
Figure 20 : Le concept de justice sociale selon les ICP	250
Figure 21 : La cartographie de concepts et la notion de justice sociale selon les ICP	251
Figure 22: Le concept de justice sociale selon les membres des COGES.....	265
Figure 23 : La cartographie de concepts et la notion de justice sociale selon les membres des COGES	266
Figure 24 : Quatre thèmes émiques concernant les inégalités sociales	271
Figure 25 : Catégories émiques justifiant la présence des inégalités sociales	272
Figure 26 : Verbes employés pour qualifier l'importance de la pacification sociale	275
Figure 27 : Les ressources comme atouts et sources d'enjeux dans l'émergence de logiques	347
Figure 28 : Les fenêtres d' <i>opportunité</i> à l'avènement de l'équité.....	373
Figure 29 : Analyse du processus évaluatif et leçon tirées.....	451
Figure 30 : Explications communes de la mise à l'écart de l'équité dans la mise en œuvre de l'IB au Bénin, en Zambie, au Kenya et au Burkina Faso	467
Figure 31 : Les acteurs et les mesures incitatives	489

Liste des tableaux

Tableau 1 : Éléments minimaux caractérisant l'IB	30
Tableau 2 : Critères et indicateurs d'analyse	38
Tableau 3: Résumé de l'état des connaissances à propos des indicateurs d'efficacité de l'IB	40
Tableau 4 : Évolution du taux d'utilisation des consultations curatives primaires au Sénégal	43
Tableau 5 : Résumé de l'état des connaissances à propos des indicateurs d'équité de l'IB	47
Tableau 6 : Évolution des comptes d'exploitation des postes de santé sénégalais.....	53
Tableau 7 : Évolution du pourcentage des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté	62
Tableau 8 : Chronologie des politiques et décisions dans le secteur de la santé au Burkina Faso à partir de 1980	68
Tableau 9 : Évolution des dépenses de santé au Burkina Faso comparativement à deux pays voisins et au Canada	72
Tableau 10 : Répartition du budget de l'État du Burkina Faso en 1998 (sans les salaires) par niveau	74
Tableau 11 : Distribution de quelques indicateurs sanitaires en fonction du quintile de revenu des ménages.....	75
Tableau 12 : Quelques indicateurs de santé au Burkina Faso de 1985 à 2003	76
Tableau 13 : L'IB est une politique publique.....	77
Tableau 14 : Résumé du processus de l'IB	80
Tableau 15 : Les pièges de la mise en œuvre	83
Tableau 16 : Les groupes d'acteurs dans la mise en œuvre de l'IB	99
Tableau 17 : Les 12 districts répondant aux trois critères de sélection de nos cas à étudier	108
Tableau 18 : Caractéristiques des participants ICP à la cartographie conceptuelle	119
Tableau 19 : Caractéristiques des participants membres des COGES à la cartographie conceptuelle.....	120
Tableau 20 : Composition des groupes de discussion	124
Tableau 21 : Nombre d'entrevues informelles selon les groupes stratégiques d'acteurs ...	128
Tableau 22 : Entrevues informelles dans le cadre de l'évaluation	128
Tableau 23 : Les répondants aux entrevues individuelles	131
Tableau 24 : Formations sanitaires de la région en 2002	146
Tableau 25 : Nombre de formations sanitaires, d'habitants et ratio population/formations sanitaires par département	147
Tableau 26 : Comparaison du nombre d'habitant par CSPS et personnel de santé entre le DS, la DRS et le pays	147
Tableau 27 : Liste des personnes membres de l'ECD en 2003	149
Tableau 28 : Partenaires du district sanitaire en 2003	150
Tableau 29 : Répartition de l'appui financier de BAC entre 2001 et 2003, en F CFA	152
Tableau 30 : Provinces mettant en l'œuvre l'IB en mars 1994 et leurs partenaires	161
Tableau 31 : Chronologie de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso et des décisions administratives associées.....	164
Tableau 32 : Composantes d'un problème	176
Tableau 33 : Nombre d'indicateurs par programme du PNDS	179

Tableau 34 : Activités, responsabilités et planification de la prise en charge des indigents au sein du PNDS	181
Tableau 35 : Mesures d'ajustement structurel et macroéconomique 2000-2002, objectif du secteur de la santé et liste des activités pour l'atteindre	183
Tableau 36 : Correspondance du nombre d'activités formulées le PNDS et les directives de planification au niveau des districts par la DEP	186
Tableau 37 : Comparaison des activités proposées par l'équipe de travail avec celles retenues par le MCD dans le plan d'action 2004.....	193
Tableau 38 : Nombre de formations sanitaires ayant réalisées un microplan en 2002 et 2003.....	195
Tableau 39 : La problématique des indigents dans les microplans des FS en 2002 et 2003	196
Tableau 40 : Types d'inégalité selon les particuliers	201
Tableau 41 : Classement des énoncés produits par les ICP (n=9).....	240
Tableau 42 : Noms attribués aux différentes catégories par les ICP, nombre d'énoncés et nombre de catégories.....	247
Tableau 43 : Classement des énoncés produits par les membres des comités de gestion (n=6).....	255
Tableau 44 : Noms attribués aux différentes catégories par les membres des COGES, nombre d'énoncés et nombre de catégories.....	263
Tableau 45 : Comportement actif et/ou passif du donateur et du receveur	285
Tableau 46 : Résumé des propos des participants aux groupes de discussion concernant la réduction des inégalités	290
Tableau 47 : L'évaluation de la faisabilité des solutions selon les acteurs	310
Tableau 48 : Nombre et pourcentage d'articles traitant de divers sujets.....	325
Tableau 49 : Les dix logiques repérées	348
Tableau 50 : Catégories de ressources et émergences de logiques	360
Tableau 51 : Ressources principales, enjeux (E) et/ou atouts (A), et émergence de logiques	363
Tableau 52 : Comparaison des <i>stress value</i> des deux exercices de cartographie conceptuelle avec des « standards »	369
Tableau 53 : Processus de transfert des politiques publiques et de l'IB.....	376
Tableau 54 : Résumé des explications concernant les fenêtres d' <i>opportunité</i> et l'équité ..	402
Tableau 55 : Résumé des éléments empiriques de la situation de l'exclusion des soins et niveau d'influence pour sa transformation en un problème public.....	427
Tableau 56: Extrait du cadre logique du programme d'actions prioritaires.....	454
Tableau 57 : Évolution du pourcentage de l'effectif national des sages-femmes et des médecins dans les deux grandes villes du pays entre 1991 et 2002.....	463
Tableau 58 : Nombre d'activités planifiées dans les plans d'actions 2004	469
Tableau 59 : Les acteurs, les mesures incitatives et une recherche-action en faveur de l'équité.....	491

Liste des sigles

APAD :	Association Euro-Africaine pour l'Anthropologie du Changement Social et du Développement
ASC :	Agents de Santé Communautaire
BAC :	Nom fictif de l'ONG étudiée
BF :	Burkina Faso
CADSS :	Cellule d'Appui à la Décentralisation des Services de Santé
CAMEG :	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CASEM :	Conseil d'Administration du Secteur Ministériel
CSCOM :	Centres de Santé Communautaire
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CM :	Centre Médical
CMA :	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
COGES :	Comité de gestion
CPN :	Consultations Périnatales
CSLP :	Cadre Stratégique de Lutte contre le Pauvreté
CSPS :	Centre de Santé et de Promotion Sociale
DAF :	Direction de l'Administration et des Finances
DEP :	Direction des Études et de la Planification
DGS :	Direction Générale de la Santé
DMEG :	Dépôt de Médicaments Essentiels Génériques
DRD :	Dépôt répartiteur de district
DRS :	Direction Régionale de la Santé
DS :	District Sanitaire
ECD :	Équipe Cadre de District
EDS :	Enquête Démographique et Santé
EF :	Entrevue formelle
EI :	Entrevue Informelle
ENSP :	École Nationale de Santé Publique
F CFA :	Franç CFA
FG :	Focus Group
FISE :	Fond International de Secours à l'Enfance (UNICEF)
FMI :	Fond Monétaire International
FS :	Formation Sanitaire
IB :	Initiative de Bamako
ICP :	Infirmier Chef de Poste
IDE :	Infirmier Diplômé d'État
IFI :	Institutions Financières Internationales
IST :	Infections Sexuellement Transmissible
JNV :	Journées Nationales de Vaccination
MCD :	Médecin Chef de District
MEG :	Médicament Essentiel Générique

MS :	Ministère de la Santé
Ob :	Observation
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PADS :	Programme d'Appui aux Districts Sanitaires
PDSN :	Projet de Développement Santé et Nutrition
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
PEV :	Programme Élargi de Vaccination
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPTE :	Pays Pauvres Très Endettés
PSN :	Politique Sanitaire Nationale
PSP :	Poste de Santé Primaire
RC :	Recouvrement des Coûts
SG :	Secrétaire Général du ministère de la Santé
SNIS :	Système National d'Information Sanitaire
SSP :	Soins de Santé Primaires
SYNTSHA :	Syndicat National de la Santé
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
V :	Visites

Préface

Minima ethica

La temporalité de l'action publique n'obéit pas seulement à des impératifs internes ; elle s'inscrit également dans un air du temps qui en dessine les possibles et en prescrit les attendus. Ainsi peuvent se comprendre les flux et les reflux des préoccupations et des orientations politiques alors même que les questions auxquelles sont confrontées les sociétés varient peu et que les réponses qu'on peut leur apporter sont en nombre limité. D'où l'importance d'analyser le travail politique non pas uniquement par rapport à des « problèmes », comme on le fait souvent, mais bien par rapport à des « problématisations », pour reprendre le concept de Michel Foucault : les problèmes ne se posent jamais en tant que tels, ils sont posés par la société ; il en est de même des solutions qu'on leur propose. Le problème de la pauvreté et de l'inégalité dans l'accès aux ressources en général, de l'indigence et de l'inégalité d'accès aux soins en particulier, n'est assurément pas nouveau sur le continent africain. Il est cependant appréhendé de manière différente selon les moments de son histoire postcoloniale, donnant lieu à des solutions diverses. C'est à revisiter cette histoire et à en tirer les conséquences pour le présent que nous invite Valéry Ridde dans un ouvrage exigeant qui relève certes de la santé publique mais dont les ouvertures multiples vers d'autres disciplines fait l'originalité et la force.

Dans les années 1980, sous l'impulsion de l'OMS, Organisation mondiale de la santé, les soins de santé primaires constituent le credo, énoncé peu avant à la Conférence d'Alma Ata. Ils défendent un modèle supposé mieux adapté aux réalités locales que ne l'était le système construit sur le référentiel hospitalier européen enrichi de l'innovation coloniale des services des grandes endémies. Il s'agit désormais de « la santé pour tous », ce qui suppose au minimum un accès de tous à des soins de qualité, même si l'on sait que les soins ne représentent qu'un déterminant relativement secondaire de l'état de santé. Or, le constat fait par nombre d'artisans de ces programmes est le déficit de moyens dans les structures publiques de soins, à commencer par l'absence de médicaments. Conduisant alors des recherches d'anthropologie dans la banlieue de Dakar, je me souviens d'un article écrit par l'un de mes amis, le Dr. Emile Jeannée, responsable à l'époque du projet de santé de Pikine qui était l'un des modèles de la réflexion internationale pour la mise en œuvre des soins de santé primaires. Il avait pour titre ironique et provocateur : « Soins gratuits, maladie pour tous ». A quoi bon la gratuité des soins dont se targuaient les Etats africains, écrivait en substance l'auteur, si c'était pour n'offrir que des dispensaires vides, contraignant les patients à acheter leurs médicaments au prix fort dans les pharmacies privées quand ils en avaient la possibilité physique et financière ? Mieux valait les mettre à contribution de manière raisonnable et rationnelle de façon à consacrer les sommes ainsi obtenues pour améliorer les prestations. C'est dans ce contexte – et dans cet esprit – que

l'Initiative de Bamako a été lancée en 1987 sous l'égide de l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

Il est essentiel d'appréhender cette séquence et cette logique pour ne pas se méprendre sur le sens de cette politique, souvent obscurci par un discours visant à légitimer démocratiquement un programme à vocation essentiellement économique. Il est vrai que la notion de « participation communautaire » constitue une véritable trouvaille lexicale, puisqu'elle implique de manière ambiguë la contribution des populations au financement (participer, c'est payer sa part) et l'implication des citoyens dans la vie collective (participer, c'est prendre part). L'idée n'est pas exempte de considérations morales et la santé publique n'hésite pas à recourir à l'argument – non désintéressé – de la psychanalyse qui fait du paiement de l'acte un élément décisif de l'implication de l'acteur. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une duperie car la mise en place de la politique de recouvrement des coûts (c'est-à-dire de solvabilisation des patients) s'accompagne effectivement d'une politique de représentation des habitants (à travers des comités de santé généralement élus). L'air du temps des organisations internationales, dans les années 1980, associe l'idéologie libérale et l'idée démocratique, autrement dit l'économie de marché et la société civile, l'une et l'autre contre l'Etat. Mais dans l'interprétation de la genèse de l'Initiative de Bamako, il faut comprendre que le libéralisme précède la démocratie, que le premier est dans l'ordre de l'explication et la seconde dans l'ordre de la justification. L'un comme l'autre contribuent toutefois à rendre plus efficace le système de soins, la participation financière en apportant les ressources qui manquent aux institutions publiques, la participation représentative en légitimant un dispositif qui demeure calqué sur un modèle importé. L'application du mot d'ordre est, à l'échelle de l'Afrique, assurément hétérogène, marquée par des difficultés et des incohérences, mais le nouveau dogme ne s'en impose pas moins presque partout.

Ainsi, de la Conférence d'Alma Ata à l'Initiative de Bamako, on est passé d'un souci d'équité à une préoccupation d'efficacité. Les soins de santé primaires procédaient d'une reconnaissance des inégalités sanitaires. La participation communautaire apporte une réponse à la non-solvabilité des institutions publiques. Mais alors que les premiers énonçaient des principes généraux, la seconde propose des solutions pratiques. Dans ce passage du vocabulaire programmatique au langage pragmatique, l'efficacité efface donc l'équité. C'est tout le mérite du livre de Valéry Ridde que de montrer cette disparition et d'en discuter les ressorts à partir d'une enquête menée dans un district du Burkina Faso mêlant données épidémiologiques et entretiens sociologiques, nourrie de réflexions politiques et d'observations ethnographiques. Le constat qu'il dresse au terme de cette recherche – mais on devine qu'il en présentait le résultat avant même de l'avoir commencée – est celui d'un « échec de l'Initiative de Bamako ». Tout au moins l'établit-il sur la question de l'équité plutôt que sur la question de l'efficacité. La mise en œuvre de ce programme ne s'est pas accompagnée d'une réduction des inégalités d'accès

aux soins. Les « indigents » ne sont pas mieux soignés qu'ils ne l'étaient auparavant.

Parmi les hypothèses qu'il formule pour expliquer cet échec, il faut, à la lumière de ce qui vient d'être rappelé de la genèse de cette politique, indiquer une hiérarchie des explications. L'élément qui sous-tend tous les autres tient en effet à ce que « l'absence d'équité n'a jamais été perçue comme un problème public », selon la formulation de l'auteur. Probablement faudrait-il atténuer cette affirmation en rappelant qu'au milieu des années 1980, sous la présidence de Thomas Sankara, le Burkina Faso avait inscrit la question de l'équité à son agenda politique. Mais il est vrai qu'il s'agit là d'une parenthèse dans l'histoire du pays, au demeurant fermée l'année même de la proclamation de l'Initiative de Bamako. C'est bien parce que l'équité n'est pas un enjeu politique qu'elle n'a jamais été mise en œuvre – et le constat vaut pour la quasi-totalité des pays africains. Le fait qu'aucune « fenêtre d'opportunité n'est apparue », qu'aucun « entrepreneur politique n'est intervenu » et que « les experts n'ont jamais atteint de consensus sur les solutions équitables », pour citer les autres hypothèses de l'auteur, constitue assurément une configuration défavorable, mais non le facteur principal de la non prise en compte de l'équité dans la construction des politiques sanitaires et, plus largement, des politiques publiques. L'enquête, par la richesse des témoignages qu'elle apporte et des instruments qu'elle mobilise, en fait d'ailleurs la démonstration.

On pourrait toutefois s'interroger sur la question de l'équité telle qu'elle est posée dans cet ouvrage, et notamment à travers les commentaires des acteurs locaux voire nationaux. Il s'agit en fait essentiellement du problème des « indigents », autrement dit de celles et ceux qui ne peuvent payer les sommes même modestes exigées dans les structures sanitaires et qu'on appelle aussi les « exclus des soins ». Dès lors, les réponses possibles relèvent plus de politiques assistancielles au sens étroit que de justice sociale au sens large. Elles se fondent sur la générosité plutôt que sur la redistribution. Elles concernent uniquement les plus démunis selon un paradigme de l'obligation plutôt que du droit. On peut même suggérer qu'un trait commun des théories sociales sur le continent africain, aussi bien dans le monde politique que dans la société dans son ensemble, est l'absence de pensée de l'inégalité. La préoccupation pour les pauvres, parfois présente et toujours légitime, ne saurait corriger ce constat. Penser l'inégalité, c'est penser la société dans son ensemble et non seulement son rapport au segment le plus défavorisé ; c'est aussi penser des solutions qui réorientent les ressources selon des principes généraux de justice sociale étendue et non seulement de solidarité assistancielle restreinte. A l'inverse, s'intéresser aux « indigents », c'est focaliser la lecture du monde social sur un groupe, certes pour l'aider mais au risque de le stigmatiser ; et c'est perdre de vue les processus par lesquels se produisent ces formes extrêmes d'exclusion et par conséquent restreindre sa capacité de critique sociale. Mais assurément en Afrique aujourd'hui ce débat n'est pas dans l'air du temps.

Commence à l'être en revanche l'idée de bien public sanctuarisé, dont la santé serait le parangon indiscutable et qui justifierait une gratuité universelle. L'exception sanitaire posée dans les négociations internationales dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce en est le signe le plus manifeste. Et la question de l'accès aux médicaments du sida est désormais formulée en ces termes au nom de la protection absolue de la vie humaine. C'est sur cette ligne que Valéry Ridde conclut son livre, en se référant à un pays, l'Afrique du Sud, dont il rappelle que le cas est cependant peut-être plus un exemple duquel apprendre qu'un modèle à reproduire. Il suggère donc, pour sa part, de tenter l'expérience à un niveau limité en instituant la gratuité des soins pour les « indigents ». La problématisation, on le voit, est apparemment nouvelle si on la compare à celle qui prévalait il y a deux décennies quand faire payer était à l'ordre du jour, mais face à ce vieux problème des malades pauvres, la solution avancée ne revient-elle pas en fait à réactualiser une réponse ancienne ? La nouveauté tiendrait alors moins à la nature de l'action (l'assistance aux démunis) qu'à son inscription sociale (passant du monde religieux de la charité au domaine public de la solidarité). On serait certes loin d'une politique affrontant la question des inégalités sociales de santé, mais une couverture médicale pour les plus pauvres – telle qu'elle a été développée en France notamment, y compris pour les plus illégitimes, à savoir les étrangers en situation irrégulière – n'est-elle pas la forme la plus élémentaire de la justice distributive (donnant plus aux moins bien lotis) mise en œuvre sur l'objet le plus élémentaire de la nécessité humaine (les dégradations et les souffrances du corps) ? Se dessinerait ainsi, en marge des grands principes et des programmes ambitieux, réaliste et modeste, une conception humanitaire de la santé publique – une éthique minimale de la vie.

Didier Fassin
Université Paris Nord et
École des hautes études en sciences sociales.

Avant-Propos

Si je vais me souvenir pendant encore très longtemps de mes missions en Irak en 1994 et 1995, l'écriture de cet avant-propos me ramène vers une discussion de juin 2003, alors que je me trouvais de nouveau dans ce pays. Réalisant une évaluation pour le compte d'une organisation non gouvernementale (ONG), je rencontrais une femme médecin, de ma génération, qui venait de terminer un doctorat dans le pays qui démarrait son processus d'occupation de la Mésopotamie. Venir en Irak à cette trouble période pour une ONG étatsunienne témoignait assurément d'un certain engagement social de sa part. Cependant, lorsque j'évoquais avec elle ma recherche doctorale, objet du présent ouvrage, que je qualifiais de « recherche engagée », elle ne comprit. Mon accent en anglais n'expliquait pas toute son incompréhension, elle n'avait tout simplement jamais entendu cette expression auparavant. Effectuer une recherche engagée. Est-ce donc possible à l'occasion d'un doctorat ? Est-ce un oxymore ? Cette recherche est une tentative de réponse par l'affirmative à la première question et par la négative à la seconde. Je crois en effet avoir été en mesure d'apporter une modeste contribution aux questions que les intervenants de santé publique se posent à propos de l'accès aux services de santé des plus pauvres, sans pour autant sacrifier la rigueur nécessaire à la réalisation d'une recherche doctorale. L'apprentissage de la conciliation de l'engagement social et de la rigueur scientifique s'est déroulé tout au long de ces années passées au Québec, à l'université Laval. Ma directrice de thèse, Maria De Koninck, a réussi à me soutenir dans cet exercice périlleux. Elle a su, aux moments cruciaux, trouver les mots et les lectures utiles à la poursuite de mon travail. Aussi, son encadrement universitaire, son écoute, sa disponibilité de tous les instants, son soutien moral et financier ont été d'un apport indéniable au livre que vous allez lire. Jacques Girard et Vincent Lemieux, les deux autres membres composant mon comité de thèse, ont réussi à m'orienter vers les éléments théoriques et pratiques indispensables à ma recherche. Leurs précieuses critiques de mes différents écrits ont été très utiles. Jacques Girard, dès mon arrivée au Québec en 1999, a toujours été d'un bon conseil lorsqu'il me fallait trouver un emploi temporaire ou m'intégrer dans son réseau d'acteurs canadiens en santé mondiale. C'est lui, le premier, qui m'a fait connaître l'application possible des travaux de John Rawls à la santé publique. Je me suis humblement inscrit dans son cheminement en essayant d'ajouter ma pierre personnelle à l'édifice de la justice sociale en santé mondiale. Les orientations théoriques apportées par Vincent Lemieux sont d'une inestimable importance pour le domaine de l'étude des politiques publiques. Il a su me diriger vers les auteurs clefs, me permettre de comprendre ses approches en tentant, à mon tour, d'apporter quelques éléments nouveaux, notamment en ce qui concerne sa tentative de prolongement de la théorie des courants de John Kingdon. La méticuleuse relecture de Louis Demers m'a permis d'améliorer sensiblement la lisibilité et la forme de mon travail.

Je ne peux passer sous silence les conseils efficaces de l'ensemble des professeurs du programme de maîtrise et de doctorat en santé communautaire, dont le directeur Michel O'Neill. Tous mes collègues ont également contribué, de près pour certains, de loin pour d'autres, à mon souhait d'aller jusqu'au bout de cette thèse. Je ne peux malheureusement tous les citer, je risquerais d'en vexer quelques-uns en les oubliant. Je veux cependant ici remercier Abdoulaye P. Nitiema, médecin de santé publique, que j'ai rencontré lors de la maîtrise, et qui a su me faire aimer le Burkina Faso et m'ouvrir grandes les portes de son pays. Son aide sur le terrain a toujours été précieuse et le soutien moral de toute sa famille tout autant. De très nombreux amis Burkinabé m'ont apporté une aide essentielle à mon intégration dans cette société, je ne peux pas non plus tous les citer. Tous les collègues du ministère de la Santé, à Ouagadougou et en périphérie, ont su se rendre disponibles pour répondre à mes multiples questions, me trouver les bons documents et me diriger vers les bons interlocuteurs. De même, l'ONG et tous ses membres expatriés ou nationaux m'ont apporté un secours considérable et une confiance importante. La mise à disposition de certains de leurs moyens et les discussions que nous avons entreprises ensemble m'ont permis d'accomplir cette recherche. Pour des raisons éthiques, je ne peux citer les noms des uns et des autres, mais j'espère qu'ils se reconnaîtront et qu'ils entendront mes remerciements chaleureux. Quelques personnes ont été parties prenantes du processus de collecte des données employées dans cette recherche et je voudrais ici les nommer : Emmanuelle Bédard, Frédéric Kintin, Kind G. André, Moinbou, Ouedraogo Boureima, Ouedraogo Christine, Touendé Bertrand. Christian Dagenais et Mireille Desrochers m'ont gentiment permis d'appréhender l'utilisation de la technique de cartographie conceptuelle.

Évidemment, je n'aurai survécu à cet immense travail sans l'aide de ma famille et particulièrement de mon épouse, Fatiha Halabi. Elle a su en permanence m'entourer, supporter mes interrogations perpétuelles et mes absences fréquentes, comprendre mon investissement universitaire et également, tout comme ma mère Annick Chaullet, lire attentivement une première version de cette thèse. Plusieurs organisations m'ont fait confiance et ont cru à ce projet de recherche en apportant une contribution financière. Il me faut remercier le Centre de Recherche en Développement International (CRDI) du Canada, l'université Laval, le CCISD Inc. et l'Association Canadienne de Santé Publique (ACSP).

L'aventure continue, puisque depuis la publication de cette réflexion, un processus de recherche-action a démarré au Burkina Faso afin de tenter d'évaluer une intervention que nous croyons efficace pour améliorer l'accès aux soins des plus pauvres.

Introduction

« Aujourd'hui, les États se décomposent parce que les programmes d'ajustement structurel ont été imposés avec l'idée fixe que l'État était la forme la moins bonne pour gérer les affaires communes. [...] L'État néocolonial a été remplacé par le privé. Mais comme le privé africain n'est pas implanté solidement, la suppression de l'État en Afrique a laissé un vide considérable. L'État, en fait, n'est remplacé par rien ; les gens ont perdu l'habitude de l'État africain traditionnel et ne se sont pas approprié l'État moderne du type colonial. C'est un grand déficit qui, en réalité, ouvre la voie à une sorte de chaos qui n'existe nulle part ailleurs. Ce vide est rempli par les plus riches et ceux qui se sont hissés au pouvoir. »

Joseph Ki-Zerbo, 2003, p. 68-69

À la fin des années 1970, les experts internationaux en matière de politiques de santé avaient le regard tourné vers Alma-Ata, la capitale actuelle du Kazakhstan. Dans cette ville de l'ex-Union Soviétique, la communauté internationale (134 pays) s'est réunie durant trois jours, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du Fonds international de secours à l'enfance (FISE/UNICEF¹). C'est à cette occasion, dont on vient de fêter les 25 ans, qu'une déclaration politique en faveur des soins de santé primaires était prononcée. Il s'agissait de rompre avec l'hospitalo-centrisme des systèmes de santé et d'orienter les réformes sanitaires vers une prise en charge globale et interdisciplinaire de la santé des communautés. Les pays du Sud en général, et l'Afrique en particulier, étaient singulièrement concernés par cette nouvelle direction que l'on voulait faire prendre aux systèmes de santé. Ils en étaient en grande partie les instigateurs grâce aux multiples projets qu'ils avaient préalablement mis en œuvre (Tejada de Rivero, 2003). La déclaration d'Alma-Ata était en quelque sorte la première réforme sanitaire d'envergure internationale. Les gouvernements, en collaboration avec les communautés, devaient jouer un rôle essentiel pour diriger la réalisation des changements requis, car il s'agissait d'une évolution majeure qui nécessitait une volonté intense pour lutter contre le *statu quo* (Collins, 1994). Or le contexte de l'époque, à la suite des fameux chocs pétroliers du milieu des années 1970, n'était pas le plus propice à l'intervention gouvernementale. C'est en effet durant cette période que des politiques dites d'ajustement structurel ont été imposées aux pays du Sud par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (Stiglitz, 2002). Ces politiques ont notamment contraint les États à réduire leurs dépenses en matière de santé et d'éducation, domaines jugés moins essentiels à développer que

¹ Dans le reste du document, nous retiendrons le sigle UNICEF à la place de celui de FISE puisque l'organisation semble avoir, au fur et à mesure des années, substitué le premier au second.

celui de l'économie. De nombreux fonctionnaires ont ainsi été mis à pied. Cette situation a eu des conséquences tellement fâcheuses sur le quotidien des Africaines et des Africains qu'ils ont inventé un qualificatif pour désigner ces personnes licenciées : « des ajustés ». L'UNICEF dénoncera ces politiques et demandera en 1987 un « ajustement à visage humain ». Le constat des conséquences de ces ajustements était dramatique et la déliquescence des services publics se constatait à l'aune de l'absence d'accès aux services de santé. Il fallait donc trouver de nouvelles solutions, notamment pour endiguer cette réduction des moyens que l'État consentait, contre son gré, au système de soins. L'autofinancement des services de santé de la part des usagers est apparu alors comme une des réponses possibles (Deschamps, 2000). Nous verrons dans ce qui suit qu'elle n'était pas si nouvelle que cela puisque de telles expériences existaient dans les années 1940 (Van Lerberghe et de Brouwere, 2000). Cette réflexion en faveur de l'autofinancement a grandement favorisé l'établissement d'une nouvelle réforme sanitaire : la politique de l'Initiative de Bamako (IB). Cette politique publique de santé a été formulée dans la capitale du Mali en 1987. Bien qu'elle ait été adoptée dans une capitale africaine, elle était largement d'origine exogène car elle a été entreprise sous l'impulsion des organisations internationale, soit l'OMS et l'UNICEF. À l'occasion de l'IB on s'était donné l'objectif d'améliorer la qualité des services par l'intermédiaire de l'autofinancement communautaire, tout en s'assurant que des mesures soient prises pour que les indigents puissent avoir accès aux services. La politique de l'IB a été suivie d'autres réformes sanitaires dans les domaines du financement et de l'organisation des services, par exemple. Cependant, la majorité des observateurs de ces changements s'entend aujourd'hui pour affirmer que c'est essentiellement l'aspect efficace de ces réformes au détriment du caractère équitable qui a attiré l'attention des acteurs lors de leur mise en œuvre (Gilson, 1998; Whitehead, Dahlgren et al., 2001; Green et Collins, 2003). Autrement dit, la mise en œuvre de l'IB n'a pas permis l'amélioration de l'accès aux soins des plus pauvres alors que, pour le plus grand nombre, la situation est devenue relativement plus acceptable qu'auparavant. Nous l'avons récemment montré au Burkina Faso (Haddad, Nougara et al., 2004b), pays où a été entreprise la présente recherche. Voilà pourquoi certains réclament maintenant l'obligation de rendre les systèmes de santé plus équitables (Gwatkin, Bhuiya et al., 2004). À l'aide de l'étude des publications traitant de l'évaluation des effets de la mise en œuvre de l'IB en Afrique, nous dressons l'état des connaissances utiles pour vérifier cette focalisation des acteurs sur l'efficacité et non sur l'équité. C'est le sujet de la première partie de la recherche. Quelques hypothèses d'explication sont fournies au regard de cette recension des écrits.

Cela étant dit, l'état actuel des connaissances illustre parfaitement la situation délicate d'exclusion que vivent les indigents mais il ne l'explique pas. L'objet de cette recherche constitue donc une tentative d'explication à cet écart qui subsiste, entre la formulation de l'IB et sa mise en œuvre au détriment de l'équité. Cette

démonstration repose sur une étude de cas effectué dans un district sanitaire d'un pays ouest-africain qui met en place l'IB depuis 1993, le Burkina Faso. En effet :

One important way to better understand prevailing problems in the public health sector in developing countries is by lowering the level of analysis in order to investigate how such issues take shape at the level of district health centres, small rural hospitals and the daily practice of health workers (Streefland, 2005, p. 375-6).

Aussi, pour étudier la mise en œuvre de cette politique publique au Faso, nous nous sommes doté d'un cadre d'analyse intégrant des théories élaborées pour l'étude des politiques publiques et en anthropologie du développement. Le deuxième chapitre de la recherche présente ce cadre et les théories auquel il fait appel. L'anthropologie du développement est un champ de connaissances indispensable pour rendre intelligible la mise à l'écart de l'équité de l'IB. En effet, dans la majeure partie des cas, cette politique est mise en œuvre par des acteurs issus des États du Sud en collaboration étroite avec ceux travaillant pour des projets de développement et des Organisations non gouvernementales (ONG) du Nord. La rencontre des acteurs du Sud avec ceux du Nord et celle des « développeurs » avec les « développés » constituent une des clefs d'explication du phénomène qui nous intéresse. Dans cette recherche, nous examinons en profondeur cette interaction qui s'opère dans le contexte d'un projet d'appui à la mise en œuvre de l'IB dans une région du Burkina Faso. Ce projet est conduit par une ONG européenne qui dispose du soutien de spécialistes expatriés et locaux.

L'ensemble de la stratégie méthodologique nous permettant d'analyser les données empiriques collectées dans ce contexte, à l'aide du cadre d'analyse préalablement construit, est décrit dans la troisième partie de la recherche. Certains concepts, comme notamment celui de l'équité, sont définis. Les données recueillies sont essentiellement de nature qualitative bien que nous ayons aussi eu recours à des données quantitatives pour obtenir une certaine triangulation. La collecte de ces données a été facilitée par notre présence de sept mois dans cette région du Burkina Faso, sous la forme d'une observation participante.

La présentation des résultats, qui suit un plan orienté par le cadre d'analyse, est effectuée au cours de sept chapitres consécutifs. Une fois le contexte local décrit en détail (quatrième chapitre), nous décortiquons le processus d'implantation de l'IB dans le pays et dans la région où nous avons mené la présente recherche (cinquième). Puis, nous étudions en profondeur le jeu des acteurs dans la mise en œuvre de la politique en ce qui concerne le problème de l'exclusion des soins (sixième) et particulièrement des valeurs concernées (septième). Ensuite, nous nous intéressons singulièrement aux solutions possibles pour contrer ces exclusions (huitième) et aux orientations générales à propos de ces dernières (neuvième). Enfin, des données empiriques sont exposées, dans le dixième chapitre de la

recherche, concernant le rôle de l'exercice du pouvoir et des logiques résultantes dans l'explication des inégalités liées au système de santé.

Nous revenons sur l'ensemble de ces résultats dans le onzième chapitre, sous la forme d'une discussion. Nous cherchons à comprendre pourquoi si peu d'interventions ont été entreprises pour favoriser l'accès aux services aux indigents. Comment se fait-il que la situation que vivent les plus démunis n'est pas appréhendée, par la majeure partie des personnes concernées, comme un problème auquel il faut trouver une solution ? Il est aussi question du caractère transférable des conclusions de cette recherche. En quoi les constats issus de cette étude de cas sont-ils semblables à ce qui se déroule ailleurs dans le pays et la région ? Quelques considérations concernant le prolongement de la théorie des courants des politiques publiques viennent clore ce chapitre.

Dans la conclusion, nous tentons de porter un jugement global sur la situation concernant l'absence de l'équité des systèmes de santé fondés sur l'Initiative de Bamako. Nous proposons l'application de quelques mesures incitant, nous l'espérons, à un retour à l'équité originelle par l'intermédiaire d'une recherche-action qui permettra le développement des nouvelles connaissances indispensables à cet objectif.

1 Problématique

L'objet de ce premier chapitre de la présente recherche est de montrer que l'état des connaissances confirme notre analyse d'une implantation de l'IB préjudiciable à l'équité. Dans une première section, nous revenons un peu plus en détail sur les aspects historiques rapidement présentés en introduction. Nous retraçons l'origine et les fondements de l'IB, nous en proposons une définition et rappelons au lecteur les inquiétudes originelles émises par certains spécialistes quant aux considérations liées à l'équité. Dans la seconde partie, nous présentons la méthodologie employée pour réaliser cette recension de l'état des connaissances à propos de l'IB. Puis, dans une troisième partie, nous proposons une évaluation des effets de cette politique sanitaire au regard des critères d'efficacité et d'équité. La quatrième partie présente une discussion des résultats, propose quelques pistes d'analyse et de réflexion sur l'importance de l'étude du jeu des acteurs dans la mise en œuvre de l'IB. Enfin, en conclusion, nous revenons sur l'intérêt de l'étude de cette politique et avançons que c'est le passage obligé pour envisager l'application de mesures incitatives en vue d'une plus grande justice distributive dans la mise en œuvre de l'IB.

1.1 Origine et fondements de l'initiative de Bamako

1.1.1 En principe

L'initiative de Bamako est bien souvent perçue comme une simple réforme technique du financement des services de santé. Et pourtant, elle est aussi imprégnée de valeurs et trouve son origine et ses fondements dans la politique des soins de santé primaires.

Au milieu des années 1970, les progrès scientifiques et technologiques dans le domaine médical laissent entrevoir la possibilité d'une résolution de nombreux problèmes de santé dans le monde. L'éradication, à l'échelle de la planète, de la variole en 1979 est une victoire unanimement reconnue et participe à cette construction mentale. Mais, en même temps, on continue de constater l'accroissement et la persistance des inégalités de santé et d'accès aux services de santé. Voilà pourquoi Mahler, le directeur général de l'OMS, propose en 1975 aux gouvernements de se fixer un objectif commun pour les politiques de santé : la santé pour tous en l'an 2000². Cela sera entériné en 1977 par l'Assemblée mondiale de la santé. Le contexte politique international est encore bipolaire, la guerre froide est toujours présente. Elle constitue l'arrière plan de ces décisions à caractère social

² Rappelons que l'objectif principal était : « la distribution équitable des ressources pour assurer l'accès de la grande majorité des gens à celles-ci » (Velasquez, 1989, p. 461).

et universel. Cette déclaration de 1977 est conçue comme « *a battle cry to incite people to action* » (Tejada de Rivero, 2003, p.2). C'est au cours de cette même année de la proposition de Mahler (1975) que le concept de soins de santé primaires (SSP) est énoncé pour la première fois. Il fallait, en effet, trouver de nouvelles stratégies pour envisager l'atteinte de cet objectif universaliste. Certains pays du Sud, qui œuvraient en ce sens depuis plusieurs années, ont en quelque sorte pris les devants sur les pays du Nord et leur approche biomédicale³. Bien que les Soviétiques aient émis quelques réticences à l'origine, ne voulant pas remettre en cause les progrès scientifiques, ce sont eux qui, dès 1976, proposent de financer et d'organiser une conférence internationale en faveur des SSP. Pour des raisons politiques et diplomatiques, la conférence aura finalement lieu à Alma-Ata, au Kazakhstan, plutôt qu'à Moscou. Après 29 mois de préparation et 18 versions différentes du document, la stratégie des SSP voit le jour en 1978 dans le but d'aider les pays à se rapprocher de l'objectif de santé pour tous (WHO, 1978; Tejada de Rivero, 2003). Cette politique reconnaissait la nécessité d'examiner les relations entre les professionnels de santé et les membres de la communauté car ce dernier élément constitue un facteur clef dans les réformes de santé. Elle s'est alors fortement inspirée du modèle chinois des années 1970, notamment les fameux "médecins aux pieds nus" (IDS, 1995), et également d'une étude internationale de 1975 critiquant fortement l'utilisation, par les pays du Sud, du modèle occidental centralisé de l'organisation des services (Collins, 1994). L'approche communautaire, comme en Chine, n'était pas complètement nouvelle en Afrique de l'Ouest puisque dès le milieu des années 1960, des expériences de comités de santé et d'agents villageois avaient été menées, notamment au Niger. Ces essais d'alliance d'un processus de décentralisation à une propagation des techniques d'animation rurale deviendront des références pour toute la sous-région africaine (Berche, 1998; Olivier de Sardan, 1999). Ils ont été des éléments précurseurs de la politique des SSP. Dès les années 1940 on a tenté en Afrique (orientale britannique notamment), d'introduire, sans y parvenir, le paiement des soins par les usagers. C'est le Mozambique (et son État marxiste-léniniste) qui a été le pays précurseur du recouvrement des coûts (Van Lerberghe et de Brouwere, 2000). Collins (1994) nous informe que l'émergence des SSP s'était produite dans un contexte particulièrement favorable dont les caractéristiques peuvent se résumer par : i) l'accumulation des doutes à propos de l'approche du modèle purement médical, ii) le changement de la perception du développement en général et iii) les mouvements d'indépendance de nombreux pays. Néanmoins, il rappelle que cette nouvelle politique, qui visait plus d'équité et de justice distributive, n'était pas sans aller à l'encontre de la volonté de certains politiciens (au niveau local ou national) favorisant le *statu quo* et se satisfaisant d'un système d'inégalité sociale et de domination politique⁴. Car si les SSP peuvent être interprétés selon des critères

³ Sur la persistance de ce modèle biomédical (pasteurien) et ses conséquences sur les systèmes de santé au Sud, voir (Dujardin, 2003).

⁴ Ce *statu quo* relève de nombreux facteurs variant d'un pays à l'autre et d'une communauté à une autre, selon Uphoff et al. (1998), cité par (Morgan, 2001).

techniques — nous n’entrerons pas dans les débats intenses autour des fameux SSP sélectifs⁵ — ils peuvent l’être également selon leur nature politique qui suppose, ou non, des changements sociaux. Ce qui explique notamment pourquoi on s’est d’abord focalisé sur l’augmentation de l’offre et non pas sur une nouvelle distribution des pouvoirs, singulièrement médico-sanitaires à l’époque (Berche, 1998).

La notion d’équité était au cœur de la politique des SSP, tel que vient de le rappeler longuement l’OMS dans son rapport annuel de 2003 (OMS, 2003). Or, l’équité exige la reconnaissance de besoins différents, et « *les interactions entre les droits de l’homme et la santé sont caractérisées par la dualité droits égaux et besoins inégaux* » (Bryant, Khan et al., 1997, p. 122). Nous reviendrons, dans le chapitre consacré à la méthodologie de l’analyse de l’état des connaissances sur l’IB, sur l’utilisation de la définition de l’équité dans l’organisation du financement communautaire. Outre l’importance de l’équité et de la participation communautaire que nous avons déjà évoquées, la stratégie des SSP est principalement fondée sur les éléments de la figure suivante.

Figure 1: Éléments de la stratégie des SSP

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• l’équité ;• la participation communautaire ;• une approche multisectorielle ;• une technologie appropriée ;• des activités de promotion de la santé. |
|--|

Source : (WHO, 1978)

À ce stade de l’exposé, il nous semble important de noter qu’Alma Ata est principalement une déclaration de principes. Les intentions énoncées étaient même générales et abstraites et les composantes, exhaustives et banales (Hours, 1992). L’OMS, l’UNICEF et leurs États membres se sont attachés à définir les fondements de cette politique, sans pour autant élaborer des stratégies précises de mise en application. Nous sommes bien là en présence d’une situation qui semble relever de la classique rhétorique de la santé publique, tel que le souligne Fassin (2000a). Cet auteur a lui aussi relevé ce trait particulier de la déclaration d’Alma Ata, ajoutant que la mise en œuvre devient secondaire au regard des idéaux invoqués par ses promoteurs. La politique des SSP demeure, entre autres, relativement muette concernant le financement des services et précise simplement que « *primary health care is essential health care [...] at a cost that community and country can afford* » (WHO, 1978). Malgré le peu de précision, la prise en compte de la capacité à payer les soins de santé semble donc une préoccupation de principe, ce que rappelait le rapport préparatoire à la réunion d’Alma Ata du bureau africain de l’OMS (OMS/AFRO, 1978).

⁵ Voir le numéro spécial de Social Science and Medicine, 1988, n° 26.

Devant les problèmes économiques des pays africains (croulant notamment sous le poids de la dette extérieure) qui avaient des conséquences néfastes sur la situation sanitaire et, face aux difficultés de mise en œuvre des SSP⁶, l'UNICEF formule une proposition qui a été acceptée à contre-cœur, semble-t-il (Van Lerberghe et de Brouwere, 2000), par l'OMS en 1987. Il s'agissait de relancer la politique des SSP et de réduire la mortalité maternelle et infantile. Cette proposition adoptée en 1987 par les ministres africains de la santé a pris le nom du lieu de la réunion, l'initiative de Bamako (IB). Les premiers documents officiels de l'OMS et de l'UNICEF et le premier bulletin d'information de l'IB (OMS/FISE, 1989a) précisent que l'objectif ultime de l'IB est « *universal accessibility to PHC* » (WHO, 1988), ce que rappelle le ministère de la Santé burkinabé aux équipes cadres de district lors de leur formation (CADSS, 2001)⁷. À propos du financement des services de santé, la réduction de la participation de l'État aux coûts des systèmes rendait en quelque sorte logique l'augmentation de celle des usagers prônée par les promoteurs de l'IB. Toutefois, il était prévu que des moyens seraient déployés pour s'assurer que les plus pauvres aient accès aux soins (Deschamps, 2000). De surcroît, l'IB est différente de la politique des frais aux usagers au niveau national, dont l'objectif principal est la génération de revenus (Gilson, 1997b), au sens que sa mise en place doit servir, entre autres, à l'amélioration de la qualité des services et à l'accès aux soins, ce que rappellent encore en 2003 les principaux acteurs de la mise en œuvre de l'IB, aujourd'hui passés de l'UNICEF à la Banque mondiale (Knippenberg, Traore Nafo et al., 2003). Notons que par « coïncidence » c'est également en 87 qu'est apparu un document majeur issu de la Banque mondiale, qui a fortement influencé les réformes sanitaires des années 1990 (Creese et Kutzin, 1997; Ridde, 2002b) et qui faisait l'apologie du paiement direct des usagers et du rôle du secteur privé : « *financing health services in developing countries : an agenda for reform* ».

Les objectifs spécifiques de l'initiative de Bamako ont été définis ainsi (OMS, 1999b) :

- renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local ;
- promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale ;
- renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels ;
- assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins.

⁶ « *d'une façon générale, et à en juger par l'expérience de la Région africaine, il faut un puissant désir de changement et une volonté nationale bien affirmée pour traduire dans la pratique la notion de soins de santé primaires* » (OMS/AFRO, 1978), précise le rapport préparatoire à Alma Ata de l'OMS/AFRO.

⁷ Au Burkina Faso, comme au Nigéria (Uzochukwu, Onwujekwe et al., 2004b), l'IB est clairement présentée comme étant une politique de renforcement des SSP.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler les huit principes qui sont présentés comme les fondements techniques de l'IB. Les agents de santé ayant suivi plusieurs formations sur l'IB les connaissent par cœur. À l'origine, on ne précisait pas si ces principes devaient être i) des pré-requis au financement des bailleurs, ii) des objectifs à atteindre ou iii) des éléments caractérisant les activités à mettre en œuvre (Mc Pake, Hanson et al., 1992). Lors de la revue de l'IB dans la région africaine faite à Bamako en mars 1999, le bureau africain de l'OMS a souligné de nouveau qu'il s'agissait de principes directeurs⁸ (OMS, 1999b). Ils sont présentés dans la figure suivante.

Figure 2 : Principes directeurs de l'IB

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires 2. Il faut décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires 3. Il faut décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées 4. Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé 5. Les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux 6. Le concept de médicaments essentiels doit être intégré dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires 7. <u>Des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir l'accès aux couches sociales les plus démunies aux soins de santé*</u> 8. Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis |
|---|

Sources : (Mc Pake, Hanson et al., 1992; OMS, 1999b), *nous soulignons

L'OMS vient récemment d'ajouter qu'« *un système de santé basé sur les soins de santé primaires [...] crée des conditions favorables à une prestation efficace des services aux groupes déshérités et exclus* » (OMS, 2003, p.115).

L'évaluation de la mise en œuvre de l'IB dans cinq pays africains en 1992 nous permet de constater qu'il subsiste différentes perceptions du concept qui sous-tend

⁸ Dans un article datant du début de la mise en œuvre de l'IB, l'ancien responsable du service IB de l'UNICEF nous rappelle ces huit principes, mais le ton impératif, voire condescendant qui est employé par l'un d'entre eux est peut être révélateur d'un état d'esprit de l'époque. En effet, le principe numéro 4, selon l'auteur, consiste en l'« adoption de principes [...] interdisant la prestation de service de santé gratuits dans les hôpitaux » (Paganini, 1991) p. 261, nous soulignons). Plus loin, il précise concernant l'accès aux soins des plus démunis « toutefois reste le problème de ceux qui refusent de se faire traiter parce qu'ils ne peuvent pas se permettre cette dépense » (p. 267, nous soulignons). En 2004, il semble voir les choses différemment puisqu'il dit que l'accès aux soins pour les plus pauvres devrait s'organiser par l'amélioration de l'accès, la réduction des coûts et des mécanismes de solidarité communautaire. Dans ce bilan, il ne dit cependant mot de cette utopie de la solidarité communautaire et de l'absence totale de tentative en ce sens (Paganini, 2004).

cette politique à travers le monde. Malgré cela, cette étude a tenté de donner une définition commune aux cinq pays où s'est déroulée la recherche, en fonction de la présence, minimale, des éléments suivants.

Tableau 1 : Éléments minimaux caractérisant l'IB

Caractéristiques	Buts	Éléments stratégiques
Financement communautaire	Amélioration de la qualité	Management, gestion
Participation communautaire	Meilleure accessibilité	Comptabilité
Étendue nationale		

Source : (Mc Pake, Hanson et al., 1992)

On le voit, contrairement aux SSP, l'initiative de Bamako est bien plus concrète et dépasse la simple intention énoncée par les chefs d'État et les grands bailleurs de fonds lors de la conférence d'Alma Ata : « *the BI has come to represent a set of guiding principles and specific measures* » (UNICEF, 1997, p.8). Techniquement, elle peut se traduire par le processus suivant. Au départ, un stock de médicaments essentiels génériques est offert gratuitement par les bailleurs de fonds au comité de gestion (issu de la population) du dispensaire⁹. Ces médicaments doivent ensuite être vendus aux usagers avec une marge bénéficiaire. Cette marge, ajoutée aux paiements effectués par les usagers pour les consultations, permet de racheter le stock initial de médicaments et d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services (primes au personnel, réfection des bâtiments, etc.). Nous soulignons le point n°7 de la figure 2 car il est trop souvent oublié, (nous le verrons dans le cas du Burkina), alors que les « historiens » de la santé publique africaine rappellent très bien que les surplus dégagés de la vente des médicaments de l'IB devaient financer les soins maternels et infantiles de même que l'accès gratuit pour les indigents (Van Lerberghe et de Brouwere, 2000) et les « *least well served* » (Lee et Goodman, 2002, p.100). Toutefois, il faut préciser que ce type de mécanisme existait déjà dans de nombreux pays avant les déclarations d'Alma Ata ou de Bamako. Au début des années 1980 des projets de ce type fonctionnent en Asie (Narangwal, Lampang, Bohol) et en Afrique (Pikine, Kasongo, Kinshasa, Pahou, Danfa, Kintampo, Kisantu, Machakos) (Chabot, 1988; Fassin et Gentilini, 1989; Van Lerberghe et de Brouwere, 2000; Knippenberg, Traore Nafu et al., 2003).

⁹ Velasquez (1989) souligne que le programme disposait de 180 millions de dollars américains pour aider à l'achat de médicaments essentiels de 1989 à 1991.

Ce qui était nouveau en 87 était la volonté de généraliser les micro-expériences à l'ensemble des pays de l'Afrique de l'Ouest¹⁰.

1.1.2 Les inquiétudes originelles :

Il faut d'abord préciser qu'il semble bien que l'initiative prise par l'UNICEF ait été une surprise pour la plupart des organisations internationales (Tejada de Rivero, 2003). Paganini (2004) vient même de dire, 15 ans après, que l'OMS était furieuse de ce lancement. Dès l'annonce de l'initiative de nombreuses inquiétudes sont apparues. Certaines voix se sont levées pour demander que les objectifs soient moins ambitieux puisque cette nouvelle politique ne se fondait que sur deux expériences « *it is dangerous to jump from two small projects to a multimillion dollar enterprise* » (Lancet, 1988, p.1177). De surcroît, ces expériences pilotes ne devaient leur succès qu'à la motivation particulière des cadres locaux (Benoist, 1991). D'autres étaient préoccupés par le fait que l'initiative, en focalisant ses activités sur l'accès (et le paiement) aux médicaments, risquait d'anéantir les efforts de rationalisation des prescriptions (Korte, Richter et al., 1992). Plus tard, quelques-uns ont aussi reproché à l'initiative d'accorder trop d'importance aux médicaments et donc au système curatif, car ils considéraient que la plupart des maux de l'Afrique devaient trouver une solution de nature préventive, se rapportant à la santé publique, à l'accès aux aliments ou encore à l'amélioration des conditions de vie. Ainsi, certains auteurs sont allés jusqu'à interpréter l'IB comme étant une stratégie des compagnies pharmaceutiques pour remettre le médicament dans une sphère plus privée (avec profits) que publique (étatique) (Turshen, 1999)¹¹. Mais les agitations primaires de la part de certaines organisations non gouvernementales et de quelques universitaires étaient principalement orientées sur les questions financières concernant aussi bien l'État et son probable désengagement que les usagers et leur capacité à payer ou encore l'utilisation des ressources générées par le paiement des services dans les centres de santé.

¹⁰ Il est fort intéressant de faire ici le parallèle entre l'organisation de l'IB au plan international et celle des politiques de santé concernant le traitement de la tuberculose (DOTS) et l'approche syndromique des maladies sexuellement transmissibles. Usant des théories portant sur l'émergence des politiques publiques, notamment celle de Kingdon dont nous parlerons plus loin, des auteurs viennent récemment de montrer que ces deux politiques ont suivi un processus à trois étapes, ou trois boucles (*loop*) : *bottom-up*, standardisation et formulation, *top-down* (Walt, Lush et al., 2004). Nous ne sommes pas loin, il faut le reconnaître, de l'image que nous laisse la mise en œuvre de l'IB en Afrique de l'Ouest.

¹¹ Turshen va jusqu'à avancer que le changement de directeur de l'OMS (de Mahler à Nakajima), n'est pas anodin dans l'appui de cette institution à l'IB. Alors que Mahler y était plutôt défavorable (notamment par peur de voir des sur-prescriptions médicamenteuses), Nakajima dont les relations personnelles avec les compagnies pharmaceutiques japonaises étaient connues, aurait favorisé l'initiative. Paganini (2004), quant à lui, s'interroge ouvertement sur l'impact de la mort de James Grant (alors directeur de l'UNICEF) concernant le fait qu'après 1996, l'institution réduit ses activités dans le domaine de la santé et perd soudainement l'occasion de tirer des leçons des expériences ayant eu cours entre 1987 et 1996.

L'IB donnait l'illusion qu'à la fin du soutien des bailleurs de fonds (prévue à l'époque en 93) les centres de santé gérés par les populations (avec cette vision idéaliste de la solidarité communautaire des sociétés traditionnelles (Benoist, 1991; Ouedraogo et Fofana, 1997)) — voire les gouvernements africains — allaient devenir financièrement autonomes (Kanji, 1989). Voilà pourquoi Chabot (1988) prévenait que l'enthousiasme des gouvernements africains à adhérer à l'IB découlait très certainement du fait que l'initiative éludait les questions de responsabilités et notamment celles des États et des ministères de la Santé. Les États pouvaient ainsi entrevoir la possibilité de réduire leur contribution au financement du secteur de la santé, ce qui constituait une inquiétude supplémentaire pour les détracteurs de l'IB (UNICEF, HAI et al., 1989).

Certains affirmaient que le pouvoir d'achat des populations risquait de limiter l'étendue de l'initiative et de réduire l'utilisation des services (Unger, Mbaye et al., 1990). D'autant que les rapports entre la santé et l'argent (rythme de dépenses, circonstances, montants) sont bien différents selon le choix du mode de soins (moderne *contre* traditionnel) de la part de la population (Benoist, 1991). En 1989, lors d'une conférence internationale sur le financement communautaire organisée en Sierra Leone, à la lumière des expériences d'ores et déjà en cours de réalisation, on s'inquiétait des conséquences sur les plus pauvres de cette politique de participation financière directe de la part des usagers des services de santé (UNICEF, HAI et al., 1989). En 1990, Soucat (avant de passer à l'UNICEF et la Banque mondiale) soutenait dans sa thèse de médecine qu'il fallait rester vigilants afin « *d'éviter que ce système ne glisse vers une approche trop gestionnaire qui ferait fi de la notion d'équité* » (Soucat, 1990, p. 153). La question de l'équité semblait en effet diviser la communauté internationale de santé publique, cette division étant, selon le responsable de l'époque de l'IB à l'UNICEF, fondée sur des *a priori*, idéologique (Paganini, 2004). La même année, une des premières études sur les expériences conduites montrait que le maintien du pouvoir d'achat des populations et la continuité dans le versement des salaires du personnel de santé de l'État étaient deux conditions *sine qua non* à la réussite de l'IB (Knippenberg, Levy-Bruhl et al., 1990).

En outre, aucune indication ne semblait avoir été donnée sur l'utilisation des fonds générés par la vente des médicaments et encore moins sur le processus de décision concernant l'emploi de ces nouvelles ressources (Chabot, 1988). Dans une analyse de la situation malienne au début des années 1990, Brunet-Jailly estime que dans ce pays, à l'époque, il était préférable de se concentrer sur la réduction des coûts plutôt que sur leur hypothétique recouvrement (Brunet-Jailly, 1992). L'organisation non gouvernementale *Save The Children* se préoccupait de l'enthousiasme exagéré de l'UNICEF à propos de la capacité des revenus tirés du paiement direct des usagers à financer les frais de fonctionnement des centres de santé (Smithson, 1994).

Quelques-unes de ces inquiétudes originelles trouvaient une réponse, rhétorique et encore très théorique, dans une lettre envoyée à la revue médicale *The Lancet* en 1989 par le *Deputy Manager of UNICEF's Bamako Initiative Management Unit* de New York, originaire du Ghana (pays d'origine d'un projet pilote de l'IB) (Ofosu-Amaah, 1989). Dans une conférence internationale, un autre fonctionnaire de ce service notait, à son tour, que l'autosuffisance des communautés n'était pas un objectif de l'IB et que le partenariat entre les donateurs, les collectivités et les gouvernements locaux devrait permettre le déploiement de ressources extérieures, indispensable à la mise en œuvre de l'IB, selon Paganini (1991). En ce qui concerne l'exclusion des plus démunis, l'auteur s'en remet, et nous verrons plus loin combien cette idée est utopique et de moins en moins vérifiée, à la solidarité communautaire pour leur prise en charge. Néanmoins, plus de deux lustres après l'expression de ces préoccupations quant aux effets de la mise en place de l'IB, il est temps de faire un bilan des résultats des diverses expériences menées en Afrique de l'Ouest. Nous en ferons de même pour le district étudié dans cette recherche dans le chapitre consacré aux résultats de la recherche. Entreprendre l'évaluation d'une politique après une mise en œuvre qui a été plus que décennale répond aux recommandations méthodologiques de certains spécialistes de l'étude des politiques publiques. Ces derniers préconisent un laps de temps relativement long (de cinq à dix ans, disent-ils) entre la phase de mise en œuvre et celle de l'évaluation de ses résultats (Sabatier, 1986).

1.2 Méthodologie de l'étude de l'état des connaissances sur les effets de l'IB

Cette section présente la manière dont nous avons procédé pour effectuer une étude de l'état des connaissances eu égard aux résultats de la mise en œuvre de l'IB. Il convient immédiatement de préciser qu'il ne s'agit aucunement d'une méta-analyse de type quantitative. Cela est impossible, essentiellement pour deux raisons. La première est que la qualité des données disponibles ne le permet absolument pas. La seconde est que les informations étudiées sont tirées d'expériences et de projets pour lesquels la mise en œuvre de l'IB se situe à des moments différents dans l'histoire de sa mise en œuvre. Il est donc impossible d'effectuer une comparaison rigoureuse. Aussi, nous avons opté pour le second idéal-type, selon Pawson (2002) des analyses systématiques de l'état des connaissances, l'approche narrative. Au-delà des nombreuses critiques que l'on peut faire à ce type d'approche, c'est la seule stratégie possible compte tenu des matériaux dont nous disposons pour porter un jugement sur les effets de l'IB.

1.2.1 Critères d'analyse des effets de l'IB

L'équipe du Centre for Health Economics de l'université de York propose les quatre critères suivants pour analyser les effets des politiques de santé : efficacité technique, efficacité dans l'allocation des ressources, équité et qualité (Witter, Ensor et al., 2000). Pour l'OMS, les critères à utiliser sont l'efficacité (de

l'allocation et technique), l'équité (dans l'accès et le financement) et la viabilité financière (Mc Pake et Kutzin, 1997), un autre document de l'institution ajoutant celui de l'acceptabilité (Kutzin, 1995). Dans son rapport annuel de 1999, l'OMS a utilisé les critères *d'efficacité* et *d'équité* pour proposer certaines caractéristiques fondamentales d'un système de santé permettant de tendre vers une couverture universelle des soins de santé (OMS, 1999a).

Aussi, au regard des principes directeurs de l'IB, en lien avec ceux des SSP qui visent à permettre un accès universel aux soins, nous croyons pertinent d'étudier les résultats de la mise en œuvre de l'IB sur le plan de son efficacité et de son équité, ainsi que l'OMS le préconisait dans son rapport annuel de 1999. On a souvent tendance à croire que dans l'IB l'objectif de l'équité était négligeable. Or, si le caractère efficace de l'IB était énoncé de façon claire, il faut rappeler avec force que celui de l'équité était également à l'origine mis en avant par ses promoteurs. Par exemple, lors de ce séminaire international de 1991 portant sur le financement communautaire en Afrique, on a dit que l'IB devait : « *satisfaire les besoins de santé de ceux qui n'ont toujours pas accès à des prestations de base* » (Paganini, 1991, p.258). En 1989, James Grant affirmait que la « *marge bénéficiaire de 50 à 75% au-dessus du coût initial [...] est tout de même suffisante pour prendre en charge les indigents* » (OMS/FISE, 1989a, p.5). Toujours selon ces deux organisations internationales, la proportion anticipée d'indigents à prendre en charge était estimée en 1989 de 25 à 30% (OMS/FISE, 1989b). La place de l'équité dans l'IB a été récemment évoquée par les promoteurs originels de l'initiative lors de la seconde réunion du groupe de travail sur cette politique publique. Les membres de ce groupe rappellent en effet que l'un des principes de l'IB est : « *d'assurer l'équité et promouvoir la solidarité* » (OMS/AFRO, 2000, p. 6).

L'hétérogénéité des recherches et des travaux disponibles ne permet malheureusement pas de distinguer aussi précisément que nous le voudrions les effets de la mise en place de l'initiative. Il n'existe pratiquement pas de données nous donnant la possibilité de connaître et de comparer son efficience (rapport entre les ressources et les effets).

1.2.2 Définitions opératoires des critères

Sans pour autant croire que la définition de l'efficacité est simple, celle de l'équité est beaucoup plus subjective car sa définition correspond à des valeurs propres à chaque société. Voilà pourquoi nous nous attardons, après avoir défini le concept d'efficacité, un peu plus sur la définition opératoire de la notion d'équité.

L'efficacité fait référence à la relation qui existe entre le processus (le programme IB) et les effets (les finalités de l'IB). Dans le domaine de l'évaluation de politiques, il s'agit essentiellement de vérifier en quoi les effets initialement visés (par l'IB) ont été concrètement atteints (Rheault, 1995; Ridde, 2004c). Cette

définition opératoire nous permet de comparer les effets de la mise en place de l'initiative entre les différents pays ou districts sur lesquels nous disposons des informations.

Il serait essentiel d'évaluer la mise en œuvre de l'IB au regard de ses effets sur des mesures vitales (*outcomes*) plutôt que de se limiter à des critères plus directs (*outputs*). Cependant, dans l'état actuel des connaissances et compte tenu des données probantes disponibles, il est impossible de réaliser une telle analyse. Un récent document de la Banque mondiale cherche à montrer que la mise en œuvre de l'IB durant 12 ans au Bénin et en Guinée et sept ans au Mali a produit des effets positifs sur la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile ainsi que sur les écarts entre les plus pauvres et les autres (Knippenberg, Traore Nafu et al., 2003). Cependant, établir ainsi un lien de causalité nous paraît un peu hasardeux et rapide puisqu'aucune explication n'est donnée. Il est donc raisonnable de douter que la seule politique de l'IB, surtout en sept ans au Mali, puisse être tenue responsable de ces résultats. En outre, ce rapport a été écrit par des cadres de la Banque mondiale qui étaient auparavant les responsables à l'UNICEF de la mise en place de l'IB dans ces pays. De plus, toutes les études critiques semblent avoir été écartées de l'analyse puisqu'aucune n'est fournie dans la bibliographie.

Ainsi, la définition de l'équité que nous allons proposer n'est pas appliquée à celle concernant l'état de santé des populations¹² mais plutôt au système de santé.

Dans ce cas, l'équité peut s'entendre sous l'angle de l'utilisation des services ou sous celui des modes de financement (Mc Pake et Kutzin, 1997). Ces deux concepts nous semblent indissociables tant le second est bien souvent un déterminant du premier.

Selon la définition de l'équité que nous retenons concernant l'utilisation des services, l'accès aux services de santé doit exclusivement se fonder sur les besoins des individus et non sur des considérations ethniques, économiques, politiques ou sociales (WHO, 1998). Les déterminants de l'utilisation sont nombreux (géographique, culturel...) et les capacités économiques des ménages ne sont pas les seuls facteurs influençant l'accès aux soins. Les coûts d'opportunité sont parfois prépondérants. Mais il n'en demeure pas moins que le paiement des soins constitue une barrière à leur accès (Creese et Kutzin, 1997). Par exemple au Zaïre, de 18% à 32% de la baisse de l'utilisation des services entre 1987 et 1991 serait due au coût des soins (Haddad et Fournier, 1995). Voilà pourquoi nous pensons que dans le cadre de l'IB, l'équité d'accès aux soins est un corollaire de l'équité du financement des services. Autrement dit, sans un financement équitable, au sens

¹² Pour une analyse de ce type concernant les SSP, voir (Dugbatey, 1999) confirmant des données ivoiriennes, entre autres, à propos de l'impact de certaines politiques publiques (Duncan, Lavy et al., 1996).

que nous allons lui donner dans les prochaines lignes, l'iniquité dans la fréquentation des centres de santé perdurera.

Le financement, et notamment l'utilisation des revenus résultant du paiement direct des usagers organisée suivant le processus d'implantation de l'IB, doit rendre l'équité d'accès aux soins grâce à une juste redistribution des revenus permettant ainsi aux indigents de bénéficier des services de première ligne. La mise en place des frais aux usagers et les marges de profit réalisées sur la vente des médicaments sont des outils de l'initiative de Bamako, mais ils doivent être, selon nous, utilisés pour accroître l'accès aux soins des plus démunis. L'OMS et l'UNICEF ont explicité ce mécanisme (figure 2) en faveur des indigents dans les deux premiers bulletins d'information sur l'IB (OMS/FISE, 1989b, 1989a). Il ne semble pas y avoir de contre-indication culturelle à la demande de paiement en Afrique, mais l'individualisme que crée le paiement direct de l'utilisateur doit être contrecarré par des mesures de juste redistribution (van der Geest, 1992). Pour reprendre les théories de philosophie contemporaine, cette notion correspond à celle de la théorie de la justice, au sens où John Rawls (1993) l'entend. C'est-à-dire qu'en suivant le principe du « maximin », les ressources de la société doivent être utilisées pour améliorer la situation des plus pauvres et accroître leur possession de biens de première nécessité (Rice, 1998). En fait, ce principe correspond à l'équité verticale et à l'application d'une discrimination positive en faveur des plus pauvres (Mooney, 1999). La recherche de l'équité horizontale serait aussi opportune, compte tenu du fait que l'IB instaure des modalités de paiement à caractère privé. Le paiement direct est la plupart du temps régressif, puisqu'il n'est pratiquement jamais calculé en fonction de la capacité de payer des populations. Il peut également être très différent d'un centre de santé à l'autre dans un même district sanitaire. Ainsi, pour une même capacité à payer, certains payeront plus que d'autres, ce qui va à l'encontre de l'équité horizontale.

L'équité revient à créer les conditions nécessaires (en réduisant les effets de facteurs considérés comme injustes et évitables (Whitehead, 1990)) pour éventuellement amener au plus bas niveau les écarts de santé entre les individus d'une même population, d'un même district sanitaire africain, en rendant l'utilisation et le financement des services de santé plus équitables. Dit autrement : *« levels of health experienced by those who are most socially advantaged can suggest what is possible for everyone »* (Braveman, 2003, p.185).

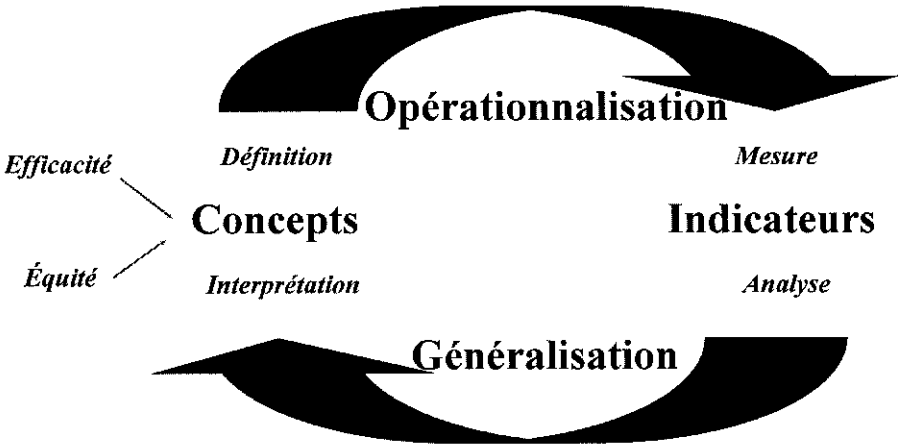
1.2.3 Indicateurs retenus

L'analyse que nous proposons dans les prochaines lignes cherche à préciser dans quelle mesure la mise en œuvre de l'IB, dans les divers pays de l'Afrique de l'Ouest sur lesquels nous possédons des informations fiables, a été tout autant efficace qu'équitable. L'efficacité et l'équité sont analysées au moyen de données secondaires issues de la littérature grise ou scientifique, publiée ou non. Les données fournies par ces documents ont été évaluées selon des critères

scientifiques de rigueur et d'exactitude. Au besoin, certains calculs ont été vérifiés ou effectués. Les données qui ne répondaient pas à ces critères ont été écartées de cette analyse de type narrative.

Nos deux critères (efficacité et équité) sont illustrés par un certain nombre d'indicateurs objectifs choisis en fonction de leur capacité à renseigner ces derniers et en fonction de leur présence dans les données secondaires. Ces indicateurs sont présentés dans le tableau 2 et permettent le passage d'une formulation abstraite de nos deux concepts à une observation concrète (figure 3). Celle-ci s'effectuera à l'aide d'indicateurs vus comme des instruments de mesure (Gauthier, 1997) et utilisés comme des points de repère dans l'appréhension du phénomène que nous étudions (Saucier et Brunelle, 1995).

Figure 3 : Schématisation du passage des concepts aux indicateurs



Source : (Gauthier, 1997)

Tableau 2 : Critères et indicateurs d'analyse

CRITÈRES		EFFICACITÉ		ÉQUITÉ	
	Indicateurs	Définition	Indicateurs	Définition	
INDICATEURS	Vaccination	Nombre d'enfants vaccinés/population cible	Répartition inter-régionale des ressources	Répartition géographique des ressources financières, matérielles et humaines	
	Consultation prénatale	Nombre de consultations/population de femmes en âge de procréer	Utilisation des services	Selon certaines caractéristiques/besoins (malades, pauvres, enfants...)	
	Utilisation des services curatifs	Nombre de nouvelles consultations curatives/Population de l'aire de santé	Mesures d'exemption	Utilisation et connaissance de la gratuité des services par les pauvres, solidarité traditionnelle...	
	Recouvrement des coûts	Recettes propres/Dépenses de la FS (+/- amortissement, salaires...)	Perception de la qualité des services	Perception différente selon les statuts des utilisateurs (pauvres...)	
	Accès aux médicaments essentiels	Accessibilité géographique et financière aux médicaments essentiels	Participation des groupes vulnérables	Participation au processus d'élection, de gestion... des comités de santé	
	Participation de la population	Participation aux instances dirigeantes, connaissances des membres du comité de santé...	Utilisation des fonds recueillis	Utilisation prioritaire pour améliorer l'accès aux soins	
				Prix des médicaments	Établissement des prix selon les capacités financières des populations

Source : auteur

1.3 Effets actuels de l'IB

Dans un premier temps nous présentons les résultats relatifs à l'efficacité puis, dans un second temps, ceux relatifs à l'équité. Les informations détaillées sont fournies dans les pages qui suivent. Cependant, dans le but de favoriser une lecture analytique de ces résultats des effets positifs du point de vue de l'efficacité et non de l'équité, un tableau résume au début de chaque section les données disponibles. Une colonne du tableau précise le lieu des études analysées ainsi que la date de publication.

Tableau 3: Résumé de l'état des connaissances à propos des indicateurs d'efficacité de l'IB

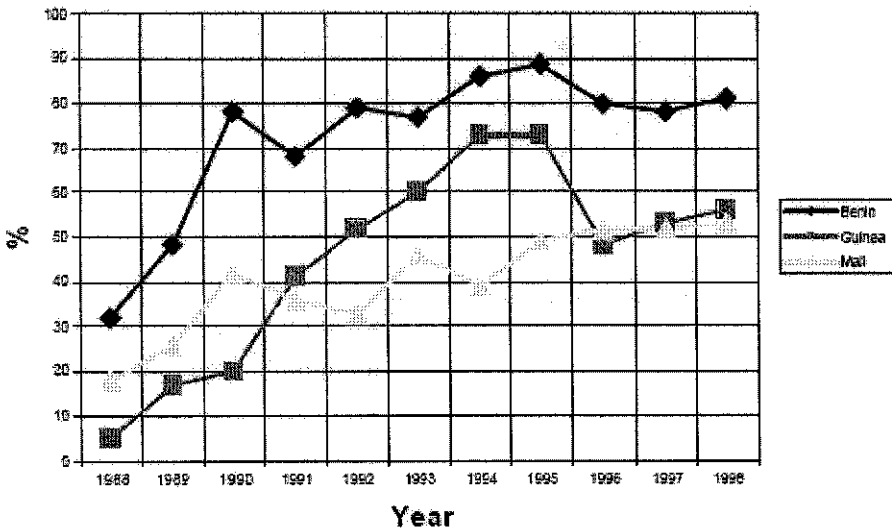
Indicateurs	Définition	Lieux et années de publication	Résumé des effets
Vaccination	Nombre d'enfants vaccinés/population cible	Bénin, Guinée (1997, 2003) Sénégal (1997) Mauritanie (2000) Zambie (2001) Mali (2003), Nigéria (2004)	Accroissement des taux de vaccination et des activités vaccinales
Consultation prénatale	Nombre de consultations/population de femmes en âge de procréer	Bénin, Guinée (1997) Sénégal (1997) Nigéria (2004)	Accroissement des taux d'utilisation
Utilisation des services curatifs	Nombre de nouvelles consultations curatives/Population de l'aire de santé	Bénin, Guinée, Sénégal (1997) Togo (1999), Madagascar (2000) Guinée, Burkina, Zambie (2001) Niger (2002), Nigéria (2004)	Pas de tendance partagée par l'ensemble des pays
Recouvrement des coûts	Recettes propres/Dépenses de la FS (+/- amortissement, salaires...)	Bénin, Guinée (1997) Mali (1997, 1999) Nigéria (1996), Sénégal (1997) Mauritanie (2000) Niger (2002)	Faible recouvrement des coûts
Accès aux médicaments essentiels	Accessibilité géographique et financière aux médicaments essentiels	Bénin, Cameroun, Congo, Guinée, Mali, Mauritanie, Sénégal, Zambie (1997) Bénin, Kenya, Zambie (2000) Mali (1999, 2003) Burkina Faso (1999, 2000) Mauritanie (2000) Nigéria (2002)	Amélioration de l'accès géographique avec néanmoins encore certaines ruptures de stocks
Participation de la population	Participation aux instances dirigeantes, connaissances des membres du comité de santé...	Bénin, Guinée (1997) Mali (1997, 1999) Nigéria (1996, 2004) Sénégal (2000, 2002)	Faible participation communautaire

Source : compilation par l'auteur

1.3.1 Les indicateurs d'efficacité

La vaccination est une composante essentielle du paquet minimum de soins organisé dans le cadre de l'IB. Les données disponibles tendent à montrer que la mise en place de l'IB a été efficace pour accroître les taux de vaccination des enfants. Au Bénin, le taux d'enfants complètement vaccinés avant l'âge d'un an est passé de 19% en 1988 à 58% en 1993. Pour la Guinée ce taux a été de 63% en 1993 alors qu'il n'avait été que de 5% en 1989 (Knippenberg, Soucat et al., 1997). La figure suivante présente les données vaccinales en DPT3¹³ pour ces deux pays et pour le Mali entre 1988 et 1998.

Figure 4 : Évolution de la couverture vaccinale au Bénin, en Guinée et au Mali



Source : (Knippenberg, Traore Nafu et al., 2003)

Au Sénégal, la disponibilité des ressources¹⁴ nécessaire à la mise en œuvre du PEV s'est accrue entre 1992 et 1995, passant de 69% à 82%, ce qui n'a pas permis d'élever les taux d'utilisation du PEV, restant stable sur la même période autour de 60% (Diallo, Fall et al., 1997). Au Sud-Est du Nigéria les taux de vaccination pour la polio et la rougeole sont passés respectivement de 20,30 pour 10 000 personnes et 17,10 en 1989 à 60 et 45,30 en 2001 (Uzochukwu, Onwujekwe et al., 2004a). En Zambie, tandis que les soins deviennent payants et que les vaccinations restent gratuites, le taux de vaccination contre la rougeole s'accroît de manière importante, passant de 50 pour 10 000 enfants en 1993 à 75 en 1997 (Blas et Limbambala, 2001). En Mauritanie, l'introduction du recouvrement des coûts dans le cadre de l'IB a été accompagnée d'une augmentation des activités de vaccinations de près de 30%. Bien que le lien de causalité ne soit pas formel, il semble que cet

¹³ Trois doses du vaccin associé antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux.

¹⁴ Pourcentage de temps pendant lequel les ressources sont disponibles.

accroissement soit dû au fait que les activités préventives sont restées gratuites, que le nombre de personnes fréquentant les centres de santé a augmenté et enfin que le « rendement » des activités préventives a été utilisé comme un des critères pour l'allocation des primes au personnel de santé (Audibert et Mathonnat, 2000).

À propos des consultations prénatales (CPN), la tendance est la même que pour les taux de vaccination. Malgré le peu de données disponibles, on note une certaine évolution positive en faveur de l'accroissement des CPN. Au Bénin, le taux d'utilisation a été de moins de 5% en 1988 et de 43% en 1993. En Guinée, alors qu'il a été de 3% en 1988, il a atteint 51% en 1993 (Knippenberg, Soucat et al., 1997)¹⁵. Bien que les ressources disponibles destinées aux CPN aient légèrement chuté d'une quinzaine de points au Sénégal, passant de 93% en 1992 à 77% en 1995, les taux d'utilisation ont presque doublé passant de 37% à 60% au cours de la période (Diallo, Fall et al., 1997). Au Nigéria, les taux ont augmenté de manière très importante, passant de 22 pour 10.000 personnes en 1989 à 95 en 2001 (Uzochukwu, Onwujekwe et al., 2004a).

L'un des indicateurs les plus utilisés pour analyser l'évolution des systèmes de santé dans les pays du Sud est celui du taux d'utilisation des services curatifs. Les études ne convergent pas toutes dans le même sens. Autant l'IB semble avoir été utile pour élever les taux d'utilisation dans certains pays, autant la mise en place de la politique a pu avoir des conséquences parfois néfastes dans d'autres contrées. Au Bénin, ce taux est passé de 0,09 à 0,24 nouvelle consultation par habitant et par an entre 1988 et 1993 tandis qu'en Guinée il a évolué de 0,05 à 0,34 durant la même période (Knippenberg, Soucat et al., 1997). Au sein de quatre régions sanitaires du Nigéria, l'utilisation des services curatifs en raison d'accès palustres s'est accrue de manière importante à la suite du démarrage de l'IB en 1993 (Uzochukwu, Onwujekwe et al., 2004b). Dans la province de Tuléar à Madagascar, la mise en œuvre des préceptes de l'IB a favorisé, notamment grâce à la disponibilité régulière des Médicaments Essentiels Génériques (MEG), l'élévation du taux d'utilisation de 0,17 en 1997 à 0,33 nouvelle consultation par habitant et par an en 1999. Toutefois, l'auteur indique que ce taux semble actuellement stagner et demeure relativement bas (Kerouedan, 2000). L'application des principes de l'IB dans la région centrale du Togo a entraîné, dans les cinq centres de santé concernés, l'accroissement des taux d'utilisation de manière substantielle ; dans trois d'entre eux, ce taux a plus que doublé (Pangu, Aflagah et al., 1999). Alors que la Guinée s'est engagée dans la mise en œuvre de l'IB depuis 1988, une étude auprès de quatre centres de santé d'une préfecture de Guinée Forestière révèle que les taux d'utilisation des services varient de 0,24 à un maximum de 0,52 (Fournier, Augoyard et al., 2001). Des données issues de 27 districts en Zambie (50% de la population) montrent qu'après

¹⁵ Malgré cela, une étude dans le centre de référence nationale béninois en néonatalogie montre que plus de la moitié (60,2%) des nouveau-nés de leur échantillon naissent avec un problème de santé bien que cette proportion se réduise avec le nombre de CPN effectuées par la mère (Diallo, Camara et al., 2000).

la mise en œuvre d'une réforme inspirée de l'IB, la chute des taux d'utilisation a été de près de 35% entre 1993 et 1995. Le taux est passé de 0,35 en 1993 à 0,21 en 1997 (Blas et Limbambala, 2001). Au Burkina Faso, tout le monde s'accorde à dire que, nonobstant quelques exceptions régionales, l'utilisation des services curatifs a subi une chute brutale au cours des dernières années. De 0,32 en 1986, le taux a diminué à 0,17 nouvelle consultation curative par habitant et par an en 1997 (Bodart, Servais et al., 2001). Dans le district de Tilabéry, au Niger, la mise en œuvre d'un programme de recouvrement des coûts suivant les directives de l'IB a eu pour effet de réduire de 41% le nombre de patients dans huit centres de santé (Meuwissen, 2002). Le taux d'utilisation des consultations curatives primaires de 494 postes de santé sur les 717 existant au Sénégal en 1995 a évolué en dents de scie. La tendance depuis 1993 serait même à la baisse comme le montre le tableau suivant (Diallo, Fall et al., 1997).

Tableau 4 : Évolution du taux d'utilisation des consultations curatives primaires au Sénégal

	1992	1993	1994	1995
Semestre 1		36	29	24
Semestre 2	37	52	39	

Source : (Diallo, Fall et al., 1997)

Concernant l'efficacité financière¹⁶ et notamment le taux de recouvrement des coûts, il est aisé de constater que la politique n'a pas véritablement réussi à augmenter la viabilité financière des centres de santé. L'autonomie financière est encore un rêve et les subsides de l'État et de ses partenaires encore indispensables. L'étude réalisée par Agnès Soucat et ses collègues nous permet de savoir qu'en 1993 au Bénin, le ratio moyen de recouvrement de la totalité des coûts (y compris salaires et coûts financés par les donateurs) était de 60%. Autrement dit, le financement de la communauté couvrait 60% des coûts totaux de fonctionnement des centres de santé. Le ratio médian est passé de 50% en 1989 à 65% en 1993, soit une augmentation de 15 points. En Guinée, le taux moyen était plus faible, il était de 40% en 1993. Le taux médian a diminué, quant à lui, de 44% en 1990 à 40% en 1993, soit une baisse de 4 points (Soucat, Levy-Bruhl et al., 1997). Au Mali, une étude des résultats d'exploitation de 30 centres de santé a montré que si 26 d'entre eux étaient bénéficiaires lorsqu'aucun amortissement n'était pris en compte, seuls deux sur les 30 conservaient un résultat positif en amortissant toutes les charges nécessaires au bon fonctionnement (bâtiment, mobilier, équipements...) (Blaise,

¹⁶ La Banque Mondiale vient récemment de faire l'apologie du paiement direct et de l'IB comme solution intéressante pour la mobilisation des ressources au niveau des formations sanitaires (tout en reconnaissant l'impact négatif sur l'utilisation des services et l'appauvrissement possible des plus pauvres), mais aucune donnée n'est fournie quant au rapport avec les dépenses de ces mêmes formations (Banque mondiale, 2003).

Kegels et al., 1997). Dans la capitale, à Bamako, une étude a prouvé que sur neuf centres de santé communautaire étudiés (25% des centres de la capitale), sept étaient bénéficiaires et le taux de recouvrement moyen de la totalité des coûts pour les neuf était de 106,03% (Robin et Decam, 1999). L'expérience nigériane semble montrer que les surplus financiers étaient à peine suffisants pour prendre en charge les menues dépenses (essence, papier...) (Ogunbekun, Adeyi et al., 1996). Globalement, les comptes de résultats des 494 postes de santé étudiés en 1995 au Sénégal demeuraient positifs dans la mesure où les *salaires étaient payés par le gouvernement* et les vaccins et autres médicaments pour soigner certaines maladies cibles étaient fournis gratuitement (Diallo, Fall et al., 1997). Cependant, il est important de rappeler que les dépenses récurrentes hors salaire comptent généralement pour moins de 30% en moyenne de l'ensemble des coûts du secteur de la santé (Arhin-Tenkorang, 2000). L'expérience de la Mauritanie a montré que l'IB a multiplié les ressources accessibles au niveau régional par une moyenne de trois et au niveau des centres de santé par six, mais celle-ci variant très fortement d'une région à l'autre. Notons que cette augmentation n'a pas été accompagnée, contrairement à d'autres pays, par une diminution de la part du budget étatique consacré au secteur de santé (passant de 1,9% à 2,6% du PNB de 1993 à 1995). C'est ainsi que les établissements, en plus du recouvrement des coûts, ont vu leur budget public croître de 33%, dont 60% serait dû au paiement des frais par les usagers (Audibert et Mathonnat, 2000). Dans un district soutenu par la coopération hollandaise au Niger, si le taux de recouvrement des coûts est en moyenne de 85% et très variable d'un dispensaire à l'autre (de 48% à 116%), il faut préciser, et cela est essentiel, que l'ensemble des coûts n'est pas pris en compte dans le calcul, notamment les plus importants tels que la supervision (salaire et transport), les frais d'acheminement des médicaments, les coûts de formation, etc. (Meuwissen, 2002).

La situation de l'accessibilité aux médicaments essentiels est globalement favorable d'un point de vue géographique. Les médicaments sont maintenant plus près des populations. Cependant, trop peu de données sont disponibles pour affirmer que l'IB a été utile pour améliorer l'accessibilité financière. Une enquête menée parallèlement au Bénin, au Kenya et en Zambie en 1995/1996 a montré que la mise en œuvre de l'IB a amélioré l'accès aux médicaments essentiels dans les deux premiers pays tandis qu'elle n'a pas changé la situation du dernier (Gilson, Kalyalya et al., 2000). La pharmacie populaire du Mali, perdant son monopole d'importation en 1990, importe majoritairement des médicaments essentiels génériques (MEG) puisqu'ils composaient 92% de son chiffre d'affaire en 1997 par rapport à seulement 20% en 1994. Sur le marché privé, ces médicaments constituaient 33% de la valeur totale des ventes (MSSPA, 1999). A la fin des années 1990 dans ce même pays, on a découvert que l'utilisation de ces médicaments génériques réduisait de près de 30% le coût du traitement. De plus, après avoir contrôlé les quantités et les types de médicaments achetés, les coûts d'achat demeuraient 68% plus élevés dans les pharmacies privées que dans les formations sanitaires publiques (Maiga, Haddad et al., 2003). Une recherche dans

la région de Nouna au Burkina Faso a montré que la politique de MEG a amélioré tant l'utilisation que l'acceptation des MEG par la population. Ainsi, 82% des médicaments prescrits dans les CSPS ont été achetés dans les dépôts locaux et l'observance médicamenteuse a été de plus de 60% (Krause, Borchert et al., 1999). Au Cameroun, l'accès aux MEG a été une priorité à l'occasion de la mise en œuvre de l'IB comparativement aux autres composantes de la politique. Néanmoins, cela n'a pas empêché, comme dans sept autres pays de la région, de faire face à des ruptures importantes de stocks mettant ainsi en péril la crédibilité de l'IB (UNICEF, 1997). Une enquête de la coopération allemande dans six districts au Burkina Faso a rapporté que 62% des formations sanitaires n'étaient pas encore équipées de dépôts de médicaments essentiels en l'an 2000 (GTZ, 2000b). En Mauritanie, l'augmentation de l'utilisation des centres de santé aurait largement profité de la baisse importante des coûts des traitements depuis la mise en œuvre de l'IB. Alors qu'au début des années 1990 le coût moyen d'un traitement était de 1 000 ouguiya, en 1994 (un an après la généralisation de l'IB), il variait entre 140 et 200 ouguiya selon les districts. Toutefois, il faut préciser que l'approvisionnement en médicaments essentiels demeurait encore aléatoire et que certains établissements ont eu à subir des ruptures de stocks en 1996, essentiellement provoquées par des difficultés au niveau central (Audibert et Mathonnat, 2000). Au Nigéria, la mise en œuvre de l'IB à partir de 1993 a largement accru l'accès aux médicaments essentiels génériques dans les centres de santé qui ont adopté l'IB comparativement aux autres. La moyenne du nombre de MEG était de 35,4 dans les centres IB (n= 21) contre 15,3 dans les autres (n= 12; p<0,005). En revanche, la qualité des prescriptions, jugée à l'aide du nombre moyen de médicaments par ordonnances était médiocre (5,3 contre 2,1; p<0,05) (Uzochukwu, Onwujekwe et al., 2002). Autrement dit, les bénéfices que les patients auraient tirés de la réduction des coûts résultant de l'achat de MEG ont été anéantis par des pratiques irrationnelles de prescriptions. L'une des explications à ce phénomène est peut être à trouver dans la relation étroite qui subsiste entre le financement des formations sanitaires (et des agents ?) et la quantité de médicaments prescrits.

La participation de la population à la gestion des centres de santé est l'un des aspects essentiels de l'IB. En dehors du fait que cette participation est mal définie et souvent confondue avec la participation financière, de nombreux problèmes subsistent. Cette notion constitue un obstacle essentiel à la mise en œuvre de l'IB (Deschamps, 2000). Les études semblent parfaitement montrer que les populations ne sont encore que très rarement parties prenantes des décisions. La participation communautaire est réduite à la partie congrue. Par exemple, au Bénin et en Guinée, l'UNICEF a relevé que très peu de personnes connaissaient l'existence ou le rôle de leurs représentants aux comités de gestion (UNICEF, 1997). La grande majorité des personnes interrogées (78%) lors d'une enquête au Mali ont affirmé ne pas avoir été associées aux décisions prises par l'association de santé communautaire (ASACO) (Nzapayeke, 1997). La mobilisation communautaire, notamment pour ce qui a trait aux soins de santé maternelle, demeure relativement sclérosée au Nigéria

et la mise en place de l'IB n'a rien changé à cela (Ogunbekun, Adeyi et al., 1996). Au Mali, le manque de compétences en matière de gestion financière est un problème récurrent pour les opérateurs qui désirent appuyer les comités de gestion dans l'organisation des centres de santé communautaires (Ambassade royale des Pays-Bas, 1999). Au Sénégal, un récent bilan du fonctionnement du comité de santé d'un centre hospitalier régional est désastreux. Le comité ne dispose pas de représentant de la population, sa composition étant essentiellement le reflet d'une « *discrimination politico-religieuse* » (Ndiaye, Tal-Dia et al., 2002, p. 386), nous disent les auteurs sénégalais de cette étude. En 15 ans, les membres du comité sont restés les mêmes. Au Nigéria, on a montré que les membres de la communauté ne participaient pas à la gestion financière des revenus issus du paiement direct à la suite de l'organisation de l'IB. Il en est de même quant aux décisions en matière de santé (Uzochukwu, Akpala et al., 2004). Didier Fassin a bien montré comment les comités de santé de Pikine, au Sénégal, n'étaient finalement que des miroirs des jeux politiques locaux où le chef de quartier, cumulant les fonctions politiques et administratives, luttait avec les chefs d'autres clans pour prendre le contrôle du comité, lui procurant ainsi un pouvoir symbolique (affirmer son hégémonie) et matériel (utilisation discrétionnaire des ressources) (Fassin, 2000b). Jaffrè et ses collaborateurs (2002) ont fait les mêmes constatations sur la détention du pouvoir. Ils ajoutent que si les sociétés rurales sont caractérisées par l'interconnaissance, favorable à la mise en place des comités de santé, l'existence de telles relations demeure illusoire dans les villes africaines.

1.3.2 Les indicateurs d'équité

L'évaluation de la mise en place de l'IB dans huit pays africains réalisée par l'UNICEF entre 1995 et 1997 a conclu que le problème de l'équité demeurerait irrésolu tant d'un point de vue individuel (l'accès aux soins pour les indigents) que collectif (la capacité d'une communauté à auto-financer les coûts récurrents des centres de santé primaires) (UNICEF, 1997). Le tableau à la page suivante dresse une synthèse de l'état des connaissances à ce propos. Les détails sont présentés ensuite.

Tableau 5 : Résumé de l'état des connaissances à propos des indicateurs d'équité de PIB

Indicateurs	Définition	Lieux et années de publication	Résumé des effets
Répartition inter-régionale des ressources	Répartition géographique des ressources financières, matérielles et humaines	Burkina Faso (1999) Mali (1999, 2001) Sierra Leone (1999) Bénin (2001)	Des disparités d'accès aux centres de santé d'une région à l'autre
Utilisation des services	Selon certaines caractéristiques/besoins (malades, pauvres, enfants...)	Bénin (1997, 2005) Kenya, Guinée, Mali (2000) Côte d'Ivoire (2002) Burkina Faso (1998, 2003, 2004)	Utilisation des services de santé moins importante pour les plus pauvres que pour les autres
Mesures d'exemption	Utilisation et connaissance de la gratuité des services par les pauvres, solidarité traditionnelle...	Sénégal, Nigéria (1996) Mali (1995, 1997) Bénin (2000), Bénin, Kenya, Zambie (2000) Zambie (1995, 2000) Burkina Faso (2001, 2003) Ouganda, Nigéria (2002) Nigéria (2004)	Absence ou inefficacité des mesures d'exemption
Perception de la qualité des services	Perception différente selon les statuts des utilisateurs (pauvres...)	Bénin, Kenya (2000) Côte d'Ivoire (2001, 2002) Niger, Sénégal (2002)	Perception de la qualité plus négative par les plus pauvres
Participation des groupes vulnérables	Participation au processus d'élection, de gestion... des comités de santé	Kenya (2000) Mali (1999)	Absence de participation des plus pauvres et des femmes
Utilisation des fonds recueillis	Utilisation prioritaire pour améliorer l'accès aux soins	Sénégal (1996, 1997) Togo (1999), Kenya (2000) Burkina Faso (1999, 2000, 2003)	Tendance à la thésaurisation
Prix des médicaments	Établissement des prix selon les capacités financières des populations	Sénégal (1996) Burkina Faso (1997, 1999) Sierra Leone (1999) Madagascar (2000)	Prix parfois encore élevés des médicaments et absence de prise en compte des capacités financières

Source : compilation par l'auteur

Le problème de l'équité interrégionale commence à se poser dans les pays où la « revitalisation » des dispensaires (augmentation de l'accessibilité géographique) est bien avancée. Assurément, il subsiste une différence d'accès aux services de santé d'une région à l'autre au sein d'une même contrée. Au Burkina, ce risque de disparités entre les centres de santé (CSPS) actifs et dynamiques et les autres inquiétait déjà les responsables au démarrage de l'IB (Meunier, 1999). Nous pensons notamment au Mali où les centres de santé communautaire (CSCOM) jouissant d'un bassin de population dense et plutôt riche sont financièrement bénéficiaires et arrivent même à recruter et à payer leurs agents de santé. A l'opposé, certains centres demeurent démunis, car dans l'impossibilité technique de subvenir à leurs besoins en financement. Les plus riches disposent de la possibilité de recruter un infirmier, de lui faire signer un contrat et ainsi d'être en mesure de mieux « contrôler » la qualité de ses prestations. Les plus pauvres se retrouvent donc avec des centres sous-équipés, dépendant de l'État (qui s'est en principe engagé à les doter de subventions) et de ses fonctionnaires (qui ne souhaitent pas toujours se rendre dans ces centres) et financièrement non viables. Cette distinction s'opère principalement entre les CSCOM urbains et ceux du milieu rural. Par exemple, si les 35 CSCOM de Bamako ont la chance de disposer d'un médecin, les CSCOM ruraux¹⁷ se trouvent contraints de se « contenter » d'un infirmier comme seul prescripteur médical (Balique, Ouattara et al., 2001). Dans ce même pays (Mali), une étude du projet développé par la coopération néerlandaise dans quatre cercles (districts) de la région de Ségou a montré que les tarifs moyens étaient très variables d'un district à l'autre et ce, sans aucun fondement objectif (Ambassade royale des Pays-Bas, 1999). Si le Bénin est cité en exemple et a réussi à atteindre un certain niveau d'équité dans l'organisation de l'IB, c'est en partie parce que le gouvernement et les bailleurs de fonds ont continué à financer copieusement les centres de santé. La totalité des salaires et une partie des frais de supervision restent financés par l'État (Gilson, Kalyalya et al., 2001). En Sierra Leone, alors que les habitants des zones éloignées sont plus pauvres que la moyenne générale et qu'ils sont de surcroît plus distants des centres de santé publics, ils se trouvent dans l'obligation d'utiliser des services de santé non gouvernementaux plus onéreux (Fabricant, Kamara et al., 1999).

Concernant l'utilisation des services, il semble évident à l'aune des données disponibles que les plus pauvres utilisent moins les services de santé que les plus riches. Une enquête réalisée auprès des ménages béninois au début des années 1990 dans le cadre de l'organisation de l'IB dans ce pays nous apprend qu'un tiers de ceux souffrant de maladies et n'ayant pas utilisé les services de santé IB, affirmait que cela était dû à des raisons financières. En revanche, il semble que le même pourcentage de non utilisateurs (pour des raisons financières ou de mauvaise

¹⁷ mis à part les CSCOM faisant partie de programmes spécifiques, comme les 32 bénéficiant de l'expérience des médecins de campagne. En 1999, il y avait 312 CSCOM en zone rurale au Mali (Balique, Ouattara et al., 2001).

qualité des services) et d'utilisateurs (des services curatifs) ne fréquentent pas les services préventifs (75%). Ce qui laisse à penser que les familles exclues pour des raisons financières des services curatifs ne l'étaient pas pour les services préventifs. En outre, selon l'enquête, les pauvres utilisaient plus les services de santé que les riches et l'exclusion pour des raisons financières était du même ordre dans les trois catégories socio-économiques (un tiers). Si le graphique donné par les auteurs paraît soutenir cette affirmation, nous ne disposons pas de données détaillées. En revanche les auteurs précisent que l'un des groupes vulnérables, les enfants de moins de cinq ans, utilisaient plus les services de santé (0,55 nouvelle consultation par enfant et par an) que la population en général (0,3) (Soucat, Gandaho et al., 1997). En Côte d'Ivoire, les malades les plus pauvres ont eu recours aux soins modernes d'une façon moins importante que les malades les plus riches (54% contre 67,7%). De plus, pour les plus pauvres considérant leur maladie comme grave ou très grave, un tiers n'a pas eu accès à des soins modernes tandis que pour les autres catégories sociales, les taux varient de 16,3% à 24,4% (Gobbers, 2002). Au Kenya, les pauvres utilisent les services organisés par l'IB (pharmacie et agents de santé) d'une manière moins importante que le reste de la population, que ce soit pour consulter ou pour se procurer des médicaments (Gilson, Kalyalya et al., 2000). Au Bénin, les indigents utilisent moins les centres de santé que les autres (20% contre 26,3%, $p < 0,001$) et sont plus indifférents (aucun recours aux soins) à leur maladie (Ouendo, Makoutode et al., 2005). Dans les quartiers défavorisés de Bamako, 45% des malades ne sont pas en mesure d'accéder aux services de santé et se retrouvent dans l'obligation de se soigner à la maison (automédication) (Juillet, 2000). Dans la capitale de la Guinée, les auteurs d'un article concernant l'IB et la pauvreté notent que les pauvres utilisent moins les services de CPN que les non pauvres. De surcroît, ils constatent que plus de deux fois plus de pauvres que de non pauvres disent que leur lieu de consultation est le domicile ou autres (36,66% contre 14,58) plutôt que le centre de santé ou l'hôpital (Hyjazi, Barry et al., 2000). La pauvreté influence donc le choix du recours aux soins dans un système organisant l'IB. Au Burkina, deux études ont démontré que l'utilisation des services subissait une baisse significative lors de l'implantation du paiement direct des usagers. L'une a montré que pour 10 Formations Sanitaires (FS) de la région de Kaya, la baisse des nouvelles consultations curatives était de 17% après l'instauration de la tarification (Yonli, 1998). L'autre étude a trouvé qu'après l'application de la tarification des actes en juillet 1997 dans le district de Kongoussi, le nombre de consultations curatives a chuté, en moyenne sur 3 ans, de 15,39% pour les formations sanitaires menant cette politique et augmenté de 30,49% pour les formations sanitaires ne l'adoptant pas (Ridde, 2003a). Dans ce même pays, il a récemment été démontré qu'après l'utilisation de la médecine traditionnelle, le manque de ressources financières est la deuxième explication du peu de recours aux soins (Banque mondiale, 2003). Les auteurs de cette étude établissent aussi un bilan très négatif de la promotion du paiement direct sur l'utilisation des services, car les prix ne prenaient pas en compte la nature des

services (préventifs) et la capacité à payer des populations. D'autres recherches dans ce pays vont dans le même sens (Haddad, Nougara et al., 2004b).

Quant à la réalité de la mise en place des mesures d'exemption favorisant l'accès aux soins des indigents, il faut reconnaître que les études laissent à penser que rien n'a été véritablement fait. Les exonérations sont absentes ou simplement inefficaces pour protéger les plus pauvres. Même lorsque des politiques ont été définies en ce sens, elles n'ont pas été appliquées. Au Bénin, les points de vue sont divergents sur ces mesures. Alors que 58% du personnel de santé affirment que les plus pauvres sont en mesure d'en bénéficier, seulement 6% des informateurs communautaires confirment cette version. De fait, plus de la moitié des indigents soutiennent ne pas être pris en charge lorsqu'ils doivent faire face à des difficultés financières pour payer les frais médicaux. L'auteur de l'étude béninoise qui rapporte ces propos va jusqu'à prétendre que dans la pratique les indigents n'existent pas. Dit autrement, ils sont complètement oubliés (Ouendo, Makoutode et al., 2000). En outre, il semble qu'au Bénin, au Kenya et en Zambie en 1995-1996 « *despite national policy guidance in all three countries emphasising the importance of exemptions, no country had developed effective, formal mechanisms to protect the poorest from bearing the burden of fees* » (Gilson, Kalyalya et al., 2000, p.7). Cette constatation est confirmée pour la Zambie par deux autres études. La première mentionne que de nombreux Zambiens ont été exclus des services par la politique du recouvrement des coûts et qu'il n'existait aucun mécanisme pour protéger les pauvres. De plus, les auteurs affirment qu'il est présomptueux de penser que les réseaux traditionnels de solidarité sont encore vivaces¹⁸ (Booth, Milimo et al., 1995). La seconde, plus récente, évalue les effets d'un programme gouvernemental pour les indigents établi en 95. L'auteur précise que seulement 41% des pauvres bénéficiaient d'exemptions¹⁹ et que la majorité des ménages n'avait pas connaissance de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans (Masiye, 2000). Au Mali, alors que le gouvernement note dans son document de politique sectorielle de santé (1995) qu'il fera en sorte que la participation financière des usagers ne réduise pas l'utilisation des services, il ne définit pas clairement qui sera responsable et garant de l'équité d'accès aux soins (MSSPA, 1995). Ainsi, dans le centre de santé communautaire de Boukassoumbougou, une recherche a relevé que s'il existait des certificats d'indigence délivrés par la municipalité, peu de personnes souhaitaient affronter les difficultés administratives pour les obtenir. En outre, le responsable de ce centre n'hésitait pas à affirmer que les proches du personnel de santé bénéficiaient également de la gratuité (Girard, Allen et al., 1997). Le document du projet de démarrage de l'IB au Burkina Faso (1992) est de la même veine. Il demeure même ambigu puisqu'il affirme d'un côté

¹⁸ à Cotonou, métropole du Bénin, il semble que cela soit encore une pratique traditionnelle, même si l'auteur de la recherche précise qu'il s'organise une certaine spéculation concernant le remboursement du « don » de soin (Huygens, 1999).

¹⁹ Le Vietnam a mis en place l'IB dès 91 et une étude récente a montré qu'il ne semblait pas y avoir de lien entre les exemptions et le niveau de revenus des ménages (Ensor et San, 1996).

que les communautés doivent financièrement prendre en charge les indigents, et de l'autre, il note que l'État va prendre certaines mesures pour ces derniers (ministère de la Santé, 1994). Dix ans après, une recherche dans un district de ce pays a montré que ces mesures étaient faisables mais pas encore socialement envisagées (Ridde, 2001). Alors qu'une décision nationale a été prise pour que les indigentes soient exemptées du paiement lorsqu'elles doivent subir une césarienne dans les hôpitaux régionaux, une récente recherche a montré que quasiment rien n'était organisé en faveur de ces femmes. À la suite d'une étude dans trois hôpitaux régionaux du pays, les auteurs montrent que de 1997 à 2002, seulement 32 femmes ont été qualifiées d'indigentes, soit 1,6% de l'ensemble des cas de césarienne. De surcroît, huit de ces 32 femmes ont payé le kit opératoire pour la césarienne (Bicaba, Ouedraogo et al., 2003). Au Sénégal, l'espoir de la décentralisation de la décision pour faciliter la prise en charge des indigents s'est trouvé déçu. Rien de précis ne semble avoir été mis en œuvre pour les plus pauvres (Diallo, Mc Keown et al., 1996). Dans deux pays situés à l'Est de l'Afrique de l'Ouest, l'Ouganda et le Nigéria, les principes de l'IB ont également été adoptés puis implantés. En Ouganda, sous la pression des pays donateurs et des responsables de district (pour disposer d'un financement propre), le ministère de la Santé a été contraint de poursuivre la mise en place d'une politique sanitaire proche de celle de l'IB (Kivumbi et Kintu, 2002). Une recherche dans deux districts du pays concernant les mesures d'exemptions résume parfaitement toutes les autres études que nous avons pu consulter sur le sujet : rien n'est fait pour informer les plus pauvres de l'existence de ces mesures, les directives du niveau central ne sont pas acceptées, il n'y a pas eu de volonté politique et les personnels de santé rechignent à exempter les pauvres car cela va réduire leur budget décentralisé (Kivumbi et Kintu, 2002). Au Nigéria, aucune mesure efficace n'existe pour les plus pauvres. Ces derniers doivent se tourner vers la solidarité familiale (Ogunbekun, Adeyi et al., 1996). Si globalement l'IB a été utile dans ce pays pour accroître l'utilisation des services, on remarque que ce sont les plus éduqués et les plus riches qui en ont profité le plus. Les plus pauvres sont moins au courant et bénéficient dans une proportion moindre des exonérations du paiement (Uzochukwu, Onwujekwe et al., 2004b). Dans les grandes capitales de l'ouest de l'Afrique, les indigents, qui ne disposent d'aucun entregent, sont dans l'incapacité d'obtenir des soins gratuits « *celui qui n'a ni argent ni piston risque fort de mourir sans être pris en charge* » (Jaffré, Olivier de Sardan et al., 2002, p.30) avancent les anthropologues après des enquêtes en profondeur. Ils nous disent également, comme nous l'avons déjà noté concernant le Mali ou le Burkina Faso (Girard et Ridde, 2000; Ridde et Girard, 2004), que les dispositions légales concernant la prise en charge des plus pauvres, lorsqu'elles existent, ne sont pratiquement jamais appliquées.

La perception de la qualité des services est bien souvent jugée moindre par les ménages les plus pauvres par rapport aux plus riches. Une étude l'a montré tant au Bénin qu'au Kenya. La proportion de ceux affirmant que l'IB apportait une qualité de service jugée favorablement était de 16 points moins importante chez les

pauvres que pour la population en général (75% contre 91%) (Gilson, Kalyalya et al., 2000). En Côte d'Ivoire, on a remarqué que lorsque les patients étaient bien habillés, les scores d'une des dimensions de l'estimation de la qualité des soins (le respect physique et psychique) étaient plus élevés (Gobbers, 2001, , 2002). Cela est confirmé par des enquêtes anthropologiques qui ont réussi à mettre au jour plusieurs problèmes relatifs aux comportements des soignants, notamment concernant l'accueil, les violences verbales ou physiques ou tout simplement l'absence d'écoute des patients (Jaffré, Olivier de Sardan et al., 2002). Ces derniers perçoivent la qualité des services d'une manière bien négative, de Dakar à Niamey en passant aussi par Abidjan, surtout lorsqu'ils ne disposent d'aucune relation particulière avec les professionnels de santé du centre qu'ils fréquentent, ce qui est bien souvent le cas pour les indigents.

Quant à la participation des groupes vulnérables, et notamment des plus pauvres, dans les décisions communautaires, l'exemple du Kenya tend à montrer qu'ils sont totalement exclus et que leur voix n'est ni entendue ni sollicitée (Gilson, Kalyalya et al., 2000). En outre, nous savons que le personnel de santé, malgré la mise en place des comités de gestion dans tous les programmes de type IB, jouit encore d'un pouvoir de décision considérable. La mise en œuvre de l'IB selon une stratégie du haut vers le bas, réduisant cette politique à ses seuls aspects techniques et fortement appuyée par des organisations internationales est certainement responsable de cette difficulté pour la communauté en général et pour les plus pauvres en particulier à souhaiter s'impliquer (Gilson, Kalyalya et al., 2001). Pour ce qui est de la participation des femmes dans la dynamique communautaire, il est clair qu'elle demeure des plus limitées. Par exemple, en raisonnant uniquement d'un point de vue quantitatif, seulement 7% des membres des comités de gestion des sept cercles de la région de Koulikoro au Mali sont des femmes (Ambassade royale des Pays-Bas, 1999).

Les fonds générés par la tarification des actes et la vente des MEG sont prioritairement thésaurisés ou employés à d'autres fins que des activités visant à améliorer l'accès aux soins des plus pauvres. Au Kenya, dans cinq districts sur huit, ces fonds sont destinés à l'engagement de personnel supplémentaire ou demeurent dans les comptes en banque (Gilson, Kalyalya et al., 2000). Cette tendance a également été constatée dans un district du Burkina Faso (BF), où, malgré les baisses de consultations par suite de la mise en place de la tarification des actes, les responsables locaux n'ont pas freiné leurs dépenses et n'ont pas hésité, quand il le fallait, à déboursier des sommes importantes pour le fonctionnement du centre ou du district. Les dépenses ont crû 2,7 fois plus que les recettes et n'ont pas respecté la baisse de l'utilisation des services tandis que la trésorerie (thésaurisation²⁰) a augmenté de 9% entre les deux périodes d'étude (1994-1996 contre 1999-2000) (Girard et Ridde, 2000). Dans un centre hospitalier

²⁰ Cette tendance avait déjà été relevée par l'UNICEF au démarrage de l'IB (Paganini, 1991).

du Sénégal, on a aussi découvert la même tendance. Les membres du comité de santé disposaient d'un solde comptable de plus de 7 millions de Francs CFA (FCFA). Or, durant la période du 1^{er} janvier 1998 au 30 juin 2000, les dépenses ont été supérieures aux recettes. Aussi, le solde final est passé de 7 millions à un peu plus de 3 millions de FCFA (Ndiaye, Tal-Dia et al., 2002). Une enquête dans la région de Dédougou et de Gaoua (BF) a montré que la contribution des dépôts de vente de MEG au fonctionnement des équipes cadres de district a été multipliée par cinquante de 1995 à 1999, passant de 60 000 FCFA à 3 260 000 F CFA (GTZ, 2000a). Dans la province de Gnagna (BF), la moyenne des résultats financiers de cinq dépôts de MEG était de près de trois millions de F CFA en 97 (Condamine, Artigues et al., 1999). Alors que les postes de santé sénégalais sont bénéficiaires depuis le début de l'IB (sans prendre en compte les salaires, les vaccins, les contraceptifs, les médicaments pour la tuberculose et la lèpre), le tableau 4 nous permet de constater deux choses.

Tableau 6 : Évolution des comptes d'exploitation des postes de santé sénégalais

	Dépenses moyennes				Recettes Moyennes			Résultats Moyens		
	Nbre de postes	En F CFA	Base	Évolution /94-S1	En F CFA	Bas e	Évolution /94-S1	En F CFA	Base	Évolution /94-S1
92-S2	14	286 357	100		600 013	100		313 656	100	
93-S1	71	461 809	161		599 618	100		137 809	44	
93-S2	100	515 387	180		648 148	108		132 761	42	
94-S1	260	604 678	211		756 520	126		151 842	48	
94-S2	348	973 653	340	61%	1 259 324	210	66%	285 671	91	88%
95-S1	494	813 799	284	35%	936 156	156	24%	122 357	39	-19%

Source : adapté de (Diallo, Fall et al., 1997)

La première est que la dévaluation du F CFA en janvier 1994 s'est immédiatement répercutée sur les recettes et les dépenses (+66% et +61%). Le semestre suivant, les recettes et les coûts ont baissé, mais ils demeuraient au-dessus de leur niveau d'avant la dévaluation (+24% et +35). Ensuite, une fois la dévaluation intégrée dans les pratiques, on remarque l'écart de 11 points d'augmentation entre les recettes et les dépenses. Autrement dit, les gestionnaires auraient-ils profité de la dévaluation pour augmenter plus largement les dépenses que les recettes ? Si oui, comment ces nouvelles dépenses ont-elles été affectées ? Certainement pas pour l'accès aux soins pour les indigents puisque cela semble constituer le nœud gordien des services de santé sénégalais (Diallo, Mc Keown et al., 1996). La seconde remarque, est que si les résultats demeurent effectivement positifs (plus de 120 millions de F CFA pour les 494 postes), ils restent stables voire diminuent. L'une des explications que nous oserions avancer est celle d'une tendance, constatée par exemple au Burkina Faso (Ridde, 2003a), à ne pas ajuster les dépenses à la baisse des recettes (donc de l'utilisation des services), puisque le tableau 6 démontre que

les dépenses moyennes ont subi un accroissement bien plus conséquent que les recettes. Selon certains auteurs, il semble exister une expérience un peu différente au Togo. L'argent issu du paiement des soins, dont l'usage demeure une prérogative du comité de gestion, a été majoritairement (58%) dépensé pour soutenir les patients qui n'étaient pas en mesure de payer (Pangu, Aflagah et al., 1999). Cependant, il faut tempérer l'optimisme de ces auteurs. D'une part, il s'agit d'un jugement porté sur une expérience qui n'avait qu'une année d'existence. D'autre part, il ne s'agit pas de la totalité des revenus mais seulement d'une proportion (58%) de l'argent qui reste sous le contrôle communautaire après que les salaires et les médicaments aient été payés, ce qui ramène le pourcentage entre 6 et 8%²¹.

Les études disponibles montrent que les prix des médicaments peuvent parfois être élevés et ainsi réduire la capacité des populations à accéder aux traitements nécessaires. L'une des raisons évoquées par les auteurs est l'ampleur de la marge prise par les distributeurs sur les ventes des médicaments. Une enquête en 97 au Burkina a montré « *qu'une proportion non négligeable de personnes estiment que les MEG sont chers (32%)* (p. 20) » et que les prix de ces derniers étaient souvent plus élevés dans le public que dans le privé (Afogbe, 1997). Une évaluation extérieure d'un projet sanitaire dans la région de Kaya (BF) a prouvé que les marges des dépôts répartiteurs variaient de 13% à 37% (Chabot, Conombo et al., 1999), ce qui dépassait largement les directives du ministère (10%). Au Sénégal, les comités sanitaires de district semblent avoir eu la même tendance à augmenter les marges bénéficiaires (Diallo, Mc Keown et al., 1996). A Madagascar, le taux d'ordonnances servies par rapport à celles effectivement prescrites est de l'ordre de 75%. Autrement dit, 25% des patients ne sont pas en mesure de payer les médicaments (Kerouedan, 2000). Ce chiffre n'était que de 10% au Sénégal en 1995 tandis que le ministère de la Santé intervenait pour obliger les postes de santé à appliquer une marge de 50% sur les ventes de MEG (cette marge n'étant qu'officiellement de 10% lors du lancement de l'IB !) (Diallo, Mc Keown et al., 1996). En Sierra Leone, 29% des 1156 personnes interrogées par Fabricant et al. (1999) n'étaient pas en mesure de suivre un traitement en raison de contraintes financières. De plus, lorsqu'en moyenne la population dépense 6,9% de ses revenus dans le domaine de la santé, le quartile le plus pauvre consacre 25% de ses revenus aux dépenses médicales tandis que les plus riches limitent ces dépenses à 3,7% de leurs revenus (Fabricant, Kamara et al., 1999).

²¹ Pourcentage que nous estimons en fonction de deux graphiques du chapitre, car les auteurs ne fournissent pas d'information très précise sur cette question.

1.4 Comprendre les effets

1.4.1 Une interprétation erronée des principes de l'IB

Contrairement à l'entendement général, il nous semble important d'interpréter l'IB autrement qu'à travers ses simples composantes trop souvent associées à cette politique que sont la participation financière des usagers, le recouvrement des coûts (terme galvaudé, car de quels coûts parle-t-on) et les médicaments essentiels. Deux éléments fondamentaux sont au cœur de l'initiative annoncée dans la capitale malienne : la participation de la « communauté » et l'équité.

D'une part, l'originalité de l'IB est que l'ensemble du processus doit, officiellement, être sous le contrôle et avec la participation des « communautés » et non de l'État ou des partenaires extérieurs, même s'il semble que le contenu du terme « participation communautaire » demeure défini sans grande précision dans les différents pays ayant adopté cette politique (UNICEF, 1997). À ce propos, l'IB et les SSP mettent en avant la participation de la communauté, mais pas exclusivement sur le plan pécuniaire ! Il est remarquable, effectivement, que même l'UNICEF, promotrice de cette implication de la population, avance aujourd'hui que l'un des quatre éléments stratégiques de l'IB est le partage des coûts récurrents par l'intermédiaire d'un financement communautaire (UNICEF, 1997, p.8). Le discours a changé et on ne parle plus de recouvrement des coûts des médicaments essentiels afin de les rendre accessibles – comme le discours de James Grant²² l'entendait en 1987 lors de l'annonce de l'initiative (Mc Pake, Hanson et al., 1992) – mais de partage des frais de fonctionnement, ce qui va bien plus loin au plan du fardeau financier pour la communauté. Concrètement, la participation communautaire a été de caractère plus financier que politique bien que l'idée fût, en contrepartie de leur contribution, de permettre aux populations de gérer certains aspects locaux concernant les centres de santé. Au Bénin, pays souvent pris comme l'exemple paradigmatique de la réussite de l'IB, de nombreuses tensions subsistent entre les communautés et le ministère de la Santé sur la manière dont les fonds issus du paiement doivent être employés. Si, à l'origine, on a bien pensé à faire payer les populations, il ne semble pas que l'on ait pris le temps de réfléchir au processus de redistribution (Dujardin, 2003). Aussi, globalement, l'IB a surtout été interprétée comme « *une opération de recouvrement des coûts* » (Fassin, 2000b, p.205) à l'aide de la mise à disposition de médicaments et non pas une occasion pour améliorer, entre autres choses, la réactivité²³ des services de santé à l'égard des usagers. L'OMS reconnaît en 2003 que « *dans certains pays d'Afrique de l'Ouest, l'expression « participation communautaire » est synonyme, sur le terrain, de « ticket modérateur* » (OMS, 2003, p.135). Certains ont même dit que la mise en œuvre de la politique des frais aux usagers a créé un commerce qui peut devenir rentable ou simplement pallier les bas salaires gouvernementaux (Turshen, 1999).

²² Directeur de l'UNICEF à l'époque.

²³ Ce qui constitue un des trois objectifs des systèmes de santé (OMS, 2000).

Cela semble traduire une évolution récente de la santé publique « *reposant sur des prémisses néo-libérales (p. 134)* » où « *la santé est en voie d'être conçue aujourd'hui comme une entreprise productive* » (Hours, 1992, p.133).

D'autre part, les concepteurs de l'IB n'ont pas oublié de souligner le caractère éminemment équitable de cette initiative. *Primo*, il s'agit bien d'une politique de relance des SSP ainsi que le notait un fonctionnaire de l'UNICEF en 1989 (Ofosu-Amaah, 1989) dont l'un des objectifs essentiels, avons-nous dit, est l'équité (WHO, 1998) et « *planning for equity [in PHC] requires the identification of those groups currently disadvantaged* » (Green, 1999, p.53). Le caractère équitable de l'IB a été clairement annoncé par l'institution de New York (Paganini, 1991). *Secundo*, faire en sorte que l'IB soit efficace est compatible avec l'attention que l'on souhaite porter à l'atteinte de l'équité. À l'origine de l'initiative, quelques-uns nous ont prévenu : « *l'efficacité durable [...] c'est d'affirmer que la justice sanitaire a un prix qu'il convient de partager* » (Hours, B., 1991, cité par Benoist, 1991). L'originalité de l'IB est, justement, de tenter une conciliation entre ces deux objectifs, de rendre l'un indissociable de l'autre et non pas de sacrifier l'équité au profit de l'efficacité. Dit autrement, cette conciliation est significative du double contenu de l'éthique des politiques publiques de santé en Afrique de l'Ouest (Boidin, 2000). Il est intéressant de voir comment les initiateurs de l'IB au Mali, au Bénin et en Guinée tentent aujourd'hui, de leur bureau de la Banque mondiale, une opération de « révisionnisme » des objectifs de la politique (Knippenberg, Traore Nafu et al., 2003). Dans un document « bilan » récent, ils glissent furtivement que l'accès aux soins pour les plus pauvres n'était pas l'objectif premier de l'IB. La politique visait surtout, disent-ils, à restaurer l'accès à des soins abordables et de qualité pour la majorité de la population rurale (donc une conception très utilitariste de la justice). Or, d'une manière contradictoire, ils s'évertuent tout au long des pages de ce bilan à essayer de montrer que l'initiative a eu des impacts positifs pour les plus pauvres... bien qu'ils concluent par « *more needs to be done, tested and experimented to better include the poor* » (p. 29). *Tertio*, les conséquences de la mise en œuvre du paiement direct par les populations avaient été d'ores et déjà appréhendées à l'époque, même si les recherches à ce propos se sont surtout développées dans les années 1990. Il était donc important de demander aux planificateurs de prendre des mesures pour réduire l'exclusion des services due à ce mode de financement communautaire. C'est un des huit principes de l'IB (voir figure 2 point 7). Les services de santé doivent demeurer financièrement accessibles pour l'ensemble de la population (UNICEF, 1997). A l'époque, quelques conseils ont été avancés : des prix établis en fonction des capacités à payer, des subventions internes, des exemptions pour les indigents identifiés par les communautés... (Knippenberg, Levy-Bruhl et al., 1990), mais nous avons vu que cette préoccupation est reléguée au second plan.