

30378

L'initiative de Bamako 15 ans après

Un agenda inachevé

Valéry Ridde

Octobre 2004



L'INITIATIVE DE BAMAKO 15 ANS APRÈS

Un agenda inachevé

Valéry Ridde

Octobre 2004

Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper

This series is produced by the Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network ([HNP Discussion Paper](#)). The papers in this series aim to provide a vehicle for publishing preliminary and unpolished results on HNP topics to encourage discussion and debate. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author(s) and should not be attributed in any manner to the World Bank, to its affiliated organizations or to members of its Board of Executive Directors or the countries they represent. Citation and the use of material presented in this series should take into account this provisional character. For free copies of papers in this series please contact the individual authors whose name appears on the paper.

Enquiries about the series and submissions should be made directly to the Managing Editor. Submissions should have been previously reviewed and cleared by the sponsoring department which will bear the cost of publication. No additional reviews will be undertaken after submission. The sponsoring department and authors bear full responsibility for the quality of the technical contents and presentation of material in the series.

Since the material will be published as presented, authors should submit an electronic copy in a predefined format. Rough drafts that do not meet minimum presentational standards may be returned to authors for more work before being accepted.

The Managing Editor for the series is Joy de Beyer (jdebeyer@worldbank.org). The Editor in Chief is Alexander S. Preker (apreker@worldbank.org). For information regarding this and other World Bank publications, please contact the [HNP Advisory Services](#) (healthpop@worldbank.org) at: Tel (202) 473-2256; and Fax (202) 522-3234.

© 2004 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

All rights reserved.

Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper

L'initiative de Bamako 15 après *Un agenda inachevé*

Valéry Ridde^a

^a PhD (cand.), Msc, Dess, Assistant de recherche/enseignement, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada

Résumé: L'initiative de Bamako (IB), lancée lors d'une conférence en 1987 en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaire définie à la conférence d'Alma Ata en 1978, est, en soi, une innovation pour les différents acteurs des systèmes de santé. Cependant, les changements annoncés lors de ces conférences internationales n'ont pas été concrètement mis en oeuvre par les États selon toutes les composantes initialement fixées. L'implantation de cette politique publique de santé, d'origine essentiellement exogène, n'a pas non plus produit tous les effets escomptés (efficacité *versus* équité). L'analyse proposée dans cette revue, fondée sur une étude de l'ensemble des données empiriques issues de la littérature grise et scientifique concernant l'Afrique de l'Ouest (avec quelques digressions ailleurs en Afrique), montre que l'aspect équitable de l'IB a été négligé, et les interventions premières des acteurs ont été concentrées sur l'atteinte de l'objectif relatif à l'efficacité de l'organisation à mettre en place. Nous pensons que le rôle des acteurs est central dans la mise en oeuvre et l'appropriation d'un changement. Il semble que cela soit d'autant plus le cas lorsque nous avons affaire à une politique publique au sein de laquelle des conflits liés aux valeurs peuvent amener les acteurs à tenter de bloquer ou d'entraver les réformes sanitaires. Cette résistance potentielle est encore plus évidente puisque nous savons combien la notion d'équité est différemment interprétée selon les sociétés. Plus concrètement, pour revenir aux principes d'équité des SSP et de l'IB, il faut que les États africains organisent des mesures incitatives, que les ONG pensent la planification comme un outil de changement social, que les bailleurs de fonds s'assurent d'un investissement axé, en priorité, sur le principe d'équité et que les scientifiques développent de nouvelles connaissances sur la manière d'organiser les mesures d'exemption du paiement des soins pour les indigents.

Mots-clefs: initiative de Bamako, Afrique de l'ouest, évaluation, équité, efficacité

Disclaimer: The findings, interpretations and conclusions expressed in the paper are entirely those of the authors, and do not represent the views of the World Bank, its Executive Directors, or the countries they represent.

Correspondence Details: Monsieur Valéry Ridde, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine ; Université Laval, Québec, Canada, G1K 7P4, tél : 418 - 656 2131 poste 12658, fax : 418 - 656 7759; courriel : valery.ridde.1@ulaval.ca

Table des matières

| | |
|--|-------------|
| AVANT-PROPOS..... | VII |
| FOREWORD | VIII |
| REMERCIEMENTS | IX |
| INTRODUCTION | 1 |
| ORIGINE ET FONDEMENTS DE L’INITIATIVE DE BAMAKO..... | 2 |
| EN PRINCIPE | 2 |
| LES INQUIETUDES ORIGINELLES | 6 |
| METHODOLOGIE DE LA REVUE..... | 9 |
| CRITERES D’ANALYSE DES EFFETS DE L’IB | 9 |
| DEFINITIONS OPERATOIRES DES CRITERES..... | 10 |
| INDICATEURS RETENUS | 11 |
| RESULTATS ACTUELS DE L’IB..... | 14 |
| LES INDICATEURS D’EFFICACITE | 14 |
| LES INDICATEURS D’EQUITE..... | 18 |
| COMPRENDRE LES RESULTATS..... | 25 |
| UNE INTERPRETATION ERRONEE DES PRINCIPES DE L’IB | 25 |
| EFFICACITE OU ÉQUITE ? | 26 |
| UNE POLITIQUE PUBLIQUE COMPOSEE DE SOUS-PROCESSUS | 28 |
| LES FACTEURS D’INFLUENCE ET LES COURANTS TRAVERSANT L’IMPLANTATION | 29 |
| LE JEU DES ACTEURS SOCIAUX | 30 |
| CONCLUSION ET IMPLICATIONS POLITIQUES..... | 31 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 34 |
| FIGURES AND TABLES | |
| Figure 1 : Éléments de la stratégie des SSP..... | 3 |
| Figure 2 : Objectifs de l’initiative de Bamako..... | 4 |
| Figure 3 : Principes directeurs de l’IB (Mc Pake et al., 1992; OMS, 1999b) | 5 |
| Figure 4 : Schématisation du passage des concepts aux indicateurs, adapté de (Gauthier, 1997)..... | 12 |
| Figure 5 : Les implications politiques pour une plus grande équité d’accès aux soins..... | 32 |
| Table 1 : éléments minimaux caractérisant l’IB | 5 |
| Table 2: Critères et indicateurs d’analyse..... | 13 |
| Table 3: Évolution du taux d’utilisation des consultations curatives primaires au Sénégal, adapté de (I. Diallo et al., 1997)..... | 15 |
| Table 4: Évolution des comptes d’exploitation des postes de santé sénégalais, adapté de (I. Diallo et al., 1997)..... | 23 |

AVANT-PROPOS

Dans la plupart des pays développés, les systèmes de financement collectif ont largement remplacé la prise en charge financière des soins de santé par les individus. Au début du 20^{ème} siècle, les associations d'entraide et les fonds d'assurance maladie avaient déjà commencé à supporter le revenu et à financer l'accès aux médecins et aux hôpitaux en cas de maladie. Actuellement, à l'exception du Mexique, de la Turquie et des Etats-Unis d'Amérique, tous les pays de l'OCDE offrent à leur population respectives une couverture maladie universelle.

Malheureusement, comme avant le 19^{ème} siècle en Europe, les ménages, dans la plupart des pays en développement, supportent eux-mêmes leurs frais de soins de santé au lieu d'être couverts par un système de financement collectif. Ces paiements effectués directement par les usagers représentent jusqu'à 80 pour cent des dépenses totales de santé. Les paiements directs, particulièrement dans le cas des consultations médicales et des médicaments, continuent d'être une pratique répandue dans de nombreux pays à bas et moyen revenu. Plusieurs raisons expliquent ce phénomène.

Premièrement, dans les pays à bas revenu, les communautés rurales et le secteur informel constituent généralement une portion importante de la population, ce qui limite la capacité des gouvernements à collecter des taxes. La propension et la capacité de payer des populations pour les soins de santé sont souvent plus élevées que leur désir de couvrir les frais médicaux par le biais des impôts. Le second obstacle est issu du partage du risque financier. La gestion des risques exige le transfert de ressources des riches aux pauvres, des personnes en bonne santé aux malades et des salariés aux chômeurs. L'évasion fiscale étant une pratique très courante dans les pays à bas et moyen revenu, il arrive souvent que les riches échappent à leurs obligations fiscales, privant ainsi l'État des fonds nécessaires pour subventionner les besoins des pauvres. Finalement, pour diverses raisons, les groupes les plus aisés financièrement bénéficient généralement davantage que les pauvres des dépenses publiques et des subventions dans le domaine de la santé. De plus, les maigres ressources publiques destinées aux paysans et aux pauvres des zones urbaines sont souvent gaspillées à financer des soins inappropriés.

L'un des défis les plus urgents et difficiles auquel les pays à bas et moyen revenu doivent faire face est de donner accès aux soins de santé aux quelques 1,3 milliard de pauvres vivant en zones rurales et travaillant dans le secteur informel. Cette étude offre un éclairage fascinant sur la contribution du financement communautaire et des mutuelles de santé dans la poursuite, qui sera longue et ardue, d'une meilleure protection financière contre les maladies et d'un meilleur accès aux soins de santé.

Alexander S. Preker

Lead Economist
Editor of HNP Publications

FOREWORD

Over time, collective financing arrangements have largely replaced direct out-of-pocket payments for health care in most developed countries. By the early 20th century, employment-based friendly societies and sickness funds began offering income support and access to doctors and hospitals in times of illness. With the exception of Mexico, Turkey and the USA, all OECD countries today offer their populations universal protection against the cost of illness.

Unfortunately, like pre-19th century Europe, households in many developing countries still rely largely on out-of-pocket spending rather than collective financing of health care, and household expenditures account for as much as 80 percent of total health expenditures in some countries. Direct payments, especially in the case of pharmaceuticals and medical consultations, continue to be a distinctive feature of health care financing in many low- and middle-income countries. There are several reasons for this trend.

First, low-income countries often have large rural and informal sector populations, limiting the capacity of their governments to raise revenues at source from the population. People's willingness and ability to pay for health care is often greater than their tax compliance. A second set of problems is encountered in the sharing of financial risk. Risk management requires that some resources be transferred from rich to poor, healthy to sick, and gainfully employed to inactive. Since tax evasion is so widespread in low-income countries, higher income groups are able to avoid contributing their share to the revenue pool needed to subsidize the poor. Finally, for a variety of reasons, the rich often benefit more from public expenditure and subsidies on health care than the poor. In addition, the scarce public resources that are available to the rural and urban poor are often squandered on ineffective care.

One of the most urgent and vexing challenges faced by many low- and middle-income countries is how to provide health care for the more than 1.3 billion poor people who live in rural areas or work in the informal sector. This publication provides fascinating insights into the contribution that community financing and health care "mutuals" can play, albeit a first step on a long development path towards improved financial protection against the cost of illness and better access to priority health services for the poor.

Alexander S. Preker

Lead Economist
Editor of HNP Publications

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement Maria De Koninck, Jacques Girard et Vincent Lemieux, tous les trois professeurs à l'université Laval, pour leur soutien indéfectible dans la réalisation de notre thèse de doctorat (PhD) à partir de laquelle est issue cette analyse des résultats de l'implantation de l'initiative de Bamako. De nombreux collègues, notamment au Burkina Faso, ont aussi été d'un grand secours. Ils sauront se reconnaître, car ils sont trop nombreux pour que nous les citions tous. Une version précédente, largement étoffée depuis, de ce document a été présentée lors des XXVI^{èmes} Journées des Économistes Français de la Santé, "Santé et Développement" à Clermont-Ferrand (CERDI, 9 - 10 janvier 2003). Les commentaires des participants ont permis quelques ajustements nécessaires. Enfin, un grand merci à Fatiha Halabi pour ses précieux conseils éditoriaux.

Nous remercions la Banque Mondiale et spécialement Alex Preker de nous permettre de partager ce travail avec la communauté internationale. Nous espérons que ce document sera utile aux prises de décisions plus une plus grande équité des politiques de santé.

The author of this Report is grateful to the World Bank for having published the Report as an HNP Discussion Paper.

INTRODUCTION

L'initiative de Bamako (IB, lancée lors d'une conférence en 1987), en tant que politique de relance de la stratégie des soins de santé primaires définie à la conférence d'Alma Ata en 1978, est, en soi, une innovation pour les différents acteurs des systèmes de santé. Cependant, les changements annoncés lors de ces conférences internationales n'ont pas été concrètement incorporés, au pied de la lettre, par les États selon toutes les composantes initialement fixées. L'implantation de cette politique publique de santé, d'origine essentiellement exogène, n'a pas non plus produit tous les effets escomptés. Le présent document vise à montrer les résultats de la mise en œuvre de l'IB (efficacité *versus* équité) selon une méthode systématique, à l'aide d'une recension extensive des écrits et des expériences d'Afrique de l'Ouest. En tenant compte de l'équité, telles que de multiples initiatives le réclament (Braveman, 2003; Yach, Skov Jensen, Norris, & Evans, 1998), il s'agit de faire le contrepois aux débats actuels, principalement centrés sur l'efficacité des politiques publiques (Gilson, 1998; Green & Collins, 2003; Whitehead, Dahlgren, & Evans, 2001) dans le but de rendre les systèmes de santé plus équitables (D. Gwatkin, Bhuiya, & Victora, 2004).

Dans une première partie, nous retraçons l'origine et les fondements de l'IB dans une perspective historique, nous en proposons une définition et rappelons au lecteur les inquiétudes originelles. Dans la seconde partie nous présentons la méthodologie employée pour réaliser cette analyse de l'implantation de l'IB. Puis, dans une troisième partie, une évaluation des effets de cette politique sanitaire au regard des critères d'efficacité et d'équité est proposée. Au sein de la quatrième partie, les résultats sont commentés, quelques pistes d'explications sont apportées et nous discutons de l'importance de l'étude du jeu des acteurs dans l'implantation de l'IB. La conclusion revient sur l'intérêt de l'étude de cette politique et avance que c'est le passage obligé pour envisager l'application de mesures incitatives en vue d'une plus grande justice distributive dans l'implantation de l'IB. Enfin, des recommandations concrètes sont énoncées à l'intention des États, des Organisations Non Gouvernementales (ONG), des bailleurs de fonds et de la communauté scientifique.

ORIGINE ET FONDEMENTS DE L'INITIATIVE DE BAMAKO

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.

En 1977, les gouvernements des pays du Sud se sont fixés un objectif commun pour leur politique de santé : la santé pour tous en l'an 2000¹. Puis, compte tenu de l'inadéquation et de la répartition inéquitable des ressources de santé entre les pays et à l'intérieur des mêmes pays, la conférence d'Alma-Ata en 1978 a défini une politique de soins de santé primaires (SSP), afin d'aider les pays à se rapprocher de cet objectif (WHO, 1978). Cette politique reconnaissait la nécessité d'examiner de nouveau les relations entre les professionnels de santé et les membres de la communauté. Ce dernier élément constitue un facteur clef dans les réformes de santé. Il semble qu'elle se soit fortement inspirée du modèle chinois des années soixante-dix, 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'est pas complètement nouvelle en Afrique de l'Ouest, puisque dès le milieu des années 60 des expériences de comités de santé et d'agents villageois sont menées, notamment au Niger. Ces essais d'alliances d'un processus de décentralisation à une propagation des techniques d'animation rurale constitueront des références pour toute la sous-région africaine (Berche, 1998) et sont des éléments précurseurs de la politique des SSP. Collins (1994) nous informe que l'émergence des SSP s'est produite dans un contexte particulièrement favorable dont les caractéristiques peuvent se résumer par : a) l'accumulation des doutes à propos de l'approche du modèle purement médical, b) le changement de la perception du développement en général, c) les mouvements d'indépendance de nombreux pays. Néanmoins, il rappelle, comme d'autres récemment (Hong, 2004), que cette nouvelle politique qui vise plus d'équité et de justice distributive n'est 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 politique². Car si les SSP peuvent être interprétés selon des critères techniques - nous n'entrerons pas dans les débats intenses autour des fameux SSP sélectifs ou l'initiative GOBI-FFF³ - 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).

¹ 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)

² 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)

³ Voir par exemple le numéro spécial de Social Science and Medicine, 1988, n°26 et les articles de (Hong, 2004) ou (Banerji, 1999)

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). Outre l'importance de l'équité et de la participation communautaire que nous venons d'évoquer, la stratégie des SSP est principalement fondée sur les éléments de la figure 1 (WHO, 1978).

Figure 1 : Éléments de la stratégie des SSP

- l'équité ;
- la participation communautaire ;
- une approche multisectorielle ;
- une technologie appropriée ;
- des activités de promotion de la santé.

L'équité exige la reconnaissance d'un besoin différentiel, et « *les interactions entre les droits de l'homme et la santé sont caractérisées par la dualité droits égaux et besoins inégaux* » (Bryant, Khan, & Hyder, 1997, p. 122). Nous reviendrons dans le chapitre consacré à la méthodologie de cette analyse sur l'utilisation de la définition de l'équité dans l'organisation du financement communautaire.

À ce stade de l'exposé, il nous semble important de noter qu'Alma Ata est principalement une déclaration de principes. Les intentions seraient même générales et abstraites et les composantes exhaustives et banales (Hours, 1992). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et ses états membres s'attachent 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). Il n'a pas manqué, lui aussi, de relever ce trait particulier de la déclaration d'Alma Ata, ajoutant que la mise en œuvre devient secondaire au regard des idéaux invoqués par les promoteurs de cette politique. La politique des SSP demeure relativement muette concernant le financement des services et précise simplement que « *les soins de santé primaires sont des soins essentiels [...] à un coût abordable pour la communauté et le pays*⁴ » (WHO, 1978). La prise en compte de la capacité à payer les soins de santé est donc d'ores et déjà une préoccupation de principe, ce que rappelait dès lors le rapport préparatoire à la réunion d'Alma Ata du bureau africain de l'OMS (OMS/AFRO, 1978).

Face aux problèmes économiques des pays africains (croulant notamment sous le poids de la dette extérieure) dans les années 1980, qui avaient des conséquences néfastes sur la situation sanitaire et, face aux difficultés de mise en œuvre des SSP⁵, une proposition a été

⁴ Pour favoriser une lecture fluide, toutes les citations en langue anglaise ont été librement traduites en français par l'auteur.

⁵ « 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

formulée par le Fonds International de Secours à l'Enfance (FISE/UNICEF⁶) et acceptée - à contre cœur semble-t-il (Van Lerberghe & de Brouwere, 2000)- par l'OMS, en 1987, afin de relancer la politique des SSP et de réduire la mortalité maternelle et infantile. Cette proposition a pris le nom du lieu de la réunion, l'initiative de Bamako (IB), adoptée en 1987 par les ministres africains de la santé. Il est précisé dans les premiers documents officiels de l'OMS et de l'UNICEF, dont le premier bulletin d'information de l'IB (OMS/FISE, 1989a), que l'objectif ultime de l'IB est « *l'accessibilité universelle aux SSP* » (WHO, 1988), ce que rappelle, par exemple, le ministère de la santé burkinabè aux équipes cadres de district lors de leur formation (CADESS, 2000; CADSS, 2001). 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, mais seulement dans la mesure où des moyens sont déployés pour s'assurer que les plus pauvres aient accès aux soins (Deschamps, 2000). Notons que c'est également en 1987 qu'est apparu un document majeur issu de la Banque Mondiale, qui a fortement influencé les réformes sanitaires des années 90 (Creese & Kutzin, 1997; Ridde, 2002) 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* »⁷.

Nous pouvons maintenant, dans un premier temps, définir les objectifs et les principes directeurs de l'IB, et dans un second temps, en donner une définition minimale.

Figure 2 : Objectifs de l'initiative de Bamako

Les objectifs spécifiques de cette initiative sont (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.

Les agents de santé ayant suivi plusieurs formations sur l'IB connaissent par cœur les fameux huit principes. Il n'est pas sans intérêt de les rappeler puisque - même si à l'origine on ne précisait pas si ces principes devaient être a) des pré-requis aux financements des bailleurs, b) des objectifs à atteindre ou c) des éléments caractérisant les activités à mettre en œuvre (Mc Pake, Hanson, & Mills, 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 que c'étaient des principes directeurs (OMS, 1999b). Ils sont présentés dans la figure 3.

⁶ 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.

⁷ C'est dès les années 40 que l'on a tenté, en Afrique (orientale britannique notamment), d'introduire, sans y parvenir, le paiement des soins. C'est le Mozambique (et son État marxiste-léniniste) qui a été le pays précurseur du recouvrement des coûts (Van Lerberghe & de Brouwere, 2000).

Figure 3 : Principes directeurs de l'IB (Mc Pake et al., 1992; OMS, 1999b)

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. 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**
8. Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis

Nous soulignons le point n°7 de la figure 3 car il est trop souvent oublié, 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 & de Brouwere, 2000). 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).

Quant à la définition de l'IB, l'évaluation de son implantation dans cinq pays africains en 1992 nous permet de constater qu'il subsiste différentes perceptions du concept qui soutient cette politique à travers le monde. Malgré cela, cette étude tente de donner une définition commune aux cinq pays où s'est déroulée la recherche, en fonction de la présence, minimale, des éléments suivants (traduit de (Mc Pake et al., 1992)):

Table 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 | | |

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 l'implantation de l'IB (Knippenberg et al., 2003).

On le voit, contrairement aux SSP, l'initiative 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 : « *l'IB est devenue un ensemble de principes d'orientation et de mesures spécifiques* » (UNICEF, 1997, p.8). Techniquement, l'IB 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 dispensaire⁸. 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, réfections des bâtiments...). Toutefois, il faut préciser que ce type de mécanismes existait déjà dans de nombreux pays avant les déclarations d'Alma Ata ou de Bamako. Au début des années 80 des projets de ce type fonctionnent en Asie (Narangwal, Lampang, Bohol), en Afrique (Pikine, Kasongo, Kinshasa, Pahou, Danfa, Kintampo, Kisantu, Machakos) (J. Chabot, 1988; Fassin & Gentilini, 1989; Knippenberg et al., 2003; Van Lerberghe & de Brouwere, 2000). Ce qui était nouveau en 87 était la volonté de généraliser les micro-expériences à l'ensemble des pays de l'Afrique de l'Ouest⁹.

LES INQUIETUDES ORIGINELES

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 (Bénin et Guinée¹⁰) « *il est dangereux de passer de deux petits projets à une entreprise multimillionnaire* » (Lancet, 1988, p.1177). De surcroît, les expériences pilotes ne devaient leur succès que par 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, Merkle, & Gorgen, 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 plus 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

⁸ 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.

⁹ 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 MST. Usant des théories liées à l'émergence des politiques publiques, notamment celle de Kingdon, 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, & Ogden, 2004). Nous ne sommes pas loin, il faut le reconnaître, de l'image que nous laisse la manière dont l'IB a été mise en œuvre en Afrique de l'Ouest.

¹⁰ L'éditorial du Lancet parle du Ghana et non de la Guinée ?

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.

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 & Fofana, 1997)) - voire les gouvernements africains - allaient devenir financièrement autonomes (Kanji, 1989). Voilà pourquoi Chabot J. (1988) nous 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, & OXFAM, 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, & Diao, 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 vs 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 et al., 1989). En 1990, Soucat 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 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 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 (J. Chabot, 1988). Dans une analyse de la situation malienne au début des années 90, Brunet-Jailly note que dans ce pays, à l'époque, il lui semblait préférable de se concentrer sur la réduction des coûts plutôt que 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).

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 (anticipant une sur-prescription médicamenteuse), Nakajima dont les relations personnelles avec les compagnies pharmaceutiques japonaises étaient connues, aurait favorisé l'initiative. À Lomé, les dérives de la vente illicite de médicaments a donné lieu à un détournement de vocabulaire, l'IB devenant « l'initiative de Lomé » (Pritze, Affoya, & Barando, 1999)

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 affirmait, à son tour, et pour ne prendre qu'un exemple, 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 devraient permettre le déploiement de ressources extérieures, indispensable à l'implantation de l'IB (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 utopiste 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 l'implantation de l'IB, il est temps de faire un bilan des résultats des diverses expériences menées en Afrique de l'Ouest. Entreprendre l'évaluation d'une politique après une mise en œuvre qui a été plus que décennale répond aux recommandations méthodologiques des spécialistes de l'étude des politiques publiques. Ces derniers préconisent un laps de temps relativement long (de 5 à 10 ans, disent-ils) entre la phase d'implantation et celle de l'évaluation de ses résultats (Sabatier, 1986).

MÉTHODOLOGIE DE LA REVUE

CRITERES D'ANALYSE DES EFFETS DE L'IB

L'analyse de l'impact des politiques de santé n'est pas toujours chose facile, pour deux raisons principales. La première est l'obligation de se limiter à quelques critères. De surcroît, même si nous nous focaliseront avant tout sur les critères qui nous permettront de vérifier que le problème pour lequel la politique a été mise en œuvre est résolu, il est très possible que d'autres effets, non attendus, se manifestent (Bardach, 2000). La seconde raison concerne la capacité que nous avons à recueillir l'information nécessaire pour renseigner les indicateurs correspondants à ces critères. Ces deux précisions sont d'autant plus essentielles dans le contexte des pays du Sud où les travaux de recherche demeurent relativement rares.

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, l'équité et la qualité (Witter, Ensor, Jowett, & Thompson, 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 & Kutzin, 1997), un autre document de l'institution ajoutant celui de l'acceptabilité (Kutzin, 1995). Dans leur description de la stratégie des soins de santé primaires, deux fonctionnaires de la Banque Mondiale (Lamboray & Niimi, 1991) emploient la dichotomie efficacité vs équité. Dans son rapport annuel de 1999, l'OMS a aussi utilisé les critères d'efficacité et d'équité pour proposer certaines caractéristiques fondamentales d'un système de santé pour tendre vers une couverture universelle des soins de santé (OMS, 1999a). L'hétérogénéité des recherches disponibles ne permet malheureusement pas de distinguer aussi précisément que nous le voudrions les effets de l'implantation de l'initiative. Il n'existe pratiquement pas de données nous donnant la possibilité de connaître et de comparer l'efficacité (rapport entre les ressources et les effets) de l'IB.

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 l'implantation de l'IB au 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 l'IB était une politique dont l'aspect équitable était négligeable. Or, si le caractère efficace de l'IB était relativement clair, il faut rappeler avec force que l'aspect équitable 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 doit : « *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).

DEFINITIONS OPERATOIRES DES CRITERES

Sans pour autant croire que la définition de l'efficacité est simple, celle de l'équité est beaucoup plus subjective et sous-tendue par les valeurs propres à chaque société. Voilà pourquoi nous nous attardons, après avoir défini l'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 objectifs initialement visés (par l'IB) ont été concrètement atteints (Rheault, 1995; Ridde, 2004). Cette définition opératoire nous permet de comparer les résultats de l'implantation de l'initiative entre les différents pays ou districts sur lesquels nous disposons des informations.

Il serait essentiel d'évaluer l'implantation de l'IB au regard de ses résultats sur des mesures vitales (*outcomes*) plutôt que se limiter à des critères plus directs (*outputs*). Cependant, dans l'état actuel des connaissances, il est impossible de réaliser une telle analyse. 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 & 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, 1996). 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 et les coûts indirects sont parfois prépondérants. Mais il n'en demeure pas moins que le paiement des soins constitue une barrière à l'accès aux soins (Creese & Kutzin, 1997). Par exemple au Zaïre, de 18% à 32% de la baisse de l'utilisation des services entre 87 et 91 serait due au coût des soins (Haddad & 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 que nous allons le définir dans les prochaines lignes, l'iniquité dans la fréquentation des centres de santé perdura.

¹² pour une analyse de ce type concernant les SSP, voir (Dugbately, 1999) confirmant des données ivoiriennes, entre autres, à propos de l'impact de certaines politiques publiques (Duncan, Lavy, & Strauss, 1996)

À propos du financement et notamment de l'utilisation des revenus résultants du paiement direct des usagers, organisée suivant le processus d'implantation de l'IB, nous pensons que cela doit permettre d'atteindre l'équité d'accès aux soins par une juste redistribution des revenus permettant ainsi aux indigents de bénéficier des services de première ligne (Nitiéma, Ridde, & Girard, 2003). La mise en place des frais aux usagers et les marges réalisées sur la vente des médicaments sont des outils de l'initiative de Bamako, mais ils doivent être utilisés pour accroître l'accès aux soins des plus démunis. L'OMS et l'UNICEF ont explicité ce mécanisme (figure 3) en faveur des indigents dans les deux premiers bulletins d'information sur l'IB (OMS/FISE, 1989a, 1989b). 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 est celle de la théorie de la justice, au sens où John Rawls (1993) l'entend. C'est-à-dire que selon sa théorie qui repose sur 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 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 de caractère privé. Le paiement direct est la plupart du temps régressif, puisqu'il n'est pratiquement jamais calculé en fonction de la capacité à 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'objectif qui sous-tend notre définition de l'équité n'est pas utopique et ne consiste pas à égaliser les niveaux de santé des individus en éliminant les disparités. L'ambition est plus pragmatique et 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. Dit autrement : « *les niveaux de santé vécus par ceux qui sont les plus socialement défavorisés peuvent suggérer ce qu'il est possible pour tous* » (Braveman, 2003, p.185). L'une des solutions pour cela est de rendre l'utilisation et le financement des services de santé plus équitables.

INDICATEURS RETENUS

L'analyse que nous proposons dans les prochaines lignes cherche à préciser dans quelles mesures 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 efficace tout en se préoccupant de l'équité. L'efficacité et l'équité sont analysées au moyen de données secondaires issues de la littérature grise et scientifique, publiée ou non. En plus de notre propre connaissance du contexte ouest-africain, 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.

Nos deux critères (efficacité et équité), conçu comme des concepts, 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 4). Celle-ci s'effectuera à l'aide d'indicateurs vus comme des instruments de mesures (Gauthier, 1997) et utilisés comme des points de repères dans l'appréhension du phénomène que nous étudions (Saucier & Brunelle, 1995).

Figure 4 : Schématisation du passage des concepts aux indicateurs, adapté de (Gauthier, 1997)

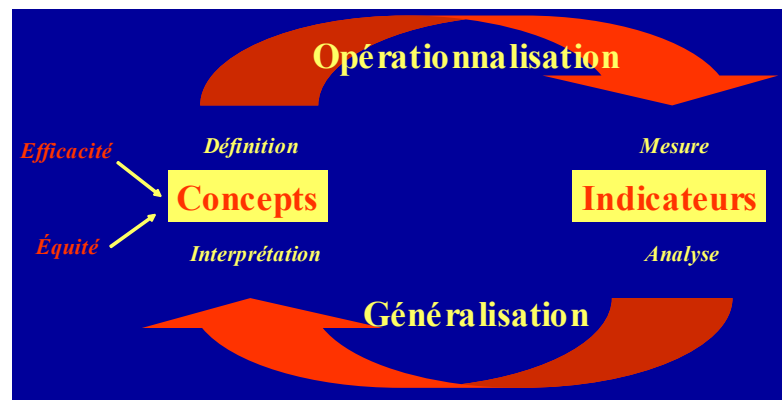


Table 2: Critères et indicateurs d'analyse

| CRITÈRES | | EFFICACITÉ | | ÉQUITÉ | |
|--|--|---|---|---------------|--|
| Indicateurs | Définition | Indicateurs | Définition | | |
| 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 | | |

INDICATEURS

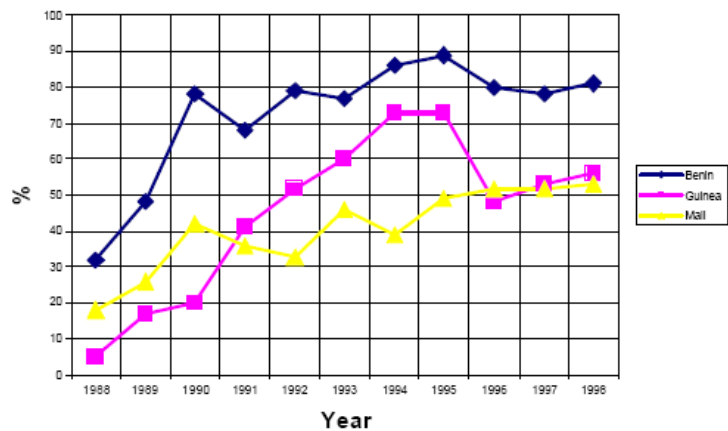
RESULTATS ACTUELS DE L'IB

Dans un premier temps nous présentons les résultats relatifs aux indicateurs d'efficacité puis, dans un second temps, ceux concernant l'équité.

LES INDICATEURS D'EFFICACITE

La vaccination est une composante essentielle du paquet minimum de soins organisé dans le cadre de l'IB. Au Bénin, le taux d'enfants complètement vaccinés avant l'âge d'un an est passé de 19% en 88 à 58% en 93. Pour la Guinée ce taux a été de 63% en 93 alors qu'il n'avait été que de 5% en 89 (Knippenberg et al., 1997). La figure adjacente présente les données vaccinales en DPT3 pour ces deux pays et le Mali entre 1988 et 1998 (source : (Knippenberg et al., 2003)). Au Sénégal, la disponibilité des ressources¹³ nécessaire à la mise en œuvre du PEV s'est accrue entre 92 et 95, passant de 69% à 82%, ce qui n'a

cependant pas permis d'élever les taux d'utilisation du PEV, restant stable sur la même période autour de 60% (I. Diallo, Fall, & Sarr, 1997). 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 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 & Mathonnat, 2000).

À propos des consultations prénatales (CPN), le taux d'utilisation a été de moins de 5% en 88 et de 43% en 93 au Bénin. En Guinée, alors qu'il a été de 3% en 88, il a atteint à 51% en 93 (Knippenberg et al., 1997)¹⁴. Bien que les ressources disponibles destinées aux CPN aient légèrement chuté d'une quinzaine de point au Sénégal, passant de 93% en 92 à 77% en 95, les taux d'utilisation ont presque doublé passant de 37% à 60% au cours de la période (I. Diallo et al., 1997).

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. Au Bénin, ce taux est

¹³ Pourcentage de temps pendant lequel les ressources sont disponibles

¹⁴ 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 (S. Diallo, Camara, & Daffe, 2000).

passé de 0.09 à 0.24 nouvelle consultation par habitant et par an entre 88 et 93 tandis qu'en Guinée il a évolué de 0.05 à 0.34 durant la même période (Knippenberg et al., 1997). 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 MEG, l'élévation du taux d'utilisation de 0,17 en 97 à 0,33 nouvelle consultation par habitant et par an en 99. 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 concerné, l'accroissement des taux d'utilisation de manière substantielle ; dans trois d'entre eux, ce taux a plus que doublé (Pangu, Aflagah, Kaba, Tairou, & Tchadre, 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, & Haddad, 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 est passé à 0,17 nouvelle consultation curative par habitant et par an en 1997 (Bodart, Servais, Lamine, & Schmidt-Ehry, 2001). En 2002, ce taux aurait atteint 0,27 (DEP, 2002). Dans le district de Tilabéry, au Niger, l'implantation 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 3.

Table 3: Évolution du taux d'utilisation des consultations curatives primaires au Sénégal, adapté de (I. Diallo et al., 1997)

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

Concernant l'efficacité financière et notamment le taux de recouvrement des coûts, l'étude réalisée par Soucat et ses collègues nous permet de savoir qu'en 93 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 89 à 65% en 93, soit une augmentation de 15 points. En Guinée, le taux moyen était plus faible, il était de 40% en 93. Le taux médian a diminué, quant à lui, de 44% en 90 à 40% en 93, soit une baisse de quatre 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, Kegels, Van Lerberghe, Diakité, & Touré, 1997). Dans la capitale, à Bamako, une étude a prouvé que sur neuf centres de santé communautaires 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 & 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, Wouters, & Morrow, 1996). Globalement, les comptes de résultats des 494 postes de santé étudiés en 95 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 (I. Diallo et al., 1997). Cependant, il est important de rappeler que les dépenses récurrentes hors salaire compte 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 93 à 95). C'est ainsi que les établissements ont vu leur budget public croître de 33%, dont 60% serait dû au paiement des frais par les usagers (Audibert & 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 et notamment ceux les plus importants tels que la supervision (salaire et transport), les frais d'acheminement des médicaments, les coûts de formation, etc (Meuwissen, 2002).

Une enquête menée parallèlement au Bénin, au Kenya et en Zambie en 95/96 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 et al., 2000). La pharmacie populaire du Mali, perdant son monopole d'importation en 90, importe majoritairement des médicaments essentiels génériques (MEG) puisqu'ils composaient 92% de son chiffre d'affaire en 97 par rapport à seulement 20% en 94. Sur le marché privé, ces médicaments constituaient 33% de la valeur totale des ventes (MSSPA, 1999). À la fin des années 90 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'achats demeurait 68% plus élevés dans les pharmacies privées que dans les formations sanitaires publiques (Maiga, Haddad, Fournier, & Gauvin, 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 et al., 1999). À la suite de l'implantation d'un projet durant trois années dans la région Nord du Faso, une évaluation a montré que la disponibilité annuelle moyenne de 10 médicaments essentiels a atteint 89% et que sur 1061 prescriptions analysées, 93% des médicaments l'étaient en Dénomination Commune Internationale (Nitiéma, Dajoari, & Ridde, 2004). Au Cameroun, l'accès aux MEG a été une priorité à l'occasion de l'implantation 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 l'implantation de l'IB. Alors qu'au début des années 90 le coût moyen d'un traitement était de 1000 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 & Mathonnat, 2000). Au Nigéria, l'implantation 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 vs 2,1; $p < 0,05$) (Uzochukwu, Onwujekwe, & Akpala, 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 l'implantation de l'IB (Deschamps, 2000). 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 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, Sambou, Wone, & Diallo, 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, & Onwujekwe, 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, luttent 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.

LES INDICATEURS D'EQUITE

L'évaluation de l'implantation de l'IB dans huit pays africains réalisée par l'UNICEF entre 1995 et 1997 a conclu que le problème de l'équité demeurait 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 problème de l'équité inter-régionale commence également à se poser dans les pays où la « revitalisation » des dispensaires (augmentation de l'accessibilité géographique) est bien avancée. Au Burkina, ce risque de disparités entre les CSPS actifs et dynamiques et les autres inquiétait déjà les responsables au démarrage de l'IB (Meunier, 1999). Nous pensons également 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 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 ou un médecin, 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 ruraux¹⁵ se trouvent contraints de se « contenter » d'un infirmier comme seul prescripteur médical (Balique 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 et al., 2001). Alors que les habitants des zones éloignées de la Sierra Leone sont plus pauvres que la moyenne générale et qu'ils sont

¹⁵ 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, & Ag Iknane, 2001).

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, & Mills, 1999).

Concernant l'utilisation des services, une enquête réalisée auprès des ménages béninois au début des années 90 dans le cadre de l'implantation 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 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 de cet article paraît soutenir cette affirmation, nous ne disposons pas de données détaillées. En revanche l'auteur précise 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 générale (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% vs 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 et al., 2000). 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). 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 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 (FS) menant cette politique et augmenté de 30,49% pour les FS ne l'adoptant pas (Ridde, 2003). Dans ce même pays, il a récemment été démontré qu'après l'utilisation de la médecine traditionnelle, le manque de ressource financière 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 (Nougara, Haddad, & Ridde, 2004).

Quant à la réalité des mesures d'exemption au Bénin, les points de vue sont divergents. Alors que 58% du personnel de santé affirment que les plus pauvres sont en mesure d'en

bénéficiaire, 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 cette étude béninoise va jusqu'à prétendre que dans la pratique les indigents n'existent pas. Dit autrement, ils sont complètement oubliés (Ouendo, Makoutode, Agueh, & Manko D'almeida, 2000). En outre, il semble qu'au Bénin, au Kenya et en Zambie en 1995/96 « *malgré l'existence dans les trois pays d'une politique nationale mettant l'accent sur l'importance des mesures d'exemptions, aucun n'a mis en œuvre des mécanismes formels efficaces pour protéger les pauvres du fardeau financier du paiement des soins* » (Gilson 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 vivaces¹⁶ (Booth, Milimo, & Bond, 1995). Les mêmes constats ont été fait au Sénégal (Sy, 1999). 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'exemptions¹⁷ 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). Pour le Kenya, les résultats ne sont pas non plus très encourageants. Une enquête dans 17 centres de santé a découvert que le nombre d'exemption ne dépassait que rarement les deux par mois (Owino, (1999) cité par Bitran & Giedion, 2002). Au Mali, alors que le gouvernement note dans son document de politique sectorielle de santé (95) 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, Asingwiire, Kouyaté, & Ssewaya, 1997). Le document du projet de démarrage de l'IB au Burkina Faso (92) est de la même veine. Il demeure même ambiguë puisqu'il affirme d'un côté 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, 1992). 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, 2003). 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

¹⁶ à Cotonou, capitale 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).

¹⁷ 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 & San, 1996).

1,6% de l'ensemble des cas de césarienne. De surcroît, 8 de ces 32 femmes ont payé le kit opératoire pour la césarienne (Bicaba, Ouedraogo, Ki, & Zida, 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 (I. Diallo, Mc Keown, & Wone, 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 districts (pour disposer d'un financement propre), le ministère de la Santé a été contraint de poursuivre l'implantation d'une politique sanitaire proche de celle de l'IB (Kivumbi & 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 & Kintu, 2002). Au Nigéria, aucune mesure existe pour les plus pauvres. Ces derniers doivent se tourner vers la solidarité familiale (Ogunbekun et al., 1996). 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 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 & Ridde, 2000; Ridde & 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 jugée différemment par les ménages les plus pauvres 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 générale (75% vs 91%) (Gilson 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 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 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. L'implantation 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 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 destinés au Kenya (cinq districts sur huit) à l'engagement de personnel supplémentaire ou demeurent dans les comptes en banque (Gilson 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, quant 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 (thésaurisation¹⁸) a augmenté de 9% entre les deux périodes d'étude (94/96 vs 99/2000) (Ridde, 2003). Dans un centre hospitalier 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 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 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 95 à 99, 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, Midol, Buisset, & Burkina, 1999). Dans la région Nord du Faso, la trésorerie moyenne des formations sanitaires est de 1,2 millions de F CFA en 2003, elle a augmenté de 854% par rapport au début du projet démarré trois ans avant (Nitiéma et al., 2004). 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.

¹⁸ Cette tendance avait déjà été relevée par l'UNICEF au démarrage de l'IB (Paganini, 1991)

Table 4: Évolution des comptes d'exploitation des postes de santé sénégalais, adapté de (I. Diallo et al., 1997)

| | Dépenses moyennes | | | | | | Recettes Moyennes | | | | Résultats Moyens | |
|--------------|-------------------|----------|------|--------------|-----------|------|-------------------|----------|------|--------------|------------------|--------------|
| | Nbre de postes | En F CFA | Base | Augm. /94-S1 | En F CFA | Base | Augm. /94-S1 | En F CFA | Base | Augm. /94-S1 | Base | Augm. /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% | | |

La première est que la dévaluation du F CFA en janvier 1994 a été 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 (I. Diallo 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 (Nitiéma et al., 2004; Nitiéma et al., 2003), à ne pas ajuster les dépenses à la baisse des recettes (donc de l'utilisation des services), puisque le tableau 4 démontre que les dépenses moyennes ont subi un accroissement bien plus conséquent que les recettes. 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 et al., 1999). Cependant, il faut tempérer l'optimisme des 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 avoir payé les salaires et les médicaments, ce qui ramène le pourcentage entre 6 et 8%¹⁹.

Les prix des médicaments peuvent parfois être élevés et ainsi réduire les capacités des populations à accéder aux traitements nécessaires. Une enquête du BASP 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% (Jarl Chabot, Conombo, Meuwissen, & Yonli, 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 (I. Diallo 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 !) (I. Diallo 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 et al., 1999).

¹⁹ Pourcentage que nous estimons en fonction de deux graphiques du chapitre, car les auteurs ne fournissent pas d'information très précise sur cette question

COMPRENDRE LES RESULTATS

UNE INTERPRETATION ERRONEE DES PRINCIPES DE L'IB

Contrairement à l'entendement général, il nous semble important de dépasser notre lecture de l'IB à 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 de ce processus demeure, officiellement, 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 adoptée 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 Grant²⁰ l'entendait en 1987 lors de l'annonce de l'initiative (Mc Pake 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 plus financière 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. Mais 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 réactivité²¹ 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). 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 l'écrivait un fonctionnaire de l'UNICEF en 1989 (Ofosu-Amaah, 1989) dont l'un des objectifs essentiels, avons-nous dit, est l'équité (WHO, 1996) et « *planifier pour l'équité* [dans les SSP]

²⁰ Directeur de l'UNICEF à l'époque

²¹ Ce qui constitue un des trois objectifs des systèmes de santé (OMS, 2000)

nécessite l'identification des groupes défavorisés » (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). *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 90. Il était donc important de demander aux planificateurs d'organiser des mesures permettant de réduire l'exclusion des services due à ce mode de financement communautaire. C'est un des huit principes de l'IB (voir figure 3 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 et al., 1990), mais nous avons vu que cette préoccupation est reléguée au second plan.

EFFICACITE OU ÉQUITE ?

Quels sont les résultats du match entre l'efficacité et l'équité ou pour reprendre le titre d'un article d'un économiste africain, du dilemme efficacité/équité (Tchicaya, 1994) ?

Nous croyons que ce sont les questions d'administration et de gestion qui ont pris le pas sur les préoccupations d'accès aux soins. Dit autrement, l'aspect équitable de l'IB que nous avons précédemment évoqué a été négligé et les préoccupations premières des acteurs ont été concentrées sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place. Des analyses des réformes sanitaires des récentes décennies par des experts en la matière aboutissent à la même conclusion (Gilson, 2000; Zwi & Yach, 2002)²². En Afrique, d'autres ont constaté qu'effectivement l'équité est devenue un but secondaire laissant la priorité à la viabilité financière, l'efficacité et l'efficience (Leighton, 1996). Les experts de l'OMS Afrique et de l'UNICEF, membres du récent « Bamako Initiative Working Group » aboutissent aux mêmes considérations : « *s'occuper de la question de l'équité d'accès géographique et financier aux soins de santé demeure un défi* » (p.28) et ils veulent donc que « *la problématique de l'équité et la manière d'atteindre ceux qui ne le sont pas deviennent une priorité dans le futur* » (OMS/AFRO, 1999, p.14).

²² Ce dilemme entre efficacité et équité aurait même, selon certains et au-delà du contexte africain, été complètement ignoré dans le débat de société (Sassi, Le Grand, & Archard, 2001). Ces auteurs notent qu'ils avaient mis en évidence, dans une revue systématique de la littérature entre 1987 et 1997, le fait que les évaluations économiques dans le domaine de la santé n'avaient quasiment jamais pris en compte des indicateurs d'équité. La critique de l'utilisation des DALYs par la Banque Mondiale puis l'OMS pour la planification sanitaire va dans le même sens (Anand & Hanson, 1998).

Notre analyse concernant la mise en œuvre de quelques composantes de l'IB et des SSP au Burkina Faso fournit les mêmes constats (Nitiéma et al., 2003). Drabo (2002), dans son étude sur la mise en œuvre des SSP au Faso financée par l'OMS écrit : « *on peut affirmer que l'IB a permis un renforcement général du système de santé de district avec cependant une focalisation sur les aspects financiers de la gestion de l'offre de soins* » (p. 19). Des enquêtes socio-anthropologiques menées dans cinq capitales ouest-africaines (Bamako, Niamey, Dakar, Conakry et Abidjan) portant sur l'accès aux soins et l'organisation des services de santé ont, à la grande surprise des auteurs, abouti à la même conclusion : le dysfonctionnement (Jaffré et al., 2002). Voilà pourquoi certaines voix s'élèvent maintenant pour réclamer, non pas des « *réformes du secteur de la santé orientées vers le marché* » (Whitehead et al., 2001, p.833) mais « *une nouvelle vague de réformes intenses orientées vers l'équité* » (D. R. Gwatkin, 2001, p.720) pour que les systèmes de santé soient plus équitables (D. Gwatkin et al., 2004). L'étude des résultats présentés dans cette partie soutient cette affirmation puisque nous avons trouvé que c'est essentiellement le critère d'efficacité qui a une tendance à être poursuivi et rencontré. Les prestataires de soins semblent être plus motivés par la maximisation de leur revenu (Tizio & Flori, 1997) que par la redistribution de ce dernier en vue de l'amélioration de l'accès aux soins. Cela n'est pas sans nous rappeler le contenu d'un article datant du début de la mise en œuvre de l'IB par l'un des fonctionnaires de l'UNICEF. Dans ce document, il décrit les huit principes (figure 3), mais le ton employé est peut être révélateur d'un état d'esprit de l'époque orienté vers l'efficacité au détriment de l'équité. En effet, le principe n°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 (le point n°7) « *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).

L'ensemble des États africains et leurs partenaires au développement ont récemment reconnu cet état de fait lors de la revue de l'IB en mars 1999. Les délégués de plus d'une quarantaine de pays se sont rencontrés à Bamako et ont ensemble affirmé que malgré certaines expériences réussies, l'agenda reste inachevé puisque les plus démunis demeurent exclus des services de santé. Ces délégués sont revenus aux principes des SSP et de l'IB en demandant aux gouvernements de « *garantir l'équité de l'accès aux soins* » (OMS, 1999b, p.3). Lors d'une rencontre en Belgique en 2001²³, un cadre de l'OMS Afrique confirme de nouveau ces résultats tronqués de l'IB dans une communication dont le titre est évocateur : « *d'Alma-Ata à Bamako : un travail inaccompli* » (El Abassi, 2001), ce qu'il confirme avec d'autres ailleurs (Knippenberg et al., 2003). « *La stratégie des Soins de Santé Primaires est toujours aussi pertinente aujourd'hui qu'il y a vingt ans ; cependant l'équité doit maintenant passer d'un statut largement implicite à une composante explicite de la stratégie* », soulignent Braveman et Tarimo (2002, p. 1621) dans une large revue des inégalités sociales de santé concernant les pays du Sud.

Ainsi que le déchiffrait Bernard Hours (1992), la mise en œuvre de l'IB a été vue sous l'angle néolibéral, et la santé est devenue un produit comme un autre soumis à la loi de l'offre et de la demande qui régule le marché. Effectivement, la promotion de la privatisation par les économistes tend à reléguer au second plan la question de l'équité (Turshen, 1999). Alors que la

²³ Il s'agissait d'une réunion d'un groupe de travail ministériel qui a donné lieu à une déclaration « Health Care for All », voir le numéro spécial de la revue International Journal of Health Planning and Management 2003, 18, S1.

politique des SSP se fondait sur une vision égalitariste, il semble que celle de l'IB ait été interprétée selon une visée essentiellement libérale. Ainsi que le souligne Flori et Tizio : « *même si, dans la lettre, le principe de « santé pour tous » n'est pas oublié par les pays qui mettent en œuvre la stratégie sanitaire de l'initiative de Bamako, c'est explicitement le volet efficacité, à la fois au plan organisationnel et financier, qui est promu au rang de priorité dans les interventions de santé* » (Flori & Tizio, 2000, p.469).

Ces auteurs pensent que cette transition de l'équité des SSP à l'efficacité de l'IB est principalement due au déclin du rôle des États africains. Nous ne pouvons évidemment nous empêcher de lier cette affirmation aux préoccupations initiales lors du lancement de l'IB en 87. Certains, avaient en quelque sorte devancé l'appel, en attirant notre attention sur le fait que le rôle des gouvernements par cette nouvelle politique n'était pas explicitement présenté et que le flou entourant la question de la responsabilité allait très certainement susciter l'enthousiasme des États (J. Chabot, 1988). Nous devons ajouter à cela le fait que le transfert de la responsabilité aux communautés a pu, dans certains cas, renforcé l'accroissement des inégalités d'accès aux soins, non seulement à l'intérieur de ces mêmes communautés mais également entre les différentes régions. Le rôle de l'État demeure crucial dans la garantie d'un accès universel aux soins.

UNE POLITIQUE PUBLIQUE COMPOSEE DE SOUS-PROCESSUS

Lorsque l'on compare les différents résultats au plan de l'efficacité et de l'équité de l'implantation de l'IB, il s'agit de les examiner avec précaution compte tenu du fait que, d'une part, les données secondaires sont issues de différents pays, programmes ou projets implantés dans plusieurs régions ou districts sanitaires et, d'autre part, une politique de santé n'est ni monolithique ni linéaire.

Elle n'est pas monolithique car entre la phase de l'émergence et celle de l'évaluation de l'implantation, il subsiste de nombreuses étapes. Quelques auteurs (voir (Howlett & Ramesh, 1995)) ont proposé de qualifier le processus des politiques publiques en fonction de paliers explicitement ou imparfaitement nommés « étapes » (Lemieux, 2002). Lemieux affirme qu'il existe trois processus récurrents, celui de l'émergence, celui de la formulation et enfin celui de l'implantation ou de la mise en œuvre d'une politique (Lemieux, 2002). Il avance que l'adoption (la sélection pour Kingdon (Kingdon, 1995)) n'est pas partie prenante du processus et fait plutôt figure de procédure officielle pouvant, selon les cas, anticiper ou avaliser un processus en cours. Nous partageons cette opinion tant il est vrai, dans le domaine des politiques publiques soutenues par la communauté internationale, que ces procédures ressemblent plus à des grand-messes qu'à des opportunités de débats intenses, les choix étant bien souvent préalablement faits par les experts. De plus, la plupart des analystes des politiques de santé s'entendent pour avancer que les politiques ne sont pas non plus linéaires en ce sens que le choix des solutions à mettre en œuvre n'est pas toujours rationnel ou que l'implantation pragmatique n'est pas toujours en phase avec ce qui a été prévu (« *implementation gap* »). Certains ajoutent même que ces politiques vivent selon un processus « *tourbillonnaire* » (Monnier, 1992, p.87) où la formulation, la mise en œuvre et l'évaluation sont en constante évolution itérative produisant de temps à autre, et comme il semble que ce soit le cas à propos de l'IB, certaines « *dérives* » (p.87).

Il est donc maintenant clair que notre analyse descriptive des résultats de l'IB en Afrique de l'Ouest ne tient pas compte de ces dernières précisions (ni monolithique, ni linéaire) puisque nous ne sommes pas en mesure d'établir de liens entre l'étape dans laquelle se situe l'implantation de l'IB dans un pays ou un district donné et les résultats que nous avons présentés. L'analyse comparative, qui débouche sur la constatation de la mise à l'écart de l'équité, peut donc être sujette à controverse, comme c'est bien souvent le cas en science politique (Meny & Thoenig, 1989). Cependant, les résultats exposés succinctement dans la section précédente montrent clairement que si l'implantation de l'IB a porté ses fruits au plan de l'efficacité, les objectifs d'équité n'ont pas été atteints, et ce, *quel que soit l'état d'avancement dans le processus de l'IB*. Voilà pourquoi il nous semble essentiel de porter notre attention, non pas sur les premières phases du processus de l'IB mais bien sur le cœur de l'implantation de cette dernière. L'émergence et la formulation de cette politique, ainsi que certains l'ont d'ores et déjà mis en lumière à propos des politiques publiques dans les pays du Sud (Brinkerhoff, 1996), sont largement d'origine exogène et sont l'aboutissement d'un processus de consultations internationales visant à contrecarrer les carences de la politique antérieurement mise en œuvre (les SSP). Le contenu même de cette politique de la fin des années 80 est international, homogène et ses initiateurs ont voulu définir le plus clairement possible les différents moyens (solutions) à mettre en place pour que la politique de l'IB porte ses fruits. Cependant l'implantation d'une politique est bien souvent tributaire, en partie, de la volonté des acteurs impliqués et, dans le cas de l'IB, nous pouvons affirmer que chaque district sanitaire africain, tout en restant dans les normes habituelles, dispose d'une certaine marge de manœuvre dans la mise en œuvre de cette politique.

LES FACTEURS D'INFLUENCE ET LES COURANTS TRAVERSANT L'IMPLANTATION

Plusieurs affirment que les échecs relatifs des politiques sanitaires dans les pays du Sud trouvent leur origine dans le fait que la plupart d'entre elles se sont surtout focalisées sur les recettes et les moyens de les mettre œuvre ; le contenu (formulation) retenant plus l'attention que le processus (Walt & Gilson, 1994). Or, il semble déterminant de prendre en compte d'autres éléments fondamentaux, tels que les stratégies d'implantation et les personnes clefs affectées, ce qui semble avoir peu éveillé l'attention des analystes et autres chercheurs (Grindle & Thomas, 1991). Selon Walt et Gilson (1994), les facteurs à prendre en compte dans l'étude des politiques publiques sont au nombre de quatre : le contenu des politiques, les stratégies d'implantation, le contexte dans lequel elles se déroulent et enfin, les acteurs affectés ou influents par rapport à cette nouvelle politique.

Si le processus que nous venons de décrire se déroule sous l'influence de plusieurs facteurs qu'il conviendra de prendre en compte dans l'analyse descriptive, il semble également qu'il soit la résultante de la rencontre de plusieurs courants. Dans un ouvrage aujourd'hui célèbre, John Kingdon (Kingdon, 1995) propose une théorie fondée sur trois courants. Pour lui, l'émergence d'une politique publique s'explique par la rencontre (coupling), initiée par un entrepreneur politique au moment où apparaît une opportunité (fenêtre), du courant des problèmes et du courant des orientations (politics), le courant des solutions étant également présent mais demeurant plus éloigné (loosely coupled). Sans cette rencontre, aucune politique ne peut faire surface, les problèmes restent irrésolus, des solutions existent ou sont promues par certains

acteurs mais elles ne sont pas recevables et les orientations politiques du moment ou les idées du temps présent ne peuvent être appliquées puisqu'il n'existe pas de problème et de solution pour les proposer. Mais lorsque apparaît le moment opportun dans le courant des problèmes ou des orientations, ce qui est rare et éphémère, un entrepreneur politique usera de ses diverses ressources et mettra tout en œuvre pour que ceux-ci se rejoignent, étant entendu que la résolution des problèmes n'est pas utopique donc que certaines solutions sont connues, afin qu'émerge une politique publique. Précisons que la présence d'entrepreneurs n'est pas cantonnée dans un seul courant mais ceux-ci peuvent, au contraire surgir de tous les courants, selon la situation et la prédominance de l'un ou de l'autre. Appliquée à l'IB, nous pouvons avancer que l'UNICEF et l'OMS (entrepreneurs politiques) procédant au couplage du courant des problèmes (efficacité, équité) à celui des orientations (démocratisation, décentralisation et privatisation), permet l'émergence de cette politique à la fin des années 80. Prolongeant cette interprétation de Kingdon, Lemieux (Lemieux, 2002) avance que dans l'étape de la formulation, c'est le courant des solutions qui rencontre celui des orientations et dans la mise en œuvre, nous avons affaire au couplage du courant des solutions avec celui des problèmes, le troisième courant étant toujours présent. À partir de l'application de cette théorie, plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les résultats de l'IB, elles seront proposées dans un prochain article (Ridde, 2005).

LE JEU DES ACTEURS SOCIAUX

Dans un article anthropologique analysant à Bamako, Dakar et Niamey les stratégies des acteurs des systèmes de santé, Jaffré note que ces trois capitales ont en commun le fait que leur pays respectif a adhéré à l'IB mais qu'au delà de la cohérence internationale de cette politique, on assiste à des choix pragmatiques bien différents et effectués diversement par les acteurs et les destinataires (Jaffré, 1999). À l'instar de bien des auteurs, nous pensons que le rôle des acteurs est central dans la mise en œuvre et l'appropriation d'un changement. Il semble que cela soit d'autant plus le cas lorsque nous avons affaire à une politique publique où des conflits liés aux valeurs peuvent amener les acteurs à tenter de bloquer ou d'entraver les réformes sanitaires (Gilson, 1997a). Cette résistance potentielle est encore plus évidente dans notre étude puisque nous savons combien la notion d'équité est différemment interprétée selon les sociétés, et qui plus est, la conception de l'implantation d'une politique de santé peut être comprise diversement selon la perspective et les intentions des acteurs concernés (Walt, 1994). Ainsi, il nous semble qu'il est fondamental d'étudier en profondeur la dynamique du jeu des acteurs, ce que nous avons tenté de faire au Burkina Faso²⁴.

²⁴ Ridde, V., Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso. Thèse de doctorat en santé communautaire (en cours), Université Laval, Québec

CONCLUSION ET IMPLICATIONS POLITIQUES

La présente analyse de l'implantation de l'initiative de Bamako nous a donné l'occasion de mettre en exergue le fait que les résultats de cette politique publique sont essentiellement de l'ordre de l'efficacité et non pas de l'équité. Cette revue tend également à montrer que c'est le cas dans la majeure partie des expériences en cours en Afrique de l'Ouest, et ce, *quel que soit l'état d'avancement dans l'implantation de l'IB*. Aussi, nous pensons que les acteurs du secteur de la santé, dans le contexte particulier de la coopération internationale soutenant les États africains dans l'application de cette politique, constituent la pierre angulaire des réformes. L'analyse de la complexité des interactions entre ces acteurs sociaux est essentielle à entreprendre pour comprendre les résultats présentés dans cette revue. C'est à l'aide de cette amélioration de l'état des connaissances que nous serons capables d'envisager la définition de mesures incitatives pour influencer les comportements des acteurs sociaux ; l'objectif étant de retrouver l'équité d'origine de la stratégie des soins de santé primaires et de l'initiative de Bamako. Effectivement, *« un acteur changera s'il est incité à le faire, s'il comprend les choses de façon différente, si les techniques qu'il mobilise se transforment, si les lois et les règlements changent et enfin si le système dominant de croyances et les valeurs morales évoluent »* (Contandriopoulos, Champagne, Denis, Sicotte, & Lemay, 1996, p.16).

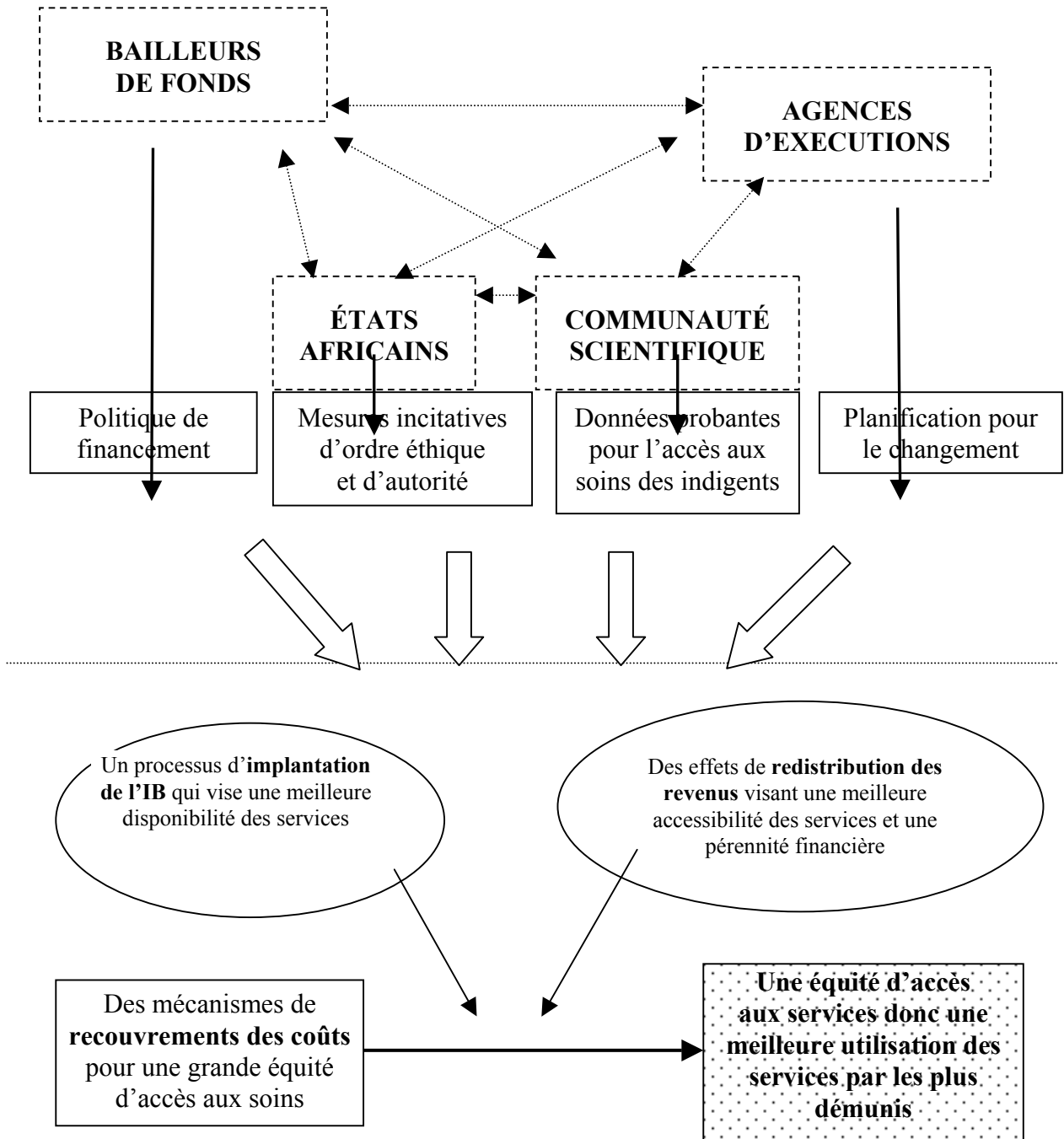
Mais en attendant le développement de ces travaux de recherche socio-anthropologique, il nous paraît maintenant urgent, 15 ans après la mise en œuvre de l'IB, que l'équité réapparaisse comme une priorité et soit mise au centre des interventions et politiques de santé publique. Pour ce faire, adaptant une figure employée ailleurs (Ridde & Girard, 2004), nous proposons dans les dernières pages une quadruple perspective (Figure 5).

Les États africains doivent user de leur pouvoir régalién pour inciter fortement les équipes cadres de districts et les membres des COGES à se préoccuper de l'exclusion permanente. Le niveau central, même dans un processus de décentralisation, se doit de gérer et définir les objectifs stratégiques. En adhérant à l'IB, les États africains se sont prononcés pour une plus grande équité (Ministère de la santé, 1992) et pour des réformes prenant en compte les indigents (OMS, 1996). Les États doivent organiser des mesures incitatives (principalement fondées sur l'éthique et l'autorité (Contandriopoulos, Fournier, Denis, Champagne, & Arweiler, 1999)), résultant de modalités organisationnelles, afin d'influencer les décisions des acteurs et d'être le garant des valeurs de justice distributive.

Les agences d'exécutions (ONG, OI...), doivent maintenant dépasser les objectifs purement opérationnels. Ces organisations sont maintenant devenues pour la plupart très efficaces ; les hommes et les femmes qui les composent sont de brillants professionnels. Les outils de planification de projets sont au point depuis bien longtemps que ce soit les cadres logiques d'intervention créés au début des années 70 ou la méthode de planification par objectifs (ZOPP) de la coopération allemande datant de 1983. Il nous semble que la technique et l'obsession de l'efficacité ont pris le pas sur les valeurs qui sous-tendent l'IB. Comme nous le disions dans l'exorde de ce document, l'IB va bien plus loin que la seule gestion des MEG ou la construction de nouveaux centres de santé. Il faut revenir à l'essentiel de la planification opérationnelle ; que ce soit la vision de Henrik L. Blum abordée dans son ouvrage de référence aujourd'hui vieux de

20 ans : le changement social (Blum, 1981) ; ou celle de Green dans un autre ouvrage célèbre à propos de l'objectif des SSP : l'équité (Green, 1999).

Figure 5 : Les implications politiques pour une plus grande équité d'accès aux soins



Les bailleurs de fonds et notamment l'Agence Canadienne de Développement Internationale (ACDI), devraient se sentir solidaires avec notre positionnement. Bien que l'ACDI affirme que ses programmes de santé doivent « *mettre l'accent sur les populations les plus démunis [...] favoriser l'équité [...] et] viser un accès universel aux services essentiels* (ACDI, 1996, p. 12)», nous avons montré que ce n'était pas vraiment le cas. Dans ses financements, l'ACDI devrait veiller à ce que ses principes directeurs d'équité soient effectivement respectés, « *...la réduction de l'inégalité devant la santé relève donc avant tout d'un préalable de nature politique et non d'un simple choix à caractère technique* (Fassin, 2000b, p. 33)». Il ne suffit pas d'énoncer des principes, encore faut-il les faire respecter et évaluer leur état d'avancement. Il n'est pas question ici de proposer une politique de conditionnement de l'aide, mais plutôt d'attirer l'attention des décideurs sur le recentrage nécessaire des politiques de financement sur l'équité et la réduction des inégalités.

Enfin, la communauté scientifique est encore que trop peu mobilisée pour trouver des pistes de solutions visant à rendre l'IB plus équitable. Par exemple, la manière dont il faut organiser les mesures d'exemptions du paiement des soins pour les indigents n'est que très peu connue (Bitran & Giedion, 2002). De même, on ne sait pas vraiment comment faire en sorte que les mécanismes de partage des risques (mutuelles et exclusion temporaire) puissent intégrer la prise en charge des indigents (exclus permanents). Puisque les données probantes sont éparpillées et réduites, nous pensons qu'il est nécessaire et urgent de constituer des projets de recherche-action pour trouver des solutions favorisant l'accès aux soins des indigents. Deux raisons essentielles justifient cette proposition. La première est qu'il est indispensable, comme le cas de l'Afrique du Sud et de l'organisation de la gratuité des soins de santé primaires l'illustrent parfaitement (Walker & Gilson, 2004), d'impliquer les agents de santé, entre autres, dans la mise en œuvre d'une telle solution d'exemption du paiement. La seconde raison est relative aux données probantes concernant les mesures d'exemption du paiement dans le cadre de l'IB. Elles sont encore trop parcellaires pour que nous puissions immédiatement passer à l'action. Aussi, il sera préférable de prévoir un programme de recherche-action. Cela sera l'occasion d'impliquer les acteurs locaux dès le début et de produire localement un certain nombre de connaissances et de données probantes concernant la manière dont il faut organiser l'accès aux soins pour les indigents. La production de telles connaissances permettra, assurément, aux décideurs politiques ouest-africains de prendre toutes les décisions nécessaires au déploiement des mesures d'exemption à l'échelle de leur pays, ce qui contribuera, nous l'espérons, à la réalisation des objectifs nationaux d'équité fixés dans les politiques publiques de santé et des fameux objectifs du millénaire pour le développement. Mais pour cela, il faut que les bailleurs de fonds de la recherche s'efforcent à réduire le fameux écart 10/90 puisque seulement 10 % des sommes affectées à la recherche dans le monde sont consacrées à des maladies ou des problématiques, situées dans les pays du Sud, qui représentent pourtant 90 % de la morbidité mondiale (Global Forum for Health Research, 2000).

BIBLIOGRAPHIE

- ACDI. (1996). *Stratégie de santé*: Direction générale des politiques.
- Afogbe, K. (1997). *Rapport de l'étude sur l'utilisation des médicaments essentiels génériques (MEG)*. Ouagadougou: Ministère de la santé, BASP'96.
- Ambassade royale des Pays-Bas. (1999). *L'évolution du système de santé au Mali depuis l'Initiative de Bamako. Contribution des projets 1987-1999*. Bamako.
- Anand, S., & Hanson, K. (1998). DALYs : efficiency versus equity. *World Development*, 26(2), 307-310.
- Arhin-Tenkorang, D. (2000). *Mobilizing resources for health : the case for user fees revisited* (Commission on Macroeconomics and Health). Cambridge: Centre for International Development at Harvard University.
- Audibert, M., & Mathonnat, J. (2000). Cost recovery in Mauritania : initial lessons. *Health Policy and Planning*, 15(1), 66-75.
- Balique, H., Ouattara, O., & Ag Iknane, A. (2001). Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé Publique*, 13(1), 35-48.
- Banerji, D. (1999). A fundamental shift in the approach to international health by WHO, UNICEF and WORLD BANK : instances of the practice of "intellectual fascism" and totalitarianism in some asian countries. *International Journal of Health Services*, 29(2), 227-259.
- Banque Mondiale. (2003). *Santé et pauvreté au Burkina Faso : progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté*. Washington.
- Bardach, E. (2000). *A practical guide for policy analysis : the eightfold path to more effective problem solving*. New York: Chatham House Publishers Seven Bridges Press.
- Benoist, J. (1991). Les communautés, l'argent et la santé en Afrique. In CIE (Ed.), *Actes du séminaire international : Argent et santé. Expériences de financement communautaire en Afrique* (pp. 47-60). Paris.
- Berche, T. (1998). *Anthropologie et santé publique en pays dogon*. Paris: APAD-Karthala.
- Bicaba, A., Ouedraogo, J., Ki, S., & Zida, B. (2003). *Accès aux urgences chirurgicales et équité*. Ouagadougou: ABSP, CRDI, Udm.
- Bitran, R., & Giedion, U. (2002). *Waivers and exemptions for health services in developing countries. Final draft*. World Bank.
- Blaise, P., Kegels, G., Van Lerberghe, W., Diakité, B. D., & Touré, G. (1997). *Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali*. Antwerp, Belgium: ITG Presse.
- Blum, H. (1981). *Planning for health, Generics for the eighties* (second edition ed.). New-York: Human Science Press.
- Bodart, C., Servais, G., Lamine, Y. M., & Schmidt-Ehry, B. (2001). The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 16, 74-86.
- Boidin, B. (2000). *Le rôle des principes éthiques dans les politiques de santé appliquées aux pays en développement*. CNRS/CERDI, Clermont-Ferrand, France.
- Booth, D., Milimo, J., & Bond, G. a. (1995). *Coping with cost recovery, A study of the social impact of and responses to cost recovery in basic services (health and education) in poor communities in Zambia, working paper task force on poverty reduction*. Stockholm: Stockholm University, Department of Anthropology, Development Studies Unit.
- Braveman, P. (2003). Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *Journal of Health Population Nutrition*, 21(3), 181-192.
- Braveman, P., & Tarimo, E. (2002). Social inequalities in health within countries : not only an issue for affluent nations. *Social Science and Medicine*, 54, 1621-1635.
- Brinkerhoff, D. W. (1996). Process Perspectives on Policy Change : Highlighting Implementation. *World Development*, 24(9), 1395-1401.
- Brunet-Jailly, J. (1992). Santé : une occasion manquée?, Le Mali et l'Initiative de Bamako. *Afrique Contemporaine*(162), 3-18.
- Bryant, J. H., Khan, K. S., & Hyder, A. A. (1997). L'éthique, l'équité et l'actualisation de la stratégie OMS de la santé pour tous. *Forum Mondial de la Santé*, 18, 115-123.
- CADESS. (2000). *Formation en gestion des membres non médecins des équipes cadres de district*. Ouagadougou: MS/SG/DGSP/CADESS, modules 1 à 7.

- CADSS. (2001). *Formation des médecins en gestion des districts sanitaires*. Ouagadougou: MS/SG/DGSP/CADSS, modules 1 à 15.
- Chabot, J. (1988). The Bamako Initiative - Letter. *Lancet*, december 10.
- Chabot, J., Conombo, S. C., Meuwissen, L., & Yonli, L. (1999). *Rapport de l'évaluation finale du programme d'appui aux soins de santé primaires dans la région de Kaya (PASSPK)*. Ouagadougou: MS-SCPB.
- Collins, C. (1994). *Management and organization of developing health systems*. Oxford: Oxford University Press.
- Condamine, J.-L., Artigues, S., Midol, S., Buisset, K., & Burkina, é. A. (1999). Programme de soutien à la mise en place de l'Initiative de Bamako : analyse de la création de huit aires de santé, province de la Gnagna. *Cahier Santé*, 9(5), 305-311.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., Sicotte, C., & Lemay, A. (1996). *Éléments financiers incitatifs/dissuasifs du système de santé au Canada*. Montréal: Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé.
- Contandriopoulos, A.-P., Fournier, M.-A., Denis, J.-P., Champagne, F., & Arweiler, D. (1999). Les mesures incitatives et le paiement des ressources. In C. Bégin, P. Bergeron, P.-G. Forest & V. Lemieux (Eds.), *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation* (pp. 123-147). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Creese, A., & Kutzin, J. (1997). Lessons from cost recovery in health. In C. Colclough (Ed.), *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage ?* (pp. 37-62). Oxford: Clarendon press.
- DEP. (2002). *Annuaire statistique 2002*. Ouagadougou: Ministère de la santé, Direction des Études et de la Planification.
- Deschamps, J.-P. (2000). Les enjeux de santé publique dans le pays en voie de développement. *Médecine&Sciences*, 16(11), 1211-1217.
- Diallo, I., Fall, O., & Sarr, A. (1997). l'Initiative de Bamako au Sénégal. In J. Brunnet-Jailly (Ed.), *Innover dans les systèmes de santé, Expérience d'Afrique de l'Ouest* (pp. 209-218.). Paris, France: Editions Karthala.
- Diallo, I., Mc Keown, S., & Wone, I. (1996). l'Initiative de Bamako dope les soins primaires. *Forum mondial de la santé* 17, 417-420.
- Diallo, S., Camara, Y. B., & Daffe, M. (2000). Consultation prénatale et état de santé des nouveau-nés à l'INSE. *Médecine d'Afrique Noire*, 47(5), 233-235.
- Drabo, K. M. (2002). *Revue de la mise en oeuvre des soins de santé primaires au Burkina Faso*. Ouagadougou: IRSS/Centre Muraz/OMS/Ministère de la santé.
- Dugbatey, K. (1999). National health policies : sub-saharan African case studies (1980-1990). *Social Science and Medicine*, 49, 223-239.
- Duncan, T., Lavy, V., & Strauss, J. (1996). Public policu and anthropometric outcomes in the Côte d'Ivoire. *Journal of Public Economics*, 61, 155-192.
- El Abassi, A. (2001). *Health care for all : The Antwerp Meeting. From Alam-Ata to Bamako : an unfinished business. Power Point Presentation*. Antwerp: UNICEF.
- Ensor, T., & San, P. B. (1996). Access and payment for health care : the poor of Northern Vietnam. *International Journal of Health Planning and Management*, 11, 69-83.
- Fabricant, S., Kamara, C., & Mills, A. (1999). Why the poor pay more : household curative expenditures in rural Sierra Leone. *International Journal of Health Planning and Management*, 14(3), 179-199.
- Fassin, D. (2000a). Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'oeuvre. *Ruptures*, 7(1), 58-78.
- Fassin, D. (2000b). *Les enjeux politiques de la santé, Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. Paris: Karthala.
- Fassin, D., & Gentilini, M. (1989). The Bamako Initiative - Letter. *Lancet*, January 21, 162-163.
- Flori, Y.-A., & Tizio, S. (2000). Les politiques sanitaires subsahariennes : efficacité versus équité ou efficacité ergo équité. In A. Alcouffe, B. Fourcade, J. M. Plassard & G. Tahar (Eds.), *Efficacité versus équité en économie sociale*, (Vol. 2, pp. 467-478). Paris: L'Harmattan.
- Fournier, P., Augoyard, P., & Haddad, S. (2001). *Initiative de Bamako et déterminants des performances financières des centres publics de santé (exemple en Guinée)*. Paris: Communication, Stage "qualité des soins" de l'ASPROCOP, Paris, 29-31 août 2001.
- Gauthier, B. (Ed.). (1997). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (3ème ed.). Ste-Foy, (QC), Canada: Presses de l'Université du Québec.
- Gilson, L. (1997a). *Implementing and evaluating health reform processes : lessons from the literature*. Bethesda: PHR-Abt Associates.

- Gilson, L. (1997b). The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 12(4), 273-285.
- Gilson, L. (1998). In defence and pursuit of equity. *Social Science and Medicine*, 47(12), 1891-1896.
- Gilson, L. (2000). Readdressing equity : the importance of ethical processes. In A. Mills (Ed.), *Reforming health sectors* (pp. 103-122). London and New York: Kegan Paul International.
- Gilson, L., Kalyalya, D., Kuchler, F., Lake, S., Organa, H., & Ouendo, M. (2000). The equity impacts of community financing activities in three African countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 15, 291-317.
- Gilson, L., Kalyalya, D., Kuchler, F., Lake, S., Organa, H., & Ouendo, M. (2001). Strategies for promoting equity : experience with community financing in three African countries. *Health Policy*, 58(1), 37-67.
- Girard, J. E., Allen, M. F., Asingwiire, N., Kouyaté, D. D., & Ssewaya, A. (1997). *Impact du recouvrement des coûts sur l'équité d'accès aux soins de santé pour les plus démunis*. Québec: ACSP-Université Laval.
- Girard, J. E., & Ridde, V. (2000). *L'accès aux soins pour les indigents dans un contexte africain de mise en œuvre de l'Initiative de Bamako*. Paper presented at the Conférence internationale : Financement des services dans le pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie; 30 nov.-1 déc., CNRS/CERDI, Clermont-Ferrand, France.
- Global Forum for Health Research. (2000). *The 10/90 report on health research 2000*. Geneva: Global Forum for Health Research, www.globalforumhealth.org.
- Gobbers, D. (2001). *La question de la qualité au coeur de l'équité dans l'accès aux soins à Abidjan*. Paris: Communication, Stage "qualité des soins" de l'ASPROCOP, Paris, 29-31 août 2001.
- Gobbers, D. (2002). L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. *Actualité et dossier en santé publique, Mars*(38), 71-78.
- Green, A. (1999). *An Introduction to health planning in developing countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Green, A., & Collins, C. (2003). Health systems in developing countries: public sector managers and the management of contradictions and change. *Int J Health Plann Manage*, 18 Suppl 1, S67-78.
- Grindle, M. S., & Thomas, J. W. (1991). *Public choices and policy change. The political economy of reform in developing countries*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- GTZ. (2000a). *Etude sur la mise en place des médicaments essentiels et génériques dans les régions sanitaires de Gaoua et de Dedougou*. Dedougou: GTZ.
- GTZ. (2000b). *Résultats de l'évaluation des districts par les pairs, mars 2000*. Dédougou: GTZ.
- Gwatkin, D., Bhuiya, A., & Victora, C. G. (2004). Making health systems more equitable. *Lancet*, 364(October 2), 1273-1280.
- Gwatkin, D. R. (2001). The need for equity-oriented health sector reforms. *International Journal of Epidemiology*, 30, 720-723.
- Haddad, S., & Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. *Social Science and Medicine*, 40(6), 743-753.
- Hong, E. (2004). The primary health care movement meets the free market. In M. Fort, M. A. Mercer & O. Gish (Eds.), *Sickness and Wealth. The corporate assault on global health* (pp. 27-36). Cambridge: South End Press.
- Hours, B. (1992). La santé publique entre soins de santé primaires et management. *Cahier des Sciences Humaines*, 28(1), 123-140.
- Howlett, M., & Ramesh, M. (1995). *Studying Public Policy*. Toronto: Oxford University Press.
- Huygens, P. (1999). *La prise en charge communautaire de la santé douze ans après l'Initiative de Bamako : Etude socio-anthropologique de cas à Cotonou, Bénin* (monographie). Bruxelles: Commission de la coopération universitaire au développement (CUD) et Administration générale de la coopération au développement (AGCD).
- IDS. (1995). *Paying for health : new lessons from china* (IDS Policy Briefings). Sussex: Institute of Development Studies.
- Jaffré, Y. (1999). Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey). *Bulletin de l'APAD*, 17, 3-17.
- Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J.-P., Diallo, Y., Fall, A. S., Koné, M., Souley, A., et al. (2002). *Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique du projet "santé urbaine" (Unicef-Coopération Française). Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest*.
- Juillet, A. (2000). *L'impact des tarifs des services de santé et des revenus sur les décisions de recours aux soins des malades à Bamako - Estimation d'un modèle logit emboîté (non publié)*. Unpublished manuscript.

- Kanji, N. (1989). Charging for drugs in Africa : UNICEF's "Bamako Initiative". *Health Policy and Planning*, 4(2), 110-120.
- Kerouedan, D. (2000). *Mise en place de la tarification des médicaments essentiels dans les centres de santé de base des 21 services de santé de districts de la province de Tuléar à Madagascar sur la période 1997-2000*. Paper presented at the Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie-décembre 2000, Clermont-Ferrand, France.
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies* (2nd ed.). New York: Harper Collins.
- Kivumbi, G. W., & Kintu, F. (2002). Exemptions and waivers from cost sharing : ineffective safety nets in decentralized districts in Uganda. *Health Policy and Planning*, 17(suppl 1), 64-71.
- Knippenberg, R., Levy-Bruhl, D., Ossen, R., Drame, K., A., S., & Debeugny, C. (1990). Initiative de Bamako : des expériences en soins de santé primaires. *L'enfant en milieu tropical*(184/185), 96.
- Knippenberg, R., Soucat, A., Oyegbite, K., Sene, M., Broun, D., Pangu, K., et al. (1997). Sustainability of primary health care including expanded program of immunizations in Bamako Initiative programs in west africa : an assesment of 5 years' field experience in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management*, 12(Suppl. 1), S9-S28.
- Knippenberg, R., Traore Nafou, F., Ossen, R., Camara, Y. B., El Abassi, A., & Soucat, A. (2003). *Increasing Client's Power to Scale Up Health Services for the Poor: The BAMAKO Initiative in West Africa; Background paper to the World Development Report*. Washington: World Bank.
- Korte, R., Richter, H., Merkle, F., & Gørgen, H. (1992). Financing health services in sub-saharian africa : options for decision makers during adjustment. *Social sciences and medicine*, 34(1), 1-9.
- Krause, G., Borchert, M., Benzler, J., Heinmüller, R., Kaba, I., Savadogo, M., et al. (1999). Rationality of drug prescriptions in rural health centres in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 14(3), 291-298.
- Kutzin, J. (1995). *Un cadre pour l'évaluation des réformes de financement de la santé* (No. WHO/SHS/NHP/96.2): OMS - Unité des systèmes et politiques de santé au niveau national.
- Lamboray, J.-L., & Niimi, R. (1991). Financement et politique de santé en Afrique. In CIE (Ed.), *Actes du séminaire international : Argent et santé. Expériences de financement communautaire en Afrique* (pp. 287-293). Paris, 24-27 septembre 1991.
- Lancet. (1988). The Bamako Initiative - Editorial. *Lancet*, novembre 19, 1177-1178.
- Leighton, C. (1996). Strategies for achieving health financing reform in Africa. *World Development*, 24, 1511-1525.
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir* (2ème ed.). Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Maiga, F. I., Haddad, S., Fournier, P., & Gauvin, L. (2003). Public and private sector responses to essential drugs policies: a multilevel analysis of drug prescription and selling practices in Mali. *Soc Sci Med*, 57(5), 937-948.
- Masiye, F. (2000). *Analysis of health care exemption policy in Zambia : key issues and lessons*. Paper presented at the Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie- décembre 2000, Clermont-Ferrand, France.
- Mc Pake, B., Hanson, K., & Mills, A. (1992). *Implementing the Bamako Initiative in Africa, a review and five case studies*: London School of Hygiene and Tropical Medicine PHP Department Publication.
- Mc Pake, B., & Kutzin, J. (1997). *Méthodes d'évaluation des effets des réformes des systèmes de santé* (Vol. 13). Geneva: OMS (Division de l'analyse, de la recherche et de l'évaluation).
- Meny, Y., & Thoenig, J.-C. (1989). *Politiques publiques*. Paris: Presses universitaires de France.
- Meunier, A. (1999). *Système de soins au Burkina Faso. Le paradoxe sanitaire*. Paris: L'Harmattan.
- Meuwissen, L. E. (2002). Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger. *Health Policy Plan.*, 17(3), 304-313.
- Ministère de la santé. (1992). *Document national sur le renforcement des soins de santé primaires au Burkina Faso; projet de démarrage de l'Initiative de Bamako*. Ouagadougou: Comité préparatoire de l'Initiative de Bamako.
- Monnier, E. (1992). *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*. Paris: Économica.
- Mooney, G. (1999). *Vertical equity in health care resource allocation* (Vol. 3/99). Sydney: Department of public health and community medicine, University of Sydney.
- Morgan, L. M. (2001). Community participation in health : perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), 221-230.
- MSSPA. (1995). *Déclaration de politique sectorielle de santé et de population*. Bamako: Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées (MSSPA).

- MSSPA. (1999). *Revue de l'initiative de Bamako dans la région Africaine, Expérience du Mali*. Bamako: Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées (MSSPA).
- Ndiaye, P., Tal-Dia, A., Sambou, R., Wone, I., & Diallo, I. (2002). Bilan et perspectives de la participation communautaire au centre hospitalier régional de Ziguinchor (Sénégal). *Cahier Santé*, 12(4), 383-387.
- Nitièma, A., Dadjouari, M., & Ridde, V. (2004). *Evaluation du projet d'appui à la région sanitaire du Nord Burkina Faso*. Ouagadougou: PSF-CI.
- Nitièma, A., Ridde, V., & Girard, J. E. (2003). L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso. *International Political Science Review*, 24(2), 237-256.
- Nougara, A., Haddad, S., & Ridde, V. (2004). Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité, sous presse*.
- Nzapayeke, A. W. (1997). *Les centres de santé communautaires au Mali, résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires*. Tuntange Luxembourg: PSPHR.
- Ofori-Amaah, S. (1989). The Bamako Initiative - Letter. *Lancet*, January, 21, 162.
- Ogunbekun, I., Adeyi, O., Wouters, A., & Morrow, R. H. (1996). Costs and financing of improvement in the quality of maternal health services through the Bamako Initiative in Nigeria. *Health Policy and Planning*, 11(4), 369-384.
- OMS. (1996). *Instauration de réformes du secteur sanitaire basées sur des observations concrètes en Afrique Subsaharienne. Rapport d'une réunion inter pays, Arusha, Tanzanie, 20-23 novembre 1995*. Geneva: OMS.
- OMS. (1999a). *Rapport sur la santé dans le monde, 1999, pour un réel changement*.
- OMS. (1999b). *Revue de l'Initiative de Bamako, 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali) Recommandations générales et rapports des gouvernements du Mali et du Niger: OMS (Afrique)*.
- OMS. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant*. Geneve.
- OMS. (2003). *Rapport sur la santé dans le monde, 2003. Façonner l'avenir*. Geneve.
- OMS/AFRO. (1978). *Rapport sur les soins de santé primaires dans la région africaine* (No. ICPHC/ALA/78.4). Alma Ata: OMS.
- OMS/AFRO. (1999). *The Bamako Initiative Working Group. The first meeting 11-14 october 1999*. Harare: WHO/AFRO, UNICEF.
- OMS/AFRO. (2000). *Draft report of the second Bamako Initiative Working Group Meeting. 20-24 march 2000*. Abidjan: WHO/AFRO, UNICEF.
- OMS/FISE. (1989a). *Bulletin d'information de l'initiative de Bamako, vol 1 n°1*: OMS/FISE,.
- OMS/FISE. (1989b). *Bulletin d'information de l'initiative de Bamako, vol 1 n°2*: OMS/FISE,.
- Ouedraogo, J.-B., & Fofana, H. (1997). *Les problèmes de la "participation communautaire" dans la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso*. Université de Ouagadougou.
- Ouendo, M., Makoutode, M., Agueh, V., & Manko D'almeida, A. (2000). *Equité dans l'application de l'Initiative de Bamako : situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution*. Paper presented at the internationale : Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie- décembre 2000, Clermont-Ferrand, France.
- Paganini, A. (1991). L'Initiative de Bamako. In CIE (Ed.), *Actes du séminaire international : Argent et santé. Expériences de financement communautaire en Afrique* (pp. 257-269). Paris.
- Pangu, K., Aflagah, K., Kaba, M., Tairou, E. H., & Tchédre, N. (1999). Equity and sustainability of the health system : a community agenda in the Central Region of Togo. In T. J. Marchione (Ed.), *Scaling up, scaling down : overcoming malnutrition in developing countries* (pp. 139-156). Amsterdam. Abingdon: Gordon & Breach ; Marston.
- Pritze, S., Affoya, P., & Barando, B. T. (1999). L'accès aux soins dans le quartier de Bè. In J. Brunet-Jailly (Ed.), *Santé en capitales. La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines* (pp. 171-182). Abidjan: CEDA.
- Rawls, J. (1993). *Théorie de la justice*. Paris: du Seuil.
- Rheault, S. (1995). *Évaluation des modalités de financement et de paiement dans le domaine sociosanitaire* (Collection Études et Analyses, 24, Direction générale de la planification et de l'évaluation). Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Rice, T. (1998). Equity and redistribution, Chapter 5. In T. Rice (Ed.), *The economics of health reconsidered* (pp. 141-165). Chicago: Health administration press.
- Ridde, V. (2001). *Étude de faisabilité de l'exemption du paiement des frais aux usagers dans un district sanitaire du Burkina Faso*. Université Laval, Québec.

- Ridde, V. (2002). Les victimes devraient-elles payer les soins de santé? *Revue des Questions Humanitaires, Printemps*, 12-15.
- Ridde, V. (2003). Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bulletin of World Health Organization*, 87(7), 532-538.
- Ridde, V. (2004). L'évaluation de programme en santé internationale : qu'est-ce que c'est, comment la planifier et utiliser une approche participative ? *Développement et Santé*, 169, 23-29.
- Ridde, V. (2005). Kingdon à Bamako : hypothèses de recherche et cadre d'analyse à propos de l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique. *Politique et sociétés (in press)*.
- Ridde, V., & Girard, J. E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains. *Santé Publique*, 15(1), 37-51.
- Robin, A., & Decam, C. (1999). Viabilité financière des maternités dans les CSCOMs de Bamako. In n. publié (Ed.). Bamako.
- Sabatier, P. A. (1986). What can we learn from implementation research. In F.-X. Faufmann, G. Majone, V. Ostrom & W. Wirth (Eds.), *Guidance, Control, and Evaluation in the Public Sector* (pp. 313-325). Walter de Gruyter, Berlin, New York.
- Sassi, F., Le Grand, J., & Archard, L. (2001). Equity versus efficiency: a dilemma for the NHS. If the NHS is serious about equity it must offer guidance when principles conflict. *Bmj*, 323(7316), 762-763.
- Saucier, A., & Brunelle, Y. (1995). *Les indicateurs et la gestion par résultats* (No. 8). Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Smithson, P. (1994). *Health financing and sustainability : a review and analysis of five country case studies* (No. working paper number 10). London: Save The Children.
- Soucat, A. (1990). *Le financement communautaire des soins de santé primaires : est-il possible et équitable?* Unpublished doctorat en médecine, Université de Nancy I, Nancy.
- Soucat, A., Gandaho, T., Levy-Bruhl, D., De Bethune, X., Alihonou, E., Ortiz, C., et al. (1997). Health seeking behaviour and household health expenditures in Benin and Guinea : the equity implications of the Bamako Initiative. *International Journal of Health Planning and Management*, 12(suppl.1), S137-S163.
- Soucat, A., Levy-Bruhl, D., Gbedonou, P., Drame, K., Lamarque, J.-P., Diallo, S., et al. (1997). Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea : assuring the financial viability of primary health care. *International Journal of Health Planning and Management*, 12(suppl.1), S109-S135.
- Sy, F. (1999). La consommation de médicaments et les circuits thérapeutiques à Dakar. In J. Brunet-Jailly (Ed.), *Santé en capitales. La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines* (pp. 183-200). Abidjan: CEDA.
- Tchicaya, A. J. R. (1994). *Financement et efficacité des soins de santé primaires : évaluation de la politique de recouvrement des coûts dans la région de Niari au Congo*. Unpublished Sciences économiques, Université de Bourgogne, Dijon.
- Tizio, S., & Flori, Y.-A. (1997). L'initiative de Bamako : "santé pour tous" ou "maladie pour chacun"? *Revue Tiers Monde*, XXXVIII(152), 837-858.
- Turshen, M. (1999). *Privatizing health services in Africa*. New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University Press.
- Unger, J.-P., Mbaye, A., & Diao, M. (1990). From Bamako to Kolda : a case study of medicines and the financing of district health services. *Health Policy and Planning*, 5(4), 367-377.
- UNICEF. (1997). *Implementing health sector reforms : a review of eight country experiences implementing in Africa*. New York: UNICEF, Division of Evaluation, Policy and Planning.
- UNICEF, HAI, & OXFAM. (1989). *Report on the international study conference on community financing in primary health care*. Cape Sierre Hotel, Freetown, Sierra Leone.
- Uzochukwu, B. S., Akpala, C. O., & Onwujekwe, O. E. (2004). How do health workers and community members perceive and practice community participation in the Bamako Initiative programme in Nigeria? A case study of Oji River local government area. *Soc Sci Med*, 59(1), 157-162.
- Uzochukwu, B. S., Onwujekwe, O. E., & Akpala, C. O. (2002). Effect of the Bamako-Initiative drug revolving fund on availability and rational use of essential drugs in primary health care facilities in south-east Nigeria. *Health Policy Plan*, 17(4), 378-383.
- van der Geest, S. (1992). Is paying for health care culturally acceptable in Sub-Sahara Africa? Money and tradition. *Social Science and Medicine*, 34(6), 667-673.

- Van Lerberghe, W., & de Brouwere, V. (2000). Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne. *Afrique Contemporaine, 3ème trimestre*(numéro spécial), 175-190.
- Velasquez, G. (1989). Médicaments et financement des systèmes de santé dans les pays du tiers monde "Le recouvrement des coûts" : un concept à revoir. *Revue Tiers Monde, XXX*(118), 455-463.
- Walker, L., & Gilson, L. (2004). 'We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science and Medicine, 59*(6), 1251-1261.
- Walt, G. (1994). *Health policy : an introduction to process and power*. London and Johannesburg: Zed Press and University of Witwaterstand.
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries. The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning, 9*, 353-370.
- Walt, G., Lush, L., & Ogden, J. (2004). International organizations in transfert of infectious diseases : iterative loops of adoption, adaptation and marketing. *Governance : An international journal of policy, administration, and institutions, 17*(2), 189-210.
- Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health* (No. discussion paper EUR/ICP/RPD 414). Copenhagen,: WHO, Regional Office for Europe.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet, 358*(9284), 833-836.
- WHO. (1978). *Declaration of Alma-Ata, International conference on Primary Health Care*. Alma-Ata, USSR: WHO.
- WHO. (1988). *Guidelines for implementing the Bamako Initiative. Regional Committee for Africa, 38th session, Brazzaville, 7-14 septembre, AFR/RC38/18 Rev.1*. Tel que cité par Mc Pake et al. (1992).
- WHO. (1996). *Equity in health and health care : a WHO/SIDA initiative* (Vol. WHO/ARA/96.1). Geneva: WHO.
- Witter, S., Ensor, T., Jowett, M., & Thompson, R. (2000). *Health economics for developing countries. A practical guide*. London and Oxford: MacMillan Education Ltd.
- Yach, D., Skov Jensen, M., Norris, A., & Evans, T. (1998). Promoting equity in health. *Promot Educ, 5*(2), 7-13, 43.
- Yonli, L. (1998). *Etude sur la fréquentation des services de santé dans la région sanitaire de Kaya*. Ouagadougou: Direction régionale de la santé de Kaya, SCPB, PI.
- Zwi, A. B., & Yach, D. (2002). International health in the 21st century: trends and challenges. *Soc Sci Med, 54*(11), 1615-1620.



HEALTH, NUTRITION,
AND POPULATION



HUMAN DEVELOPMENT NETWORK

THE WORLD BANK

About this series...

This series is produced by the Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's Human Development Network. The papers in this series aim to provide a vehicle for publishing preliminary and unpolished results on HNP topics to encourage discussion and debate. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the author(s) and should not be attributed in any manner to the World Bank, to its affiliated organizations or to members of its Board of Executive Directors or the countries they represent. Citation and the use of material presented in this series should take into account this provisional character. For free copies of papers in this series please contact the individual authors whose name appears on the paper.

Enquiries about the series and submissions should be made directly to the Managing Editor Joy de Beyer (jdebeyer@worldbank.org) or HNP Advisory Service (healthpop@worldbank.org, tel 202 473-2256, fax 202 522-3234). For more information, see also www.worldbank.org/hnppublications.



THE WORLD BANK

1818 H Street, NW
Washington, DC USA 20433
Telephone: 202 477 1234
Facsimile: 202 477 6391
Internet: www.worldbank.org
E-mail: feedback@worldbank.org