



L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso

ABDOULAYE P. NITIÈMA, VALÉRY RIDDE AND JACQUES GIRARD¹

RÉSUMÉ. Cet article analyse l'efficacité des deux principales composantes de la politique de santé mise en œuvre au Burkina Faso, «les soins de santé primaires» et l'«Initiative de Bamako», à partir des résultats de deux études régionales et d'une revue documentaire nationale. L'efficacité de ces deux politiques est mise en doute: aucune n'a pu, malgré un important investissement des pouvoirs publics, améliorer les conditions d'accès aux soins pour tous. Pour mieux comprendre leur relative inefficacité, il est urgent d'étudier en profondeur le rôle interactif joué par les principaux acteurs dans la mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso.

Mots-clefs: Politique de santé • Efficacité • Burkina Faso • Soins de santé primaires • Initiative de Bamako

Introduction

Les politiques publiques sont considérées comme des «tentatives de régulation de situations présentant un problème public, dans une collectivité ou entre des collectivités» (Lemieux, 1992: 108). Dans le domaine de la santé, ces politiques conduisent à des changements dans l'organisation des différentes fonctions du système, (Walt, 1994; Janovsky et Cassells, 1996) que sont l'administration générale, le financement, la prestation de services et la génération de ressources (OMS, 2000). Ajoutons que ces politiques ne sont ni monolithiques ni linéaires (Grindle et Thomas, 1991): le choix des solutions à mettre en œuvre n'est pas toujours rationnel et leur réalisation ne correspond pas toujours à ce qui a été prévu initialement. En effet, de nombreux facteurs peuvent influencer sur la mise en place du processus (Walt et Gilson, 1994). Nous nous proposons d'étudier le cas du

Burkina Faso, à partir de cette définition des politiques publiques et de leurs répercussions sur le système de santé.

Depuis l'adoption à Alma Ata en 1978 de la politique «des soins de santé primaires», le Burkina Faso, 159^{ème} pays sur 162 quant à l'indice du développement humain (UNDP, 2001), a mené comme la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest plusieurs politiques publiques en matière de santé. Laissant de côté les politiques récentes (décentralisation et réforme hospitalière), puisque nous ne disposons pas du recul nécessaire, nous centrons notre analyse sur les deux politiques burkinabè les plus importantes de ces dernières décennies : les soins de santé primaires (SSP) et l'«Initiative de Bamako» (IB).

La première politique a été élaborée en 1978 pour remédier à l'inadaptation du système de santé et à l'inégalité de la répartition des ressources de santé entre les pays concernés et dans chacun d'eux. Cette politique des «soins de santé primaires» a pour but d'assurer «La santé pour tous en l'an 2000». 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: 461). Elle est principalement fondée sur l'équité; la participation communautaire; une approche multi-sectorielle; une technologie appropriée; des activités de promotion de la santé (WHO, 1978). Au Burkina Faso, comme nous le développerons plus loin, la décision d'implanter dans chaque village du pays des «postes de santé primaires» est partie intégrante de la politique des années 1980.

La seconde politique, l'«Initiative de Bamako» a été mise en place pour répondre aux problèmes économiques des pays africains (croulant notamment sous le poids de la dette extérieure) dans les années 1980, ainsi qu'à leurs conséquences néfastes sur la situation sanitaire, et pour faire face aux difficultés rencontrées par la politique de «soins de santé primaires» dans sa phase de mise en œuvre. C'est ainsi que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds International de Secours à l'Enfance (UNICEF) se sont prononcés en 1987 pour une relance de la politique des SSP afin de réduire la mortalité maternelle et infantile. L'«Initiative de Bamako» (IB) a été adoptée à Bamako en 1987 par les ministres de la santé africains et reprise en 1992 par le Burkina Faso. Le premier document officiel de l'OMS précise que l'objectif ultime de l'«Initiative de Bamako» est «*universal accessibility to PHC (Primary Health Care)*» (WHO, 1978). L'«Initiative de Bamako» vise particulièrement à renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local; à promouvoir la participation communautaire et améliorer les capacités de gestion locale; à renforcer les mécanismes d'approvisionnement, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels; et enfin à assurer les sources permanentes de financement nécessaire au bon fonctionnement des unités de soins.

Ainsi l'émergence, le contenu et l'adoption de ces deux politiques sont relativement homogènes en Afrique de l'Ouest. Par contre, leurs conditions d'application sont spécifiques à chacun des pays. Nous avons choisi le cas du Burkina Faso pour évaluer les différents processus d'application de ces deux politiques et estimer dans quelle mesure les objectifs initialement fixés ont été atteints. Nous étudions donc le rapport entre les objectifs et les réalisations, c'est-à-dire l'efficacité, puisque nous savons que les succès et les échecs des politiques dépendent largement de la manière dont elles sont mises en place (Grindle et Thomas, 1991). Pour des raisons de place, nous nous sommes limités à les étudier sous l'angle de quelques-unes de leurs composantes (tableau 1): a) l'opération «Un village-un poste de santé primaire» (1985); b) la participation communautaire;

TABLEAU 1. *Composantes des deux politiques analysées.*

Politique	Soins de Santé Primaires	Initiative de Bamako
Composantes analysées	L'opération «un village - un poste de santé primaire»	Recouvrement des coûts
	Participation communautaire	Médicaments essentiels

c) le recouvrement des coûts (1992); d) les médicaments essentiels (1992). Les détails pratiques concernant les modalités de mise en œuvre des quatre composantes de ces deux politiques sont présentés ci-dessous.

Dans une première partie, nous présentons le contexte dans lequel ces politiques ont été appliquées : le Burkina Faso et son système de santé. La seconde partie décrit notre méthode d'analyse. Nous examinons dans la troisième partie les résultats obtenus, au regard des quatre composantes. Cet examen nous permet dans la quatrième partie de porter un jugement sur l'efficacité des deux politiques. Nous suggérerons enfin, dans la conclusion, les approfondissements de connaissances nécessaires pour améliorer notre compréhension des problèmes.

1. Contexte

Le Burkina Faso, indépendant depuis le 5 août 1960, est un pays soudano-sahélien enclavé, situé en Afrique subsaharienne. Sa superficie est de 274.000 km² et sa population est estimée à 10,4 millions d'habitants. Son économie est essentiellement fondée sur l'agriculture et l'élevage. Le produit intérieur brut par habitant est passé de 180 \$US en 1985 à 290 \$US en 1990 et a ensuite baissé à 240 \$US en 1998 (World Bank, 2001). Ce niveau de revenu situe le Burkina Faso parmi les pays dont le développement est le moins avancé, et le classe en 2001 au 159^{ème} rang sur 162 pour l'indice de développement humain (UNDP, 2001).

L'évolution du système de santé burkinabè, compris, selon la définition de l'OMS, comme l'ensemble de «toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé» (OMS, 2000), reflète les changements socio-économiques et politiques qui ont jalonné l'histoire récente du pays. Cette évolution peut être divisée en trois grandes périodes.

Pendant la première période (1960–1979), la Haute Volta, l'actuelle Burkina Faso (le nom du pays a été changé en 1983), a opté, comme la plupart des pays au sud du Sahara, pour la gratuité des soins dispensés par les services publics. Dans le système post-colonial, il s'agissait principalement de lutter contre les grandes endémo-épidémies de l'époque (variolo, méningite, etc.) par des équipes de santé mobiles et des infrastructures sanitaires et sociales installées dans les grands centres urbains. Ensuite, pour faire face à la récession économique et à l'aggravation des conditions sanitaires, la nécessité se fit sentir d'améliorer la planification. C'est ainsi que furent créés les premiers outils de gestion: les plans quinquennaux de développement sanitaire. Bien évidemment, ces plans étaient destinés surtout à enrayer les grandes endémies, mais aussi à développer les prestations sanitaires élémentaires.

La deuxième période correspond à celle des ajustements macro-économiques (1980–1990). C'est au cours de cette période qu'est intervenue, lors du

soulèvement populaire du 4 août 1983, la Révolution démocratique et populaire (RDP) dirigée par le Capitaine Thomas Sankara. Ce régime accordait au peuple un grand pouvoir qu'il exerçait dans les villages, les secteurs et sur les lieux de travail à travers des «Comités de Défense de la Révolution» (CDR). Ces comités jouaient un rôle important dans les prises de décision jadis exercées par les chefs de village et autres chefs coutumiers et religieux. Le 15 octobre 1987 un coup d'État sanglant, et sans précédent dans l'histoire du pays, a mis fin à ce régime.

En 1985, sous le régime de la Révolution démocratique et populaire, une opération «Un village, un PSP» avait été lancée. Son ambition était d'atteindre l'objectif: «la santé pour tous en l'an 2000» en implantant dans chaque village un «poste de santé primaire». Auparavant, à partir de 1983, une réforme administrative avait divisé le territoire national en provinces. Trente directions provinciales de la santé sont alors créées avec le mandat d'appliquer la politique définie au niveau central par le ministère de la santé et de réaliser la déconcentration du système sanitaire. Cette période, celle de la première planification sanitaire décennale (Programmation sanitaire nationale), a privilégié la participation communautaire en matière d'organisation et d'offre de services. C'est également au cours de cette période, en 1987, que le pays adhère, sans encore l'appliquer, à l'«Initiative de Bamako», dont les objectifs ont été présentés plus haut.

Enfin, pendant les années 1990, une réflexion se développe sur la mise en place d'un système de district intégré. Cette période est marquée par l'élaboration du document national relatif au renforcement de la politique des «soins de santé primaires», (application des directives de l'«Initiative de Bamako» au niveau national (1992); des projets-pilotes avaient été organisés depuis 1987 dans certaines provinces), par l'octroi d'une autonomie de gestion aux hôpitaux et aux formations sanitaires (FS) périphériques de l'État (1993) et par la création au niveau intermédiaire du système des onze directions régionales de santé (DRS) (1996).

Dans l'organisation du système de santé, le district est aujourd'hui l'unité opérationnelle la plus décentralisée, dans une structure d'offre de soins de type pyramidal. Trois types de formations sanitaires de premier niveau constituent la base de cette pyramide: les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS), les Centres Médicaux (CM) et les Centres Médicaux avec Antenne Chirurgicale (CMA). Neuf centres hospitaliers régionaux constituent un niveau intermédiaire; deux centres hospitaliers nationaux en forment le sommet.

Il existe un système de référence (de la base vers le sommet) et de contre-référence dont le fonctionnement gagnerait à être amélioré: si ce système de référence existe bien sur le papier, il ne correspond pas à la réalité. Du point de vue administratif, ce système comprend trois niveaux. Au niveau central, on trouve les structures du Ministère de la santé (directions et services centraux, programmes nationaux). Les grandes orientations stratégiques en matière de politique nationale de santé sont définies à cet échelon. Il existe ensuite un niveau intermédiaire, formé par les Directions régionales de santé, qui ont un rôle d'appui et de coordination des différentes interventions et sont chargées de l'application à l'échelon régional de la politique nationale de santé. Enfin, au niveau périphérique, 53 districts sanitaires offrent deux structures de services fonctionnant sur deux échelons de façon complémentaire et intégrée: au premier échelon, les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) et les Centres médicaux (CM); au deuxième échelon, les Centres médicaux avec antenne

chirurgicale (CMA) qui représentent la référence au niveau du district. Les PSP, jadis partie intégrante du système de santé, auquel il permettait un premier accès, ne font plus, principalement depuis 1992, partie du niveau périphérique. Ajoutons que dans les districts, le personnel de santé des CSPS et des CM est essentiellement constitué d'infirmiers et de sages-femmes. Les médecins sont souvent affectés aux CMA et les CSPS urbains, où ils cumulent généralement responsabilités cliniques et administratives.

Les pays les plus pauvres, notamment en Afrique, sont souvent ceux dans lesquels la part des dépenses de santé d'origine privée est la plus élevée. D'une manière générale, on estime les contributions gouvernementales en Afrique subsaharienne à 37% des dépenses totales de santé en 1994; le pourcentage était de 43% pour les contributions privées et de 20% pour les donations. En 1999, le total des dépenses de santé au Burkina Faso représentait 3,9% du PIB, dont 1,2% à la charge de l'État (y compris les dons et les prêts). Il faut cependant noter que la part constituée par les dépenses publiques hors dons semble en légère augmentation, puisqu'elle est passée d'environ 25% en 1990 à un peu plus de 30% en 1999. Après la dévaluation du franc CFA, la proportion des dépenses publiques consacrées à la santé est passée de 4,96% en 1995 à 8,8% en 1998, soit une augmentation de près de quatre points. Des déséquilibres persistent dans la distribution des crédits aux différents échelons de la pyramide sanitaire. Le tableau ci-dessous illustre la situation pour l'année 1998.

Entre 1987–1991 et 1992–1999, l'effectif des personnels de santé dans le secteur public a augmenté de plus de 40%. Leur nombre par habitant s'est également accru pour la plupart des catégories de personnel, puisque le ratio total (personnel/population) est en augmentation de 20% (Nougara et al., 2001). Selon le ministère de la Santé, Ouagadougou et Bobo-Dioulasso (16% de la population) bénéficiaient en 1998 de 57% des médecins et de 55% des sages-femmes, les autres régions (84% de la population) se partageant le reste (Bodart et al., 2001). Outre cette injustice dans la répartition des ressources humaines au niveau régional, l'utilisation des prestations est également source d'inégalité. Par exemple, alors que 86,2% des femmes appartenant aux 20% de ménages les plus riches ont la possibilité d'accoucher avec l'aide de personnel qualifié, ce taux n'est que de 25,8% chez les 20% les plus pauvres (World Bank, 2000). Au plan national, on observe certes une amélioration substantielle du taux de couverture du pays en infrastructures sanitaires périphériques de premier niveau (CSPS), puisque le ratio est en baisse constante jusqu'au début des années 1990, passant de 28.000 habitants pour un CSPS en 1980 à 16.000 en 1991. Les défis sanitaires restent

TABLEAU 2. *Répartition du budget de l'État en 1998 (hors les salaires)*
(Bodart et al., 2001).

Distribution	%
Hôpitaux centraux (2)	22
Administration centrale	29
Hôpitaux régionaux (9)	9
Administration régionale (11)	1
Districts sanitaires (53)	14
Autres dépenses (école de santé publique, laboratoire national, formation...)	25
Total	100

TABLEAU 3. *Les indicateurs de santé au Burkina Faso de 1985 à 1998 (World Bank, 2001).*

Source: Banque Mondiale	1985	1990	1998
Prévalence de la malnutrition (% d'enfants de moins de 5 ans)	~	32.7	32.7
Espérance de vie à la naissance (an)	45	45	45
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	117	111	105
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000)	217	229	219
Taux de mortalité des adultes hommes (pour 1000)	~	429	540
Taux de mortalité des adultes femmes (pour 1000)	~	338	520
Population totale (en milliers)	7881	8880	10473
Taux d'accroissement annuel (%)	2	2	2
Taux de fertilité (naissance par femme)	7.3	7.0	6.8
Taux de mortalité maternelle (pour 100.000)	~	939	930
Taux de vaccination contre la rougeole (% d'enfants de moins de 12 mois)	38	41	68
Taux de vaccination DTP (% d'enfants de moins de 12 mois)	34	39	70

cependant immenses, ainsi qu'on peut le constater au vu du tableau ci-dessous, établi à partir de la base de données de la Banque Mondiale.

2. Méthode

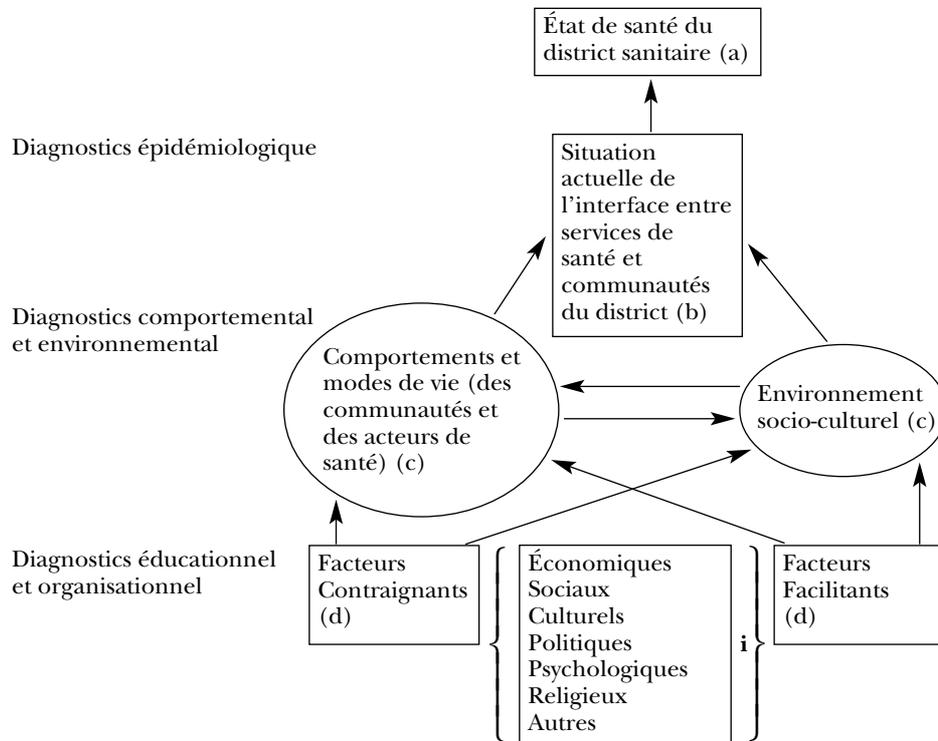
Ce chapitre précise la méthodologie adoptée pour étudier les effets des deux politiques de santé.

Soins de santé primaires

Le modèle qui a servi de base à l'étude est inspiré du modèle PRECEDE. Des actions pour améliorer la santé d'une population ne sont envisageables que dans la mesure où un diagnostic préalable a été effectué à trois niveaux (épidémiologique, comportemental et environnemental, éducatif et organisationnel) (Green et Kreuter, 1991). La recherche concernant l'opération «Un village, un poste de santé primaire» et sur la participation communautaire se fonde sur une analyse du développement de l'interface entre les services de santé et la communauté effectuée en vue d'améliorer la gestion des problèmes de santé par les communautés de chaque district (figure 1). Un tel modèle permet d'apprécier les différents processus d'implantation des SSP et les deux composantes étudiées dans cet article, comme moyen ou stratégie de développement de l'interface. Plusieurs facteurs concernant la santé sont pris en compte.

C'est ainsi que selon ce modèle (figure 1), la situation sanitaire du district (a) est influencée par la qualité de l'interface entre les services de santé et la population (b). La qualité de l'interface reflète le degré d'harmonisation entre les services de santé et la population. Le degré d'harmonisation est déterminé par les éléments comportementaux et environnementaux (c) propres au contexte du district. L'environnement, les comportements et les modes de vie sont à leur tour influencés par des facteurs favorables ou défavorables (facilitants ou contraignants) (d) à l'origine des succès ou des échecs dans les tentatives d'harmonisation entre services de santé et communautés.

Notre analyse s'appuie sur une étude de cas réalisée en 2000 dans le district sanitaire de Yako et sur une étude documentaire. Ce district, représentatif de la

FIGURE 1. *Modèle adapté de Green et Kreuter (1991).*

i: Tout facteur de nature politique, économique, culturelle, sociale, psychologique, religieuse ou autre, susceptible d'avoir facilité ou entravé le développement de l'interface entre services de santé et communautés.

plupart des districts en ce qui concerne la fonctionnalité des FS, comprend un CMA, un CM, 32 CSPS, et une vingtaine de PSP fonctionnels. Trente-neuf entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés. Seize des personnes interrogées ont été choisies dans la population, quinze parmi les agents de santé, et huit sont des décideurs. Les détails méthodologiques sont présentés ailleurs (Nitiéma, 2001).

L'«Initiative de Bamako»

Le modèle théorique retenu pour l'étude de la mise en œuvre de l'«Initiative de Bamako» (IB) est inspiré par la philosophie qui sous-tend cette politique. Cela signifie, selon nous, que les frais aux usagers (le recouvrement des coûts par le paiement direct) calculés selon les dispositions de l'«Initiative des Bamako» devrait, par une juste redistribution des revenus, être consacrés à assurer aux indigents un accès équitable aux soins de première nécessité. En d'autres termes, les objectifs d'équilibre financier, d'amélioration de la qualité des services et de capacité à rendre les médicaments essentiels disponibles sont prévus par l'IB; mais, compte tenu de l'impuissance des États pour protéger les indigents et dans le

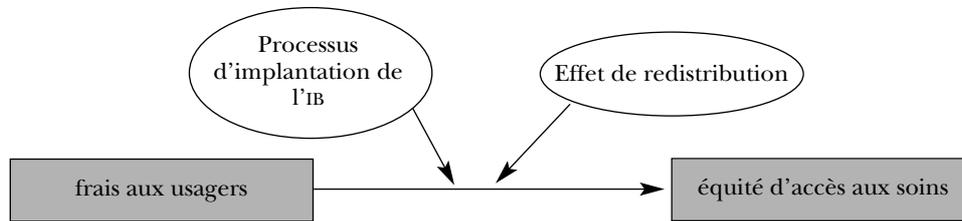


FIGURE 2. Les liens entre les frais aux usagers et l'équité.

contexte de décentralisation et de responsabilisation communautaire, nous considérons qu'il est indispensable que les ressources provenant des facturations aux usagers soient mobilisées pour permettre à la population indigente d'accéder aux soins. Pour emprunter aux théories de philosophie contemporaine, cette notion découle de la théorie de la justice, au sens où l'entend John Rawls (Rawls, 1993): selon cette théorie et le principe du «maximin» sur lequel elle repose, les ressources de la société doivent être utilisées pour améliorer la situation des plus pauvres et leur fournir une part plus importante de biens de première nécessité (Rice, 1998). Les relations logiques établies entre «frais à la charge des usagers» et «équité» forment le modèle schématisé par la figure 2 (Girard and Ridde, 2000).

L'analyse de la mise en œuvre de l'IB s'appuie simultanément sur une étude documentaire détaillée réalisée au niveau national, sur une étude de cas (Yin, 1994) et sur une étude quasi-expérimentale (du type pré-test/post-test) réalisée en 2000 dans le district de Kongoussi (220.000 habitants). Ce district compte un CMA, un CM, 19 CSPS et une centaine de PSP fonctionnels. Les instruments utilisés ont consisté en un examen de la documentation et d'archives, 9 entretiens individuels structurés (3 indigents, 3 membres du comité de gestion et 3 agents de santé) et 3 entretiens de groupe non directifs structurés (villageois(es) et personnel de santé). Les détails méthodologiques sont donnés ailleurs (Girard et Ridde, 2000).

3. Résultats

«Les soins de santé primaires»

Les «soins de santé primaires» sont analysés ici à travers l'opération «Un village, un PSP» et la participation communautaire. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une évaluation des «soins de santé primaires» qui devrait porter, dans l'idéal, sur les trois aspects sanitaire, social et intersectoriel (El Bindari-Hammad, 1992). La politique des SSP adoptée en 1979 par le Burkina Faso comprend les huit composantes habituelles (éducation sur les problèmes de santé et prévention; amélioration de la nutrition; approvisionnement en eau potable et assainissement; protection maternelle et infantile; vaccination contre les maladies infectieuses; contrôle des endémies locales; traitement des affections courantes; fourniture des médicaments essentiels) (WHO, 1978), auxquelles il faut ajouter, pour le Burkina Faso, la collecte de données statistiques.

L'opération, «Un village—un PSP»

Cette opération, conforme à la politique des «soins de santé primaires», consistait

TABLEAU 4. *Quelques traits descriptifs de l'opération «un village, un PSP».*

Processus décisionnel	Mesures d'accompagnement	Conditions de réussite définies lors de l'élaboration
Directive conjointe du niveau central	-Création de cellule de santé villageoise -Sensibilisation -Mise en place au niveau national d'une cellule de suivi des PSP -Dotation des PSP en trousse, médicaments et vélos	-Prise en charge des ASC par la communauté du village, du secteur ou de la ville non érigée en commune dont ils relèvent. -Gratuité des soins aux ASC dans toutes les FS

à doter chaque village dans un délai de cinq mois d'un «poste de santé primaire». Les mesures d'accompagnement ainsi que les conditions de réussite prévues à l'origine sont présentées dans le tableau 4.

Deux ans après son lancement, l'opération avait partiellement atteint ses objectifs. Le 30 avril 1987, 6932 villages sur les 7285 recensés (recensement de 1985) disposaient de «postes de santé primaires», munis d'un total de 12.667 trousse (Cellule de suivi des postes de santé primaires, 1988). Malgré cette réussite apparente (95% des villages couverts), il convient de relever que peu de ces PSP étaient véritablement fonctionnels. En outre, la situation a connu depuis 1988 une évolution négative. En effet, très peu de villages possèdent encore un PSP, et il faut bien reconnaître que très peu d'entre eux sont véritablement fonctionnels. Nous entendons par «fonctionnels» les PSP réellement dotés de locaux, disposant d'agents de santé communautaires (ASC), dispensant des soins, transmettant des rapports d'activités aux CSPS, et bénéficiant d'équipements en bon état. Dans le district sanitaire de Yako, à l'exception d'une seule aire de santé sur un total de 34, il n'existe plus aucun PSP fonctionnel. Toutefois, certains ASC (en l'occurrence les accoucheuses villageoises) continuent à dispenser des soins et jouent un rôle mobilisateur en appuyant les comités de gestion (Coges) des CSPS, à tel point que selon les membres des Coges, les accoucheuses villageoises recevaient une formation dispensée au niveau du district.

A partir de notre analyse discursive et documentaire, nous avons identifié plusieurs facteurs favorables ou défavorables à l'implantation des PSP. On peut relever quatre facteurs défavorables:

1. sur le plan économique: la prise en charge financière des ASC par la communauté, ainsi que le confirme une des personnes interrogées: « *Le principe de prise en charge des agents des PSP ne semble pas avoir été bien accepté par les communautés qui pensaient que cela incombait plutôt aux CSPS*».
2. sur le plan socio-culturel: le fait que les malades, pour se conformer aux directives en vigueur, se voient, pour bénéficier des soins, dans l'obligation de se rendre au PSP.
3. sur le plan politique: cette opération est intervenue dans le contexte d'un régime d'exception, la RDP. Effectivement, depuis le 4 août 1983, le régime dirigé par Thomas Sankara engageait une lutte contre les «forces réactionnaires», les intérêts néocoloniaux et l'ordre mondial façonné par «l'impérialisme», dans le but de promouvoir une économie nationale indépendante, autosuffisante et planifiée, réellement au service du peuple burkinabé. Néanmoins, les décisions qui concernaient l'opération «Un village, un PSP» ont

été prises sans implication préalable de la communauté. Bien que son utilité ne soit pas discutée, les personnes interrogées ont estimé que cette initiative semblait avoir été imposée de force par le système révolutionnaire: «*C'est la précipitation. C'était une période où il y avait des mots d'ordre, c'est-à-dire qu'on vous dit de faire et vous faites*», précise un des interviewés. Des considérations d'ordre politique ont, après la révolution, entraîné l'abandon des PSP.

4. Sur le plan psychologique: l'insuffisance (en qualité et en quantité) des opérations de sensibilisation de la communauté à la participation ou au principe de prise en charge financière des ASC.

Trois facteurs favorables ont pu être relevés:

1. sur le plan politique: pour le régime révolutionnaire, la question des soins de santé constituait une priorité, ce qui explique son engagement.
2. sur le plan socio-culturel: la santé était perçue comme un besoin fondamental de la communauté. Les accoucheuses villageoises ou traditionnelles avaient participé à cet aspect culturel en assistant les parturientes de leur village.
3. sur le plan économique: les ressources techniques et humaines étaient disponibles.

La participation communautaire

La participation communautaire est partie intégrante des aspects sociaux de la politique des «soins de santé primaires». Nous examinons ici le degré d'engagement de la communauté non seulement dans l'opération «Un village, un PSP», mais également dans l'«Initiative de Bamako». Ces deux politiques sanitaires ont en effet un objectif commun: permettre à la population de participer aux décisions qui la concernent. Nous constatons en effet que parallèlement à des contributions diverses telles que les apports de matériaux pour la construction ou la réfection des Formations Sanitaires, la population joue un rôle clé en matière de gestion de problèmes de santé, notamment à travers ses organes de représentation. C'est pourquoi la participation de la population est appréciée selon la fonctionnalité des deux types de structures représentatives que sont les cellules de santé de village (CSV) et les Coges.

Malgré la présence de cellules de santé au cours de la période de 1985–1987 dans la plupart des villages du pays disposant d'un PSP et d'ASC (Cellule de suivi des postes de santé primaires, 1988), notre étude met en évidence qu'en 2000 il n'existait dans le district de Yako plus aucune CSV.

La fonctionnalité des Coges est appréciée au regard de la tenue de réunions mensuelles (sanctionnées par des procès verbaux) et d'assemblées générales (également suivies de procès verbaux), du fonctionnement d'un micro-plan d'activités, de l'établissement d'un rapport comptable, d'une bonne perception de leur rôle dans la défense des intérêts communs, et enfin de leur implication dans la gestion des problèmes de santé. L'étude menée à Yako met en évidence la réalité des différentes réunions et assemblées générales, même si leur régularité pose problème, notamment en saison pluvieuse (pour des raisons liées aux difficultés de déplacement et aux activités agricoles). Par contre, il est fréquent que le nombre minimal annuel (2) des assemblées générales ne soit pas respecté. Les rapports comptables et les inventaires de dépôts de médicaments sont réalisés, mais irrégulièrement. Les micro-plans ont fait récemment (1998) leur apparition dans le district. Ils sont élaborés et mis en œuvre au niveau des différents CSPS avec

la participation des Coges, mais le degré de participation est très variable. Si, pour les usagers interrogés, la représentativité des comités ne semble poser aucun problème, la situation est différente pour les autres. Les agents de santé et les décideurs reconnaissent que, malgré la légitimité tirée par ces comités de leurs assemblées générales, les enjeux de pouvoir habituels créent nécessairement des difficultés en matière de représentativité.

L'«Initiative de Bamako» (IB)

L'«Initiative de Bamako» est analysée au regard de deux de ses principales composantes: le recouvrement des coûts et les médicaments essentiels. Par «recouvrement des coûts» on entend le financement des services assuré par paiement direct des usagers, c'est-à-dire l'obligation pour les patients de payer directement au centre de santé le prix de la consultation et des médicaments. Rappelons que l'IB est différente de la politique des frais aux usagers au niveau national dont l'objectif principal est la génération de revenus (Gilson, 1997), au sens que sa mise en oeuvre doit servir, entre autres, à l'amélioration de la qualité des services et à l'équité d'accès aux soins. Les sommes collectées sont conservées localement et gérées par un comité de santé élu par la population. Pour réduire le prix des médicaments, l'IB préconise l'utilisation de médicaments génériques. L'IB a ainsi pour objectif de rendre les médicaments accessibles, d'un point de vue tant financier que géographique.

Au Burkina Faso, deux études ont démontré que la pratique du paiement direct par les usagers entraînait une baisse significative dans l'utilisation des services. La première a mis en évidence que la tarification dans dix formations sanitaires de la région de Kaya avait été suivie d'une baisse de 17% des consultations (Ministère de la santé et SCPB, 1997). L'autre étude a établi qu'après la mise en application de la tarification des actes en juillet 1997 dans le district de Kongoussi, le nombre de consultations a baissé de 15, 39% en moyenne sur trois ans dans les formations sanitaires (FS) qui avaient adopté cette politique, et augmenté de 30, 49% dans les autres. Le tableau 5 compare les taux d'utilisation des services (nouvelles consultations par rapport à la population de référence) entre ces deux catégories de formations sanitaires.

Soixante-dix pour-cent des ménages faisant l'objet d'une recherche effectuée dans les régions de Bobo-Dioulasso, Nouna et Bazega ont affirmé avoir eu des difficultés à assumer leurs dépenses de santé et un ménage sur cinq a connu, au cours des douze derniers mois de l'enquête, des problèmes de santé liés à des raisons financières (Nougara et al., 2001). Dans certains cas, la part du financement communautaire local peut être substantielle. Il n'est pas rare de constater chez les communautés une certaine tendance à thésauriser. Dans le district de Kongoussi, entre 1994-1996 et 1999-2000, le niveau de la trésorerie des CSPS étudiés a augmenté en moyenne de 31%. De plus, dans quatre des six FS étudiées, les charges variables ont diminué moins rapidement que les recettes et le

TABLEAU 5. *Analyse comparée des taux d'utilisation.*

Année	95/96	96/97	97/98	98/99	99/00
9 FS avec paiement direct	23,1%	17,9%	15,7%	17,2%	17,5%
5 FS sans paiement direct	18,9%	14,9%	21,5%	24,6%	27,1%
Écart	4,2%	3,0%	-5,9%	-7,4%	-9,5%

nombre des consultations (Girard et Ridde, 2000). Une étude menée dans la région de Kaya a permis de constater que les formations sanitaires chargées du recouvrement des coûts n'ont «*pratiquement pas investi dans la qualité des soins*» (Ministère de la santé et SCPB, 1997: 20). Et une enquête effectuée dans les régions de Dédougou et Gaoua a établi que la fourniture de médicaments génériques aux équipes-cadres de district (ECD) a été multipliée par cinquante entre 1995 et 1999, passant de 60.000 FCFA à 3.260.000 FCFA (GTZ, 2000). Enfin, en 1997, dans la province de Gnagna, la moyenne des sommes perçues dans cinq dépôts de médicaments génériques s'élevait à près de trois millions de FCFA. On constate donc que tous les dépôts de médicaments de première nécessité rentrent largement dans leurs frais de fonctionnement (Condamine et al., 1999).

Une centrale d'achat de médicaments de première nécessité et de consommables médicaux (CAMEG) a été créée en mai 1992. À partir de 1994, des dépôts de médicaments génériques sont progressivement mis à la disposition de l'ensemble des «Centres de Soins et de Promotion Sociale» du pays. Une recherche effectuée dans la région de Nouna a démontré que cette politique de médicaments a amélioré tant l'utilisation que l'acceptation des médicaments génériques par la population. C'est ainsi que 82% des médicaments prescrits dans les CSPP ont été achetés dans les dépôts locaux et qu'ils ont été utilisés par les malades dans une proportion dépassant 60% (Krause et al., 1999). Malgré la politique volontariste, une enquête menée dans six districts de la région de Dédougou découvre que 62% des FS n'étaient pas encore équipées de dépôts de médicaments génériques (GTZ, 2000). Une autre étude a relevé pour la même région que seulement 34% des FS disposaient d'un dispensaire, d'une maternité et d'un bâtiment consacré au dépôt de médicaments génériques.

Les marges pratiquées par les dépôts peuvent sembler parfois trop importantes. C'est sans doute la raison pour laquelle le Burkina Faso a la réputation d'être l'un des pays de la sous-région dans lequel le prix des médicaments générique est le plus élevé. D'après une étude comparative portant en 1998 sur les prix de vente de cinq médicaments génériques utilisés dans le secteur public, ceux-ci sont plus élevés au Burkina Faso qu'au Mali (5/5) et en Côte d'Ivoire (4/5) (Bodart et al., 2001). Les marges pratiquées sont officiellement de 16% pour les grossistes, 32% pour la vente au détail (Ministère de la santé, 1996) et de 10% pour les ventes réalisées dans les dépôts répartiteurs de districts (Chabot et al., 1999). Selon des informations recueillies au cours de l'année 2000, la CAMEG pratiquerait une marge de 25%, les dépôts répartiteurs une marge de 10%, alors qu'une marge de 30% serait appliquée dans les ventes au détail. Ainsi, pour un médicament acheté 100 F CFA par la CAMEG le patient devra déboursier 178 FCFA, soit presque le double. Une évaluation faite dans la région de Kaya par une organisation hollandaise située entre 13% et 37% les marges pratiquées par les dépôts répartiteurs (Chabot et al., 1999), ce qui dépasse largement les directives du ministère (10%). Selon les résultats d'une enquête menée en 1977 dans six districts «*une proportion non négligeable de personnes estiment que les médicaments génériques sont chers*» (32%) et souhaitent que les prix soient revus à la baisse (Afogbe, 1997). C'est notamment le désir des femmes qui participent à une recherche-action dans la région de Kaya (Francis et Ouedraogo, 1998). En outre, bien que le nombre de pharmacies privées soit passé de 40 à 69 entre 1991 et 1996, 80% sont situées dans les grandes villes du pays (Ouagadougou et Bobo Dioulasso) (Bodart et al., 2001).

4. Discussion

L'étude comparative des différents résultats obtenus par ces deux politiques doit être menée avec précaution. En effet, une politique de santé, comprise selon une définition systémique, est en constante évolution (Lemieux, 1995). Grindle et Thomas (1991) proposent un modèle interactif pour étudier le processus de mise en oeuvre des politiques publiques. Ce modèle permet de prendre en compte l'importance des pressions et des réactions exercées à chaque instant par les personnes opposées au processus pour contrecarrer ou dévier les décisions politiques. Une analyse purement descriptive des résultats obtenus au Burkina Faso négligerait, il est clair, cet aspect du modèle. Nous ne sommes pas, en effet, en mesure des liens entre l'étape dans laquelle se situe leur implantation dans un district donné et les résultats que nous présentons ici. En effet, notre analyse repose davantage sur des recherches ponctuelles, menée au niveau d'une région ou d'un district que sur des études effectuées à l'échelle nationale. Cependant, les résultats présentés dans la section précédente établissent clairement que ces politiques n'ont pas vraiment porté leurs fruits et n'ont guère montré d'efficacité, *quel que soit leur degré d'avancement* au niveau régional. C'est ce que nous allons analyser ci-après.

Soins de santé primaires

Quelle est l'efficacité de l'opération «Un village, un PSP» dans la réalisation de la politique de «soins de santé primaires», et quel est l'état des lieux en matière de participation communautaire?

Puisque le gouvernement burkinabé a toujours considéré la politique des PSP comme une de ses priorités en matière de réformes sanitaires, nous savons que le contexte politique était favorable aux SSP et que de grandes chances de succès pouvaient leur être attribuées. Cependant, l'écart entre la volonté politique et l'application des directives semble confirmé. C'est ainsi que certains textes émanant du gouvernement ont connu des carences. Le rôle de l'État et de la population n'a pas été appréhendé dans toutes ses facettes. Certains aspects, notamment ceux liés au désir et à la capacité des principaux acteurs à jouer pleinement leur rôle, ont été plus ou moins oubliés. Il était évident que la mise en place des SSP allait se heurter à certaines difficultés. Malgré un contexte favorable à une politique d'accès universel aux soins de santé, la nature du pouvoir, souvent centralisé, privilégiait un mode de prise de décision qui n'impliquait pas la population. L'opération «un village, un PSP» en est un exemple flagrant. Cette opération, partie intégrante de la politique de santé, semblait imposée par le pouvoir central. L'absence d'implication de la population explique peut-être l'échec relatif de la participation des communautés : on peut attribuer cet échec à l'incapacité dans laquelle elles se trouvent à exercer le rôle qui leur est attribué dans la mise en oeuvre des politiques publiques. Les résultats obtenus au niveau régional, mis en évidence par l'étude, ne sont pas en contradiction avec ceux que l'on peut constater dans d'autres districts. Pour certains observateurs, la communauté n'a peut-être pas été suffisamment impliquée au moment de la définition des priorités sanitaires ou dans la préparation de l'opération (Sauerborn et al., 1995). C'est la raison pour laquelle la description des tâches, les critères de sélection retenus ou le principe de participation au financement des ASC ont été perçus comme de pures et simples injonctions.

Les directives relatives à cette opération n'ont pas été suivies de textes suffisamment explicites, par exemple celles qui concernent les normes de construction, les modalités de sensibilisation de la population ou la description de tâches. Nous pouvons estimer avec la Cellule de suivi des «postes de santé primaire» (1988) et Sauerborn (1995) que, malgré la mise en place d'un programme de formation pertinent destiné aux «Agents de santé communautaire», une durée suffisante n'a pas été prévue dans la planification de cette opération, qui fut d'autre part contrariée par d'importantes difficultés organisationnelles (insuffisance de ressources, nombre pléthorique des participants, etc.). En outre, entre la prise de décision au sommet et le démarrage de l'opération, trop peu de temps a été, à notre avis, prévu pour organiser une concertation, ou du moins une action de sensibilisation de la population. Le délai de cinq mois accordé à chaque village pour construire son PSP peut être considéré comme coercitif. Dans la stratégie de mise en œuvre, malgré l'implication des différents agents de santé et des comités de défense de la révolution (CDR) chargés de veiller à l'application des directives révolutionnaires au niveau local, l'excès de zèle de certains CDR a contribué à renforcer le caractère autoritaire de l'opération. Ces éléments ne sont cependant pas, à notre avis, les seuls facteurs déterminants de l'échec de l'opération qu'il serait plus logique d'attribuer à une conjonction de facteurs.

Au niveau des communautés locales, la perception des FS comme celles des PSP et des CSV différait d'un village à l'autre. Malgré l'importance des Cellules de santé village (CSV) comme structure de gestion, «*la fonction des comités villageois de santé (CVS) n'était pas claire pour ses membres*» (Sauerborn et al., 1995: 52). Cela souligne particulièrement bien, selon nous, l'insuffisance des opérations de sensibilisation déjà mentionnée par les personnes interrogées. En raison de cette lacune, les populations n'ont pas pu adhérer au programme, alors que certains aspects socio-culturels l'auraient permis (lieu d'implantation, choix de l'endroit où serait installé le centre de prestation des soins). En ce qui concerne l'offre de soins, on a pu estimer insuffisante la gamme de pathologies couverte par les PSP, ce qui peut expliquer la faible utilisation de ces formations sanitaires (Sauerborn et al., 1995: 52). Nous pensons toutefois qu'il était possible de pallier notablement ces carences par la mobilisation des ressources aussi bien humaines que matérielles, dans la mesure où la création des PSP rapprochait la population des structures de soins. Il convient enfin de relever l'absence de suivi et d'évaluation de la politique. On peut probablement en trouver la cause dans les changements d'orientation politique liés aux événements de 1987 (renversement du régime du capitaine Sankara). Au regard du peu d'intérêt accordé à cette opération par les nouvelles autorités politico-sanitaires, l'arrêt, ainsi que l'ont fait remarquer les participants à notre recherche, était prévisible.

Nous estimons que la participation communautaire a été faible dans le district sanitaire de Yako, au moment de l'opération «Un village, un PSP», car les populations, qui n'y avaient pas été associées, se sont montrées réticentes à prendre en charge les agents de santé communautaires. En outre, alors qu'un PSP fut bien installé dans la presque totalité des villages, il n'en fut pas de même des CSV, qui devaient pourtant en être les structures de gestion. En revanche la relance des SSP fut l'objet d'un important engagement communautaire, ainsi qu'en témoigne le nombre de structures opérationnelles dans le district de Yako. Il faut noter à ce propos que toutes les FS du district possèdent des Coges fonctionnels et que le district s'est doté également d'un comité de gestion communautaire; la

population est intimement associée, par l'intermédiaire de ses représentants, à toutes les étapes de la gestion des FS. Cette avancée nous semble le résultat d'une bonne implication des communautés, avant et pendant la politique de relance des SSP initiée par l'«Initiative de Bamako». Il semble également que la sensibilisation des différents acteurs a été réalisée suffisamment. Il ne faudrait pas oublier, cependant, qu'il s'agit là d'un système de santé perçu comme propriété de l'État, et que la compréhension d'un tel concept, celui du «Tout-État», reste difficile pour les membres des Coges et pour les acteurs périphériques disposant de peu d'autonomie.

L'«Initiative de Bamako»

Quelle est l'efficacité de l'«Initiative de Bamako» en ce qui concerne le financement communautaire? Autrement dit, quelle proportion des coûts de fonctionnement est couverte par les produits du paiement direct? Cette question, au demeurant pertinente, doit nécessairement être appréciée au regard de deux aspects particuliers du financement. En premier lieu, le terme «recouvrement des coûts» est abusif, car le recouvrement n'est que partiel. Alors qu'on affirme que la vente des médicaments génériques permet de financer le fonctionnement des dépôts dans la province de Gnagna (Condamine et al., 1999) il est clair que l'ensemble des coûts n'est pas pris en compte. Les recettes procurées par les ventes de médicaments et la tarification des actes ne couvrent aucunement les coûts les plus importants, par exemple les salaires du personnel ou l'amortissement du matériel. Si l'on tient compte de ces charges, on constate que le taux de recouvrement est en fait très faible. Et nous ne parlons pas ici des frais liés aux supervisions et autres expertises internationales d'appui à la mise en œuvre des programmes. Au Mali, une étude portant sur les résultats d'exploitation des centres de santé a montré que 26 d'entre eux étaient bénéficiaires (à condition de ne pas prendre en compte les amortissements), mais que deux seulement le restaient après l'amortissement des coûts nécessaires à leur bon fonctionnement (bâtiment, mobilier, équipements...) (Blaise et al., 1997). Au Bénin, pourtant souvent cité en exemple pour la manière dont les orientations de l'«Initiative de Bamako» y sont appliquées (grâce au soutien de l'UNICEF), le ratio moyen de recouvrement des coûts (y compris salaires et financement par les donateurs) était en 1993 de 60% (Soucat et al., 1997). Le recouvrement de l'ensemble des coûts dans les «Centres de santé primaires» dans huit pays africains (entre 1987 et 1995) est compris entre 99% pour les plus performants et 24% pour ceux qui le sont le moins (Soucat et al., 1997).

Le second aspect méritant d'être souligné est le caractère éminemment régressif d'un tel mode de financement. De nombreuses études ont montré les incidences négatives de cette politique de tarification en Afrique si elle n'est pas accompagnée de mesures appropriées pour améliorer la qualité des services (Haddad et Fournier, 1995). Bien que, semble-t-il, dans certains (rares) districts, le montant des frais restant à la charge des usagers soit calculé en fonction de leur capacité contributive, une certaine proportion de la population est dans l'incapacité totale ou partielle de les payer. Au Burkina Faso, un rapport établi en 1998 pour l'Union Européenne puis les conclusions des États généraux de la santé tenus en juin 1999 (Ministère de la santé, 1999) mentionnent effectivement le montant trop élevé du prix des médicaments et constatent que les soins sont financièrement inaccessibles. La mise en place de systèmes de partage des risques,

par exemple de mutuelles, peut apporter une solution à ce problème. Mais ces expériences, souvent d'origine exogène, sont au Burkina Faso encore très récentes, et ne profitent la plupart du temps qu'à une très faible proportion de la population, bien souvent la moins défavorisée (Fontenau et van der Hallen, 1998). Ces systèmes de partage des risques ont été créés au niveau local en raison du coût des médicaments génériques, devenu trop élevé au moment de la dévaluation en 1994 du franc CFA (Evrard et al., 2000). L'octroi de subventions spécifiques ou la pratique d'un système d'exemptions pourrait apporter une solution pour ceux que leur incapacité à payer exclut totalement et de manière permanente des services de santé (Ridde, 2002). Or, au Burkina Faso, comme dans de nombreux pays de la sous-région, ces systèmes d'aide ne sont organisés que très rarement, et ne font pas toujours l'objet de revendications sociales (Girard et Ridde, 2000). Et en cas contraire, leur fonctionnement est insatisfaisant, profitant aux riches et aux personnes influentes plus qu'aux pauvres (Leighton et Diop, 1995).

Au regard de ces résultats, on peut affirmer que l'approvisionnement en médicaments génériques à moindres coûts s'est effectué de façon inégale selon les districts et les régions. La politique suivie actuellement porte ses fruits, mais le prix des médicaments de base dans les Formations sanitaires (FS) publiques n'en demeure pas moins trop élevé et ne prend aucunement en compte les capacités contributives des populations. Il ne suffit pas que les médicaments génériques soient géographiquement disponibles ; encore faut-il qu'ils soient financièrement accessibles et que leur utilisation soit rationnelle. Dans la région de Nouna, on a constaté de nombreuses erreurs dans le dosage de médicaments destinés à des enfants âgés de moins de cinq ans et relevé que des médicaments dangereux avaient été administrés à sept femmes enceintes sur un total de vingt-et-une (Krause et al., 1999). Le document cadre de juillet 1996 relatif à la politique pharmaceutique nationale s'est fixé l'ambition (qu'il conviendra d'évaluer) (Ministère de la santé, 1996) de parvenir à ces objectifs.

5. Conclusion

L'analyse met en évidence la relative inefficacité des deux politiques (la politique des «soins de santé primaires» et l'«Initiative de Bamako») lorsqu'un certain nombre de leurs composantes sont étudiées dans le contexte du Burkina Faso. Les objectifs annoncés au moment de leur mise en chantier n'ont été que très partiellement atteints. En ce qui concerne l'«Initiative de Bamako», nous pouvons même affirmer que les principes d'équité ont été sacrifiés au profit d'une certaine efficacité. L'important investissement financier consacré par le gouvernement au secteur de la santé ne s'est pas traduit, pour la population, par une amélioration dans l'utilisation des services de santé. Pourquoi, alors que le budget public de la santé est passé de 517 FCFA en 1984 à 1515 FCFA en 1994 et à 2131 FCFA en 1999 *per capita*, les politiques de santé ont-elles été inefficaces pour adapter l'offre de soins aux besoins de la population?

Pour certains analystes, la plupart des politiques de réforme des systèmes de santé se sont principalement consacrées à résoudre les problèmes de financement. En d'autres termes, «*much attention on health care reforms has focused on technical features of policy*» (Walt, 1998: 368). Il est important cependant de prendre en compte d'autres éléments fondamentaux, tels que les modalités de mise en oeuvre et le rôle des principaux acteurs, ce qui ne semble pas avoir beaucoup attiré

l'attention des analystes et des chercheurs (Grindle et Thomas, 1991). Pourtant, «*reform is a profoundly political process that affects the allocation of resources in society, and often imposes significant cost on well-organized, politically powerful groups*» (Glassman et al., 1999: 115). Le peu de succès rencontré par la plupart des réformes du système de santé serait donc dû à une méconnaissance de l'ensemble des facteurs pouvant influencer sur leur mise en œuvre, préalablement ou durant le processus (Walt et Gilson, 1994). Ces facteurs sont au nombre de quatre: le contenu des réformes, les modalités d'application, le contexte dans lequel elles se déroulent et enfin les acteurs concernés, ou qui sont en mesure de l'influencer.

Nous pensons que le rôle des acteurs est déterminant dans la mise en œuvre et l'accompagnement des changements apportés par les nouvelles politiques. Et cela d'autant plus, nous semble-t-il, dans le cas d'une politique publique (Rathwell, 1998). En effet des conflits de valeurs peuvent mener les différents acteurs à tenter de gêner, voire de bloquer, les réformes sanitaires (Gilson, 1997).

Le rôle important joué par les acteurs dans la mise en place d'une politique de santé peut être illustré par l'observation de l'«Initiative de Bamako». Au Burkina Faso, lors de la présentation des résultats d'une recherche sur les réformes de santé, il a été relevé que le ministère de la santé a «*fait cavalier seul*» dans la gestion de cette politique. Cela fournirait en partie, pour certains observateurs, une explication de la manière dont les indigents ont été exclus des centres de soins (ABSP, 2001). Ces constatations de nature empirique sont à confronter avec les dispositions prévues en 1992 dans le document officiel sur l'«Initiative de Bamako.» Dans ce rapport, l'état burkinabé s'engageait à effectuer «*des recherches opérationnelles sur l'indigence*» (p. 26) et à prendre «*des mesures pour la prise en charge des plus démunis*» (Ministère de la santé, 1992: 45). Environ dix ans plus tard, nous n'avons pas constaté beaucoup d'avancées en la matière. Ce que nous avons observé dans le pays de feu le capitaine Sankara l'a été également au Bénin, où la recherche d'efficacité a pris le dessus sur l'éthique dans le traitement des indigents (Ouendo, et al., 2000), et aussi au Mali, où l'on a préféré garantir la viabilité des centres de santé plutôt que de les ouvrir à tous (Maïga et al., 1999).

Il faudrait poursuivre l'analyse en profondeur et tenter de comprendre pourquoi de telles attitudes se manifestent et comment des politiques d'origine exogène (telles que l'«Initiative de Bamako») sont «internalisées» et «réinterprétées» par les acteurs sociaux (Long, 1992). Les acteurs des politiques sanitaires, en Afrique comme sur bien d'autres continents, semblent, nous le savons, plus préoccupés par la maximisation de leurs gains (Tizio et Flori, 1997) que par l'amélioration des systèmes de santé et la prise en charge de ceux qui en sont exclus de manière permanente. En analysant les interactions des groupes d'acteurs sociaux jouant un rôle stratégique dans la mise en œuvre des politiques de santé nous serons en mesure de mieux comprendre leur relative inefficacité. En approfondissant nos connaissances, nous pourrions définir les mesures incitatives propres à influencer sur les comportements des acteurs sociaux et à restaurer en même temps l'équité et l'efficacité prévue à l'origine par le programme de «soins de santé primaires», par l'«Initiative de Bamako» et par la politique de décentralisation sanitaire.

Note

1. Abdoulaye Nitiéma a écrit les parties concernant la politique des SSP et le contexte; Valéry Ridde celles à propos de l'IB ainsi que l'introduction générale et l'introduction

de la discussion. Jacques Girard a supervisé une partie des travaux de recherche publiés dans cet article. L'ensemble de l'article a été revu et amendé par les trois auteurs.

Références

- ABSP (2001). Rapport de l'atelier de discussion des résultats. Projet : Évaluation des liens entre les programmes d'ajustement macro-économique (PAM), la réforme du secteur de la santé et l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services de santé au Burkina Faso. Ouagadougou, Association Burkinabè de Santé Publique, 6.
- Afogbe, K. (1997). Rapport de l'étude sur l'utilisation des médicaments essentiels génériques (MEG). Ouagadougou, Ministère de la santé, BASP'96, 72.
- Blaise, P., G. Kegels, et al. (1997). *Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali*. Antwerp, Belgium, ITG Presse.
- Bodart, C., G. Servais, et al. (2001). "Is the health system in Burkina Faso ill? Impact of more than a decade of health sector reform and external assistance on health indicators." *Health Policy and Planning*, 16(1): 74–86.
- CE-FED et MS. (1998). Étude de faisabilité d'un projet de santé au Burkina Faso dans le cadre du 8ème FED. Ouagadougou.
- Cellule de suivi des postes de santé primaires (1988). Opération un village un PSP: rapport de la cellule de suivi des postes de santé primaires 1986–1987. Ouagadougou, Ministère de la santé et de l'action sociale, BF, 31.
- Chabot, J., S. C. Conombo, et al. (1999). Rapport de l'évaluation finale du programme d'appui aux soins de santé primaires dans la région de Kaya (PASSPK). Ouagadougou. Ministère de la santé-Save the children Pays Bas, 86.
- Condamine, J.-L., S. Artigues, et al. (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.
- El Bindari-Hammad, A. (1992). *Évaluation des soins de santé primaires: guide de l'enquêteur*. Genève, OMS.
- Evrard, D., P. Hubert, et al. (2000). La mise en place de mutuelles de santé en milieu rural africain. Une expérience au Burkina Faso. Geneve, OMS. Département de l'organisation de la prestation des services de santé. Groupe : bases factuelles et information à l'appui des politiques, 30.
- Fonteneau, B. et P. van der Hallen (1998). Réalités de l'économie sociale au Burkina Faso, Université Catholique de Louvain.
- Francis, J. et I. Ouedraogo (1998). Recherche action sur les besoins spécifiques des femmes pour un meilleur développement socio-sanitaire. Kaya, Ministère de la santé-SCPB.
- Gilson, L. (1997). Implementing and evaluating health reform processes: lessons from the literature. Bethesda, PHR-Abt Associates, 26.
- Gilson, L. (1997). "The lessons of user fee experience in Africa." *Health Policy and Planning*, 12(4): 273–85.
- Girard, J. E. et V. Ridde (2000). L'accès aux soins pour les indigents dans un contexte africain de mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. Communication présentée au colloque international: Financement des services dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie; 30 nov.–1 déc., CNRS/CERDI, Clermont-Ferrand, France.
- Glassman, A., M. R. Reich, et al. (1999). "Political analysis on health reform in the Dominican Republic." *Health Policy and Planning*, 14(2): 115–126.
- Green, W.-L. et W.-M. Kreuter (1991). *Health promotion planning: an educational and environmental approach*. Mountain View, CA, Mayfield Pub.
- Grindle, M. S. et J. W. Thomas (1991). *Public choices and policy change. The political economy of reform in developing countries*. Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press.
- GTZ (2000). Étude sur la mise en place des médicaments essentiels et génériques dans les régions sanitaires de Gaoua et de Dedougou. Dedougou, GTZ.
- GTZ (2000). Résultats de l'évaluation des districts par les pairs, mars 2000. Dédougou, GTZ.

- Haddad, S. et P. Fournier (1995). "Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre." *Social Science and Medicine*, 40(6): 743–753.
- Janovsky, K. et A. Cassels (1996). Health policy and systems research : issues, methods, priorities in K. Janovsky (dir.). *Health policy and systems development. An agenda for research*. Geneva, WHO, 11–23.
- Krause, G., M. Borchert, et al. (1999). "Rationality of drug prescriptions in rural health centres in Burkina Faso." *Health Policy and Planning*, 14(3): 291–298.
- Leighton, C. et F. Diop. (1995). "Protecting the poor in Africa : Impact of Means Testing on Equity in the Health Sector in Burkina Faso, Niger, and Senegal". Bethesda MD, Health Financing and Sustainability (HFS) Project – Abt Associates Inc., 29.
- Lemieux, V. (1995). *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. Québec, Les presses de l'Université Laval.
- Long, N. et L. A. (1992). *Battlefields of knowledge. The interlocking of theory and practice in social research and development*. London, Routledge.
- Maïga, A., F. Traoré Nafo, et al. (1999). *La réforme du secteur santé au Mali 1989–1996*. Antwerp, Belgium, ITG Press.
- 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, 73.
- Ministère de la santé (1996). Document cadre de politique pharmaceutique nationale, 17.
- Ministère de la santé (1999). "Rapport de synthèse des États généraux de la santé". *BEIS*, 38, janvier-juin. 2–6.
- Ministère de la santé et SCPB (1997). Rapport de backstopping sur le recouvrement des coûts dans la région de Kaya. Ouagadougou.
- Nitièma, P. A. (2001). Analyse de l'interface entre les services de santé et la communauté dans le district de Yako. Faculté de médecine, Québec, Université Laval, 175.
- Nougara, A., G. J. Ouedraogo, et al. (2001). Évaluation des liens entre les programmes d'ajustement macro-économique, la réforme du secteur de la santé et l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des services de santé. Ouagadougou-Montréal, ABSP-CRDI-Université de Montréal-Ministère de la santé.
- OMS (2000). Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant. Geneve.
- Ouendo, M., M. Makoutode et al. (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. Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie-décembre 2000, Clermont-Ferrand, France.
- Rathwell, T. (1998). Implementing health care reform : a review of current experience in R. B. Saltman, J. Figueras et C. Sakellarides (dir.). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham Philadelphia. Open University Press, 385–399.
- Rawls, J. (1993). *Théorie de la justice*. Paris, Seuil.
- Rice, T. (1998). Equity and redistribution, Chapter 5. in T. Rice (dir.). *The economics of health reconsidered*. Chicago, Health Administration Press, 141–165.
- Ridde, V. (2002). "Les ONG doivent-elles faire payer leurs soins de santé?" *Revue des Questions Humanitaires*, 12–15, Printemps.
- Sauerborn, R., A. Nougara, et al. (1995). *Recherche sur les systèmes de santé: Le cas de la zone médicale de Solenzo, Burkina Faso*, Peter Lang.
- Soucat, A., D. Levy-Bruhl, 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.
- Tizio, S. et Y.-A. Flori (1997). "L'initiative de Bamako : «santé pour tous» ou «maladie pur chacun»?" *Revue Tiers Monde*, XXXVIII, 152: 837–858.
- UNDP (2001). Human Development Report, UNDP.
- 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.

- Walt, G. (1994). *Health policy : an introduction to process and power*. London and Johannesburg, Zed Press and University of Witwaterstand.
- Walt, G. (1998). "Implementing health care reform: a framework for discussion" in R. B. Saltman, J. Figueras et C. Sakellarides (dir.). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham Philadelphia, Open University Press, 365–384.
- Walt, G. et L. Gilson (1994). "Reforming the health sector in developing countries. The central role of policy analysis." *Health Policy and Planning*, 9: 353–370.
- WHO (1978). Declaration of Alma-Ata, International conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, WHO, 79.
- World Bank (2000). Country information sheets on health, nutrition, population and poverty. Washington, World Bank, Health and Poverty Thematic Group.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research Design and Method*. London, New Delhi, Sage Publications.

Notes Biographiques

ABDOULAYE P. NITIÈMA est docteur en médecine de l'université de Ouagadougou au Burkina Faso et titulaire d'une maîtrise en « santé communautaire » de l'université Laval, Québec, Canada. Il est devenu médecin chef du district de Kongoussi en 1996. A cette occasion, il a géré le projet d'appui aux soins de santé primaires de l'organisation «Save The Children Pays-Bas». Il est actuellement responsable d'un projet d'aide à la programmation de maternité à moindres risques au Burkina Faso pour le compte du CCISD Inc. ADRESSE: CCISD Inc., 01 B.P 6643, Ouagadougou 01, Burkina Faso.

VALÉRY RIDDE est étudiant en doctorat de santé communautaire et assistant de recherche/enseignement à l'université Laval, Québec, Canada. Il est titulaire d'une maîtrise en «santé communautaire» de cette même université, d'un DESS de gestion et d'une maîtrise de management en France. Il a été responsable de programmes humanitaires de développement et d'urgence pour des organisations françaises de 1993 à 1999, dans différents pays et réalise ponctuellement des missions d'évaluation en santé internationale. ADRESSE: Université Laval, Département de médecine sociale et préventive, Québec, G1K 7P4, Canada

JACQUES E. GIRARD est professeur agrégé au département de médecine sociale et préventive de l'université Laval à Québec au Canada; il est également médecin-conseil, à la Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation du Bas Saint-Laurent (Rimouski, Québec). Son implication comme consultant l'amène, depuis plus de 15 ans, à œuvrer sur la scène internationale en Afrique et en Amérique Latine, où il a encadré scientifiquement la conduite de projets de coopération, à travers des organismes voués au développement international. ADRESSE: Université Laval, Département de médecine sociale et préventive, Québec, G1K 7P4, Canada

Remerciements. Les deux recherches au Burkina Faso ont bénéficié du soutien financier du Centre de Coopération Internationale en Santé et Développement (CCISD Inc.) et du DMSP de l'Université Laval. Le secrétaire général de la santé au Burkina Faso, le Dr. Mathias Somé, les équipes cadre des districts de Yako et Kongoussi ainsi que les organisations «Save the Children Pays-Bas» et «Plan International» ont été d'un grand secours. Enfin, nous tenons à remercier tous nos collègues professionnels de santé ainsi que l'ensemble de la population ayant participé aux travaux de recherche.