

ENTRE EFFICACITÉ ET ÉQUITÉ: QU'EN EST-IL DE L'INITIATIVE DE BAMAKO ? UNE REVUE DES EXPÉRIENCES OUEST-AFRICAINE

Valéry RIDDE

*département de médecine sociale et préventive, Pavillon de l'Est, Université Laval, Québec, G1K 7P4, Canada
valery.ridde.1@agora.ulaval.ca*

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 incorporés 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 cet article montre que l'aspect équitable de l'IB a été négligé et les interventions premières des acteurs ont été concentrées sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place. Nous pensons que le rôle des acteurs est central dans la mise

relations entre les professionnels de santé et les membres de la communauté. Ce dernier élément paraît constituer 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" [4], 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 [5]. 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 [6] et seront des éléments précurseurs de la politique des SSP. En outre, Collins [5] 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 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, ils peuvent l'être également selon leur nature politique qui souhaite, 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 [6].

La notion d'équité était donc au cœur de la politique des SSP. 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* » [8, p. 122]. Nous reviendrons plus loin sur l'utilisation de la définition de l'équité dans l'organisation du financement communautaire. Outre l'importance de l'équité et de la participation communautaire que nous avons déjà évoqué, la stratégie des SSP est principalement fondée sur les éléments suivants : une approche multisectorielle, une technologie appropriée, des activités de promotion de la santé [3]. Il faut ici ajouter que la dichotomie que nous utiliserons plus loin concernant les objectifs d'équité et d'efficacité de l'IB, fût également employée par des fonctionnaires de la Banque Mondiale dans leur description de la stratégie des soins de santé primaires [9].

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 [10]. 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 au cœur de la rhétorique de la santé publique tel que le dénonce Fassin [11], et il n'a pas manqué, lui aussi, de relever ce trait particulier pour 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 « *primary health care is essential health care [...] at a cost that community and country can afford* » [3]. 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 [12].

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 SSP³, une proposition a été formulée par l'OMS et le Fonds International de Secours à l'enfance (UNICEF) 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,

² ce *statu quo* relève de nombreux de facteurs variant d'un pays à l'autre et d'une communauté à une autre, selon Uphoff et al. (1998), cité par [7]

³ « 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 » [12], précise le rapport préparatoire à Alma Ata de l'OMS/AFRO

l'initiative de Bamako (IB), adoptée en 1987 par les ministres africains de la santé. Le premier document officiel de l'OMS précise que l'objectif ultime de l'IB est « *universal accessibility to PHC* » [13]. A 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 [14]. Notons que par « coïncidence » c'est également en 87 qu'est apparu un document majeur issu de la Banque Mondiale, qui a fortement influencé les réformes sanitaires des années 90 [15] 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* ».

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.

Les objectifs spécifiques de cette initiative sont : 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 [16]. 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 [17] – 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 directeurs⁴ [16]. Ils sont présentés dans la figure 1.

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

Figure 1 : Principes directeurs de l'IB [16, 17]

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 sous-tend 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 [17]) :

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

Tableau 1 : éléments minimaux caractérisant l'IB

⁴ Dans un article datant du début de la mise en œuvre de l'IB, l'un des fonctionnaires de l'UNICEF nous rappelle ces huit principes, mais le ton impératif, voire condescendant qu'il utilise pour décrire l'un d'entre eux est peut être révélateur d'un état d'esprit de l'époque. En effet, l'axiome numéro 4, selon l'auteur, consiste en l'« adoption de principes [...] interdisant la prestation de service de santé gratuits dans les hôpitaux » ([18] p.261, nous soulignons). Plus loin, il précise concernant l'accès aux soins des plus démunis « toutefois reste le problème de ceux qui refusent de se faire traiter parce qu'ils ne peuvent pas se permettre cette dépense » (p.267, nous soulignons).

L'IB est différente de la politique des frais aux usagers au niveau national, dont l'objectif principal est la génération de revenus [19], au sens que sa mise en place doit servir, entre autres, à l'amélioration de la qualité des services et à l'équité d'accès aux soins.

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 : « *the BI has come to represent a set of guiding principles and specific mesured* » [20, 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 dispensaire⁵. 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 [21, 22]. Ce qui était nouveau en 87 était la volonté de généraliser les micro-expériences à l'ensemble des pays de l'Afrique de l'Ouest.

1.2 Les agitations initiales :

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 basait finalement que sur deux expériences (Bénin et Guinée⁶) « *it is dangerous to jump from two small projects to a multimillion dollar enterprise* » [23, p.1177]. De surcroît, certaines expériences pilotes ne devaient leur succès que par la motivation particulière des cadres locaux [24]. 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 [25]. Plus tard, d'autres ont aussi critiqué l'initiative par le fait qu'elle accordait bien trop d'importance aux médicaments et donc au système curatif, alors que la plupart des maux de l'Afrique doivent avoir une solution plus préventive, liée à la santé publique, à l'accès aux aliments ou encore à l'amélioration des conditions de vie. Ainsi, pour interpréter l'IB comme une stratégie des compagnies pharmaceutiques afin de remettre la question du médicament dans une sphère de marché plutôt que sous le contrôle du gouvernement, il n'y a qu'un pas, que certains franchissent [26]⁷. 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 [24, 27]) - voire les gouvernements africains - allaient devenir financièrement autonomes [28]. 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 [29].

Certains affirmaient que le pouvoir d'achat des populations risquait de limiter l'étendue de l'initiative et de réduire l'utilisation des services [30]. D'autant que les rapports entre la santé et l'argent (rythme

⁵ 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.

⁶ L'éditorial du Lancet parle du Ghana et non de la Guinée ?

⁷ Turshen va jusqu'à avancer que le changement de directeur de l'OMS, de Mahler pour Nakajima, n'est pas anodin à propos de l'appui de cette institution à l'IB. Alors que Mahler y était plutôt défavorable (notamment par peur d'une sur-prescription médicamenteuse), Nakajima dont les relations personnelles avec les compagnies pharmaceutiques japonaises étaient connues, aurait favorisé l'initiative.

de dépenses, circonstances, montants) sont bien différents selon le choix du mode de soins (moderne vs traditionnel) de la part de la population [24]. 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 [29]. En 1990, Soucat soutenait dans sa thèse 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* [31, 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 [32].

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 [21]. 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 [33]. 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 [34].

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) [35]. Dans une conférence internationale, un autre fonctionnaire de ce service précisait, 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 devra permettre le déploiement de ressources extérieures, indispensables à l'implantation de l'IB, selon Paganini [18]. 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 possible, 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. Réaliser une évaluation après une période de mise en œuvre de plus de 10 ans est en phase avec les recommandations méthodologiques des spécialistes des politiques publiques qui 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 [36].

2 Méthodologie

2.1 Les critères pour l'évaluation des impacts de l'IB

L'analyse de l'impact des politiques de santé n'est pas toujours chose facile, d'abord parce qu'il est nécessaire de se limiter à quelques critères, et ensuite car la capacité que nous avons à recueillir l'information pour renseigner les indicateurs correspondant à ces critères n'est pas toujours optimale. Ceci est d'autant plus vrai 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 [37]. 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 [38], un autre document de l'institution ajoutant celui de l'acceptabilité [39]. Dans son rapport annuel de 1999, l'OMS a utilisé les critères d'efficacité et d'équité pour proposer certaines caractéristiques fondamentales d'un système de santé pour tendre vers une couverture universelle des soins de santé [40]. En fait, au regard des principes directeurs de l'IB, en lien avec ceux des SSP qui visent à permettre un accès universel aux soins, nous pensons 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 en 1999.

Effectivement, si le caractère efficace de l'IB était clairement énoncé par les promoteurs de l'initiative, l'aspect équitable l'était aussi, comme par exemple lors de ce séminaire international de 1991 portant sur le financement communautaire en Afrique, au cours duquel on a précisé que l'IB doit : « *satisfaire les besoins de santé de ceux qui n'ont toujours pas accès à des prestations de base* » [18, p.258] L'hétérogénéité des recherches disponibles ne permet 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 (rendement = rapport entre les ressources et les résultats) de l'IB, d'autant que les contextes des milliers de districts africains concernés sont très différents et donc peu comparables.

2.2 Définitions opératoires des critères :

Sans pour autant croire que la définition de l'efficacité est simple, celle de l'équité est beaucoup plus subjective 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 résultats (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 [41]. 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 et de la disponibilité des publications scientifiques, il est impossible de réaliser une telle analyse. Ainsi, la définition de l'équité que nous allons maintenant proposer n'est pas appliquée à celle concernant l'état de santé des populations⁸.

Dans ce cas, l'équité peut s'entendre sous l'angle de l'utilisation des services ou sous celui des modes de financement [38]. 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 [43]. Les déterminants de l'utilisation sont nombreux (géographique, culturel...) et les capacités économiques des ménages ne sont pas les seuls facteurs influençant l'accès aux soins. Les coûts d'opportunité sont parfois prépondérants. Mais il n'en demeure pas moins que le paiement des soins constitue une barrière à l'accès aux soins [15]. 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 [44]. 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.

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. 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, selon nous, utilisés pour accroître l'accès aux soins des plus démunis. 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 [45]. Pour reprendre les théories de philosophie contemporaine, cette notion est celle de la théorie de la justice, au sens où John Rawls [46] 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

⁸ pour une analyse de ce type concernant les SSP, voir [42]

des plus pauvres et accroître leur possession de biens de première nécessité [47]. En fait, ce principe correspond à l'équité verticale et l'application d'une discrimination positive en faveur des plus pauvres [48].

L'objectif idéologique 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 [49]) pour éventuellement amener au plus bas niveau les écarts de santé entre les individus d'une même population, d'un même district sanitaire africain, en rendant l'utilisation et le financement des services de santé plus équitables.

2.3 Indicateurs retenus

L'analyse que nous proposons dans les prochaines lignes cherche à identifier 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 à partir de données secondaires issues de la littérature grise ou scientifique, publiée ou non.

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 en annexe et permettent le passage d'une formulation abstraite de nos deux concepts à une observation concrète. Celle-ci s'effectuera à l'aide d'indicateurs vus comme des instruments de mesures [50] et utilisés comme des points de repères dans l'appréhension du phénomène que nous étudions [51].

3 **Quels sont les effets actuels de l'IB**

Dans un premier temps, nous commencerons notre exposé par les résultats concernant les indicateurs liés à l'efficacité, puis dans un deuxième temps, nous tacherons de relater ceux à propos de l'équité.

3.1 Les indicateurs d'efficacité

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 [52]. Au Sénégal, la disponibilité des ressources⁹ nécessaire à la mise en œuvre du PEV s'est accrue entre 92 et 95, passant de 69% à 82%, ce qui n'a pas permis d'élever les taux d'utilisation du PEV, restant stable sur la même période autour de 60% [53]. 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 cette 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 [54].

A 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 [52]. 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 [53].

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 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 [52]. 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 [55]. Au Burkina Faso,

⁹ pourcentage de temps pendant lequel les ressources sont disponibles

tout le monde s'accorde à dire que, notwithstanding quelques exceptions régionales, l'utilisation des services curatifs a subi une chute brutale au cours des dernières années. De 0,32 en 1986, le taux a diminué à 0,17 nouvelle consultation curative par habitant et par an en 1997 [56]. 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 [57]. Le taux d'utilisation des consultations curatives primaires de 494 postes de santé sur les 717 existant au Sénégal en 1995 a évolué en dents de scie. La tendance depuis 1993 serait même à la baisse comme le montre le tableau suivant [53].

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

Tableau 2 : Évolution du taux d'utilisation des consultations curatives primaires au Sénégal, adapté de [53]

Concernant l'efficacité financière et notamment le taux de recouvrement des coûts, l'étude réalisée par Agnès 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 4 points [58]. 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...) [59]. 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% [60]. L'expérience nigériane semble montrer que les surplus financiers étaient à peine suffisants pour prendre en charge les menues dépenses (essence, papier...) [61]. 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 [53]. 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 [62]. 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, en plus du recouvrement des coûts, ont vu leur budget public croître de 33%, dont 60% serait dû au paiement des frais par les usagers [54]. 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 la totalité 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 [57].

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 [63]. 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 [64]. 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 CSPPS ont été achetés dans les dépôts locaux et l'observance médicamenteuse a été de plus de 60% [65]. 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 [20]. 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 [66]. 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 [54].

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 [14]. 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 [20]. 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) [67]. 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 [61]. 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 [68]. 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, luttaient 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) [69]. Jaffrè et ses collègues [70] ont fait les mêmes constatations sur la détention du pouvoir et ils ajoutent que si les sociétés rurales sont caractérisées par l'interconnaissance, ce qui peut faciliter la mise en place des comités de santé, cela demeure bien plus illusoire dans les villes africaines.

3.2 Les indicateurs d'équité

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 demeurerait irrésolu tant d'un point de vue individuel (l'accès aux soins pour les indigents) que collectif (la capacité d'une communauté à auto-financer les coûts récurrents des centres de santé primaires) [20].

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. Nous pensons notamment au Mali où les centres de santé communautaire (CSCOM) jouissant d'un bassin de population dense et plutôt riche sont financièrement bénéficiaires et arrivent même à recruter et payer leurs agents de santé. A l'opposé, certains centres demeurent démunis, car dans l'impossibilité technique de subvenir à leurs besoins en financement. Les plus riches disposent de la possibilité de recruter un infirmier, de lui faire signer un contrat et ainsi d'être en mesure de mieux « contrôler » la qualité de ses prestations. Les plus pauvres se retrouvent donc avec des centres sous-équipés, dépendant de l'État (qui s'est en principe engagé à les doter de subventions) et de ses fonctionnaires (qui ne souhaitent pas toujours se rendre dans ces centres) et financièrement non viables. Cette distinction s'opère principalement entre les CSCOM urbains et ceux du milieu rural. Par exemple, si les 35 CSCOM de Bamako ont la chance de disposer d'un médecin, les CSCOM ruraux¹⁰ se trouvent contraints de se « contenter » d'un infirmier comme seul prescripteur médical [71]. Dans ce même pays (Mali), une étude du projet développé par la coopération néerlandaise dans quatre

¹⁰ 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 [71].

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 [68]. 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 [72]. Alors que les habitants des zones éloignées de la Sierra Leone sont plus pauvres que la moyenne générale et qu'ils sont de surcroît plus distants des centres de santé publics, ils se trouvent dans l'obligation d'utiliser des services de santé non gouvernementaux plus onéreux [73].

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. Par contre, 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 l'auteur 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) [74]. 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 alors que pour les autres catégories sociales, les taux varient de 16,3% à 24,4% [75]. Au Kenya, c'est l'inverse qui semble s'être produit puisque 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 [63]. 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) [76].

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 bénéficier, seulement 6% des informateurs communautaires confirment cette version. De fait, plus de la moitié des indigents soutiennent ne pas être pris en charge lorsqu'ils doivent faire face à des difficultés financières pour payer les frais médicaux. L'auteur de cette étude béninoise va jusqu'à prétendre que dans la pratique les indigents n'existent pas. Dit autrement, ils sont complètement oubliés [77]. En outre, il semble qu'au Bénin, au Kenya et en Zambie en 1995/96 «*despite national policy guidance in all three countries emphasising the importance of exemptions, no country had developed effective, formal mechanisms to protect the poorest from bearing the burden of fees*» [63, 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 vivaces¹¹ [79]. 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'exemptions¹² et que la majorité des ménages n'avait pas connaissance de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans [81]. 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 [82]. Ainsi, dans le centre de santé

¹¹ 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 [78].

¹² 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 [80].

communautaire de Boulkassoumbougou, 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 [83]. 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 [84]. Dix ans après, une recherche dans un district de ce pays a montré que ces mesures étaient faisables mais pas encore socialement envisagées [85]. 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 [86]. Dans les grandes capitales de l'ouest de l'Afrique, les indigents, ceux qui ne disposent d'aucune relation, sont dans l'incapacité d'obtenir des soins gratuits « *celui qui n'a ni argent ni piston risque fort de mourir sans être prise en charge* » [70, p.30] avancent les anthropologues après des enquêtes en profondeur. Ils avancent également, ainsi que nous l'avons déjà noté concernant le Mali ou le Burkina Faso, 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%) [63]. 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 [75, 87]. Cela est confirmé par des enquêtes anthropologiques qui ont réussi à mettre au jour plusieurs problèmes liés directement aux comportements des soignants, notamment concernant l'accueil, les violences verbales ou physiques ou tout simplement l'absence d'écoute des patients [70]. Ces derniers perçoivent la qualité des services d'une manière bien négative, de Dakar à Niamey en passant aussi par Abidjan, surtout lorsque l'on ne dispose d'aucune relation particulière avec les professionnels de santé du centre vers lequel on s'est dirigé, 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 [63]. 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 [72]. 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 [68].

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 [63]. 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 (thésaurisation¹³) a augmenté de 9% entre les deux périodes d'étude (94/96 vs 99/2000) [88]. 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

¹³ Cette tendance avait déjà été relevée par l'UNICEF au démarrage de l'IB [18]

cinquante de 95 à 99, passant de 60.000 FCFA à 3.260.000 F CFA [89]. 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 [90]. 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.

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

Tableau 3 : Évolution des comptes d'exploitation des postes de santé sénégalais, adapté de [53]

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 [86]. 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 [91], 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.

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 [92]. 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% [93], 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 [86]. 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 [55]. 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 !) [86]. 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 [73].

4 Comment saisir les effets de cette politique publique

4.1 Une traduction sélective des principes originels 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 [20]. 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 [20, 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 Grant¹⁴ l'entendait en 1987 lors de l'annonce de l'initiative [17] - 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* » [69, p.205] à l'aide de la mise à disposition de médicaments et non pas une occasion pour améliorer, entre autres choses, la réactivité¹⁵ des services de santé à l'égard des usagers. Certains avancent même que la mise en œuvre de la politique des frais aux usagers a aussi créé un commerce qui peut devenir rentable ou simplement pallier les conséquences des bas salaires gouvernementaux [26]. 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* [10, p.133] ».

D'autre part, les concepteurs de l'IB n'ont pas oublié de souligner le caractère éminemment équitable de cette initiative. *Primo*, il s'agit bien d'une politique de relance des SSP ainsi que le précisait un fonctionnaire de l'UNICEF en 1989 [35] dont l'un des objectifs essentiels, avons-nous dit, est l'équité [43] et « *planning for equity [in PHC] requires the identification of those groups currently disadvantaged* » [95, p.53]. De surcroît, ainsi que nous l'avons déjà avancé, le caractère équitable de l'IB avait été clairement annoncé par l'institution de New York [18], telle que la citation proposée dans le chapitre consacré aux critères d'analyse des effets de l'IB le démontre. *Secundo*, s'organiser pour que l'IB soit efficace est compatible avec l'atteinte de l'équité. À l'origine de l'initiative, quelques-uns nous avaient 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 24]. 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 [96]. *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 1 point 7). Les services de santé doivent demeurer financièrement accessibles pour l'ensemble de la population [20]. 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...[32], mais nous avons vu que cette préoccupation est reléguée au second plan.

4.2 Entre efficacité et équité : des données probantes évidentes

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 [97] ?

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

¹⁴ Directeur de l'UNICEF à l'époque

¹⁵ ce qui constitue un des trois objectifs des systèmes de santé [94]

l'efficacité de l'organisation à mettre en place. Une analyse des réformes sanitaires des 20 dernières années par une experte en la matière aboutit à la même conclusion [98]. 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 [99]. Notre analyse réalisée concernant la mise en œuvre de deux politiques publiques de santé au Burkina Faso aboutit aux mêmes conclusions [100]. Des enquêtes socio-anthropologiques menées dans cinq capitales ouest-africaines (Bamako, Niamey, Dakar, Conakry et Abidjan) concernant l'accès aux soins et l'organisation des services de santé sont, à la grande surprise des auteurs, toutes arrivées à la même conclusion : le dysfonctionnement [70]. Voilà pourquoi certaines voix s'élèvent maintenant pour réclamer « *a new wave of major equity-oriented health sector reforms* » [101, p.720]. 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 [102] que par la redistribution de ce dernier en vue de l'amélioration de l'accès aux soins. 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* » [16, p.3]. En effet, « *The Primary Health Care strategy is at least as relevant today as it was two decades ago; but equity needs to move from being largely implicit to becoming an explicit component of the strategy* », soulignent Braveman et Tarimo [103, 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 négliger la question de l'équité, ainsi que Meredith Turshen [26] l'avance dans son étude concernant les pays situés au Sud de l'Afrique. Alors que la 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* [104, 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 [21]. Nous devons ajouter à cela le fait que le transfert de la responsabilité aux communautés a pu, dans certains cas, renforcer 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.

4.3 Une politique publique composée 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 faut 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 [105]) ont proposé de qualifier le processus des politiques publiques en fonction de paliers explicitement ou imparfaitement nommés « étapes » [106]. 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 [106]. Il avance que l'adoption (la sélection pour Kingdon [107]) 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* » [108, 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 [109]. 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 [110], 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.

4.4

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 [106] 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 et seront au cœur de nos postulats de recherche pour la réaliser de notre thèse de doctorat au Burkina Faso.

4.5 Le jeu des acteurs sociaux

Dans un article anthropologique où il analyse à Bamako, Dakar et Niamey les stratégies des acteurs des systèmes de santé, Jaffrè 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 [113]. 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 [114]. 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 [115]. Ainsi, il nous semble qu'il est fondamental d'étudier en profondeur la dynamique du jeu des acteurs.

5 Conclusion

L'analyse de l'implantation de l'initiative de Bamako nous a donné l'occasion de mettre en exergue des résultats qui sont essentiellement de l'ordre de l'efficacité et non pas de l'équité. La revue que nous venons de réaliser 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. De surcroît, 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. La complexité des interactions entre ces acteurs sociaux est essentielle à analyser pour comprendre les résultats présentés dans cet article. 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 et retrouver par la même façon 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 » [116, p.16].

6 Références

1. Gilson, L., *In defence and pursuit of equity*. Social Science and Medicine, 1998. **47**(12): p. 1891-1896.
2. Velasquez, G., *Médicaments et financement des systèmes de santé dans les pays du tiers monde "Le recouvrement des coûts" : un concept à revoir*. Revue Tiers Monde, 1989. **XXX**(118): p. 455-463.
3. WHO, *Declaration of Alma-Ata, International conference on Primary Health Care*. 1978, WHO: Alma-Ata, USSR. p. 79.
4. IDS, *Paying for health : new lessons from china*. 1995, Institute of Development Studies: Sussex. p. 8.
5. Collins, C., *Management and organization of developing health systems*. 1994, Oxford: OUP. 285.
6. Berche, T., *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, 1998, Paris: APAD-Karthala. 221.
7. Morgan, L.M., *Community participation in health : perpetual allure, persistent challenge*. Health Policy and Planning, 2001. **16**(3): p. 221-230.

8. Bryant, J.H., K.S. Khan, and A.A. Hyder, *L'éthique, l'équité et l'actualisation de la stratégie OMS de la santé pour tous*. Forum Mondial de la Santé, 1997. **18**: p. 115-123.
9. Lamboray, J.-L. and R. Niimi, *Financement et politique de santé en Afrique*, in *Actes du séminaire international : Argent et santé. Expériences de financement communautaire en Afrique*, CIE, Editor. 1991: Paris, 24-27 septembre 1991. p. 287-293.
10. Hours, B., *La santé publique entre soins de santé primaires et management*. Cahier des Sciences Humaines, 1992. **28**(1): p. 123-140.
11. Fassin, D., *Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'oeuvre*. Ruptures, 2000. **7**(1): p. 58-78.
12. OMS/AFRO, *Rapport sur les soins de santé primaires dans la région africaine*. 1978, OMS: Alma Ata. p. 18.
13. WHO, *Guidelines for implementing the Bamako Initiative. Regional Committee for Africa, 38th session, Brazzaville, 7-14 septembre, AFR/RC38/18 Rev.1*. 1988: Telque cité par Mc Pake et al. (1992).
14. Deschamps, J.-P., *Les enjeux de santé publique dans le pays en voie de développement*. Médecine & Sciences, 2000. **16**(11): p. 1211-1217.
15. Creese, A. and J. Kutzin, *Lessons from cost recovery in health*, in *Marketizing education and health in developing countries, miracle or mirage ?*, C. Colclough, Ed. 1997, Clarendon press: Oxford. p. 37-62.
16. OMS, *Revue de l'Initiative de Bamako, 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali) Recommandations générales et rapports des gouvernements du Mali et du Niger*. 1999, OMS (Afrique),. p. 4.
17. Mc Pake, B., K. Hanson, and A. Mills, *Implementing the Bamako Initiative in Africa, a review and five case studies*. PHP Departmental Publication, ed. D.o.p.h. policy. 1992: London School of Hygiene and Tropical Medicine PHP Department Publication. 101.
18. Paganini, A., *L'Initiative de Bamako*, in *Actes du séminaire international : Argent et santé. Expériences de financement communautaire en Afrique*, CIE, Editor. 1991: Paris. p. 257-269.
19. Gilson, L., *The lessons of user fee experience in Africa*. Health Policy and Planning, 1997. **12**(4): p. 273

38. Mc Pake, B. and J. Kutzin, *Méthodes d'évaluation des effets des réformes des systèmes de santé*. Question d'actualité, Cahier ARA, ed. OMS. Vol. 13. 1997, Geneva: OMS (Division de l'analyse, de la recherche et de l'évaluation). 44.
39. Kutzin, J., *Un cadre pour l'évaluation des réformes de financement de la santé*. 1995, OMS - Unité des systèmes et politiques de santé au niveau national. p. 27.
40. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 1999, pour un réel changement*. 1999. p. 131.
41. Rheault, S., *Évaluation des modalités de financement et de paiement dans le domaine sociosanitaire*. 1995, Ministère de la santé et des services sociaux: Québec. p. 161.
42. Dugbatey, K., *National health policies : sub-saharan African case studies (1980-1990)*. Social Science and Medicine, 1999. **49**: p. 223-239.
43. WHO, *Equity in health and health care : a WHO/SIDA initiative*. Equity initiative, ed. WHO. Vol. WHO/ARA/96.1. 1996, Geneva: WHO. 51.
44. Haddad, S. and P. Fournier, *Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre*. Social Science and Medicine, 1995. **40**(6): p. 743-753.
45. van der Geest, S., *Is paying for health care culturally acceptable in Sub-Sahara Africa? Money and tradition*. Social Science and Medicine, 1992. **34**(6): p. 667-673.
46. Rawls, J., *Théorie de la justice*. 1993, Paris: du Seuil. 666.
47. Rice, T., *Equity and redistribution, Chapter 5, in The economics of health reconsidered*, T. Rice, Editor. 1998, Health administration press: Chicago. p. 141-165.
48. Mooney, G., *Vertical equity in health care resource allocation*. A discussion paper series on priority setting in health care, ed. V. Wiseman. Vol. 3/99. 1999, Sydney: Department of public health and community medicine, University of Sydney. 20.
49. Whitehead, M., *The concepts and principles of equity and health*. 1990, WHO, Regional Office for Europe: Copenhagen., p. 18.
50. Gauthier, B., ed. *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. 3ème ed. 1997, Presses de l'Université du Québec: Ste-Foy, (QC), Canada. 529.
51. Saucier, A. and Y. Brunelle, *Les indicateurs et la gestion par résultats*. 1995, Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, direction générale de la planification et de l'évaluation: Québec. p. 33.
52. Knippenberg, R., et al., *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, 1997. **12**(Suppl. 1): p. S9-S28.
53. Diallo, I., O. Fall, and A. Sarr, *l'Initiative de Bamako au Sénégal*, in *Innover dans les systèmes de santé, Expérience d'Afrique de l'Ouest*, J. Brunnet-Jailly, Editor. 1997, Editions Karthala: Paris, France. p. 209-218.
54. Audibert, M. and J. Mathonnat, *Cost recovery in Mauritania : initial lessons*. Health Policy and Planning, 2000. **15**(1): p. 66-75.
55. Kerouedan, D. *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*. in *Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie- décembre 2000*. Clermont-Ferrand, France.
56. Bodart, C., et al., *The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso*. Health Policy and Planning, 2001. **16**: p. 74-86.
57. Meuwissen, L.E., *Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger*. Health Policy Plan., 2002. **17**(3): p. 304-313.
58. Soucat, A., et al., *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, 1997. **12**(suppl.1): p. S109-S135.
59. Blaise, P., et al., *Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali*. Studies in health services organisation & policy, 1997, Antwerp, Belgium: ITG Presse. 130.
60. Robin, A. and C. Decam, *Viabilité financière des maternités dans les CSCOMs de Bamako*, n. publié, Editor. 1999: Bamako.
61. Ogunbekun, I., et al., *Costs and financing of improvement in the quality of maternal health services through the Bamako Initiative in Nigeria*. Health Policy and Planning, 1996. **11**(4): p. 369-384.
62. Arhin-Tenkorang, D., *Mobilizing resources for health : the case for user fees revisited*. 2000, Centre for International Development at Harvard University: Cambridge. p. 19.
63. Gilson, L., et al., *The equity impacts of community financing activities in three African countries*. International Journal of Health Planning and Management, 2000. **15**: p. 291-317.

64. MSSPA, *Revue de l'initiative de Bamako dans la région Africaine, Expérience du Mali*. 1999, Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées (MSSPA): Bamako. p. 10.
65. Krause, G., et al., *Rationality of drug prescriptions in rural health centres in Burkina Faso*. Health Policy and Planning, 1999. **14**(3): p. 291-298.
66. GTZ, *Résultats de l'évaluation des districts par les pairs, mars 2000*. 2000, GTZ: Dédougou.
67. Nzapayeke, A.W., *Les centres de santé communautaires au Mali, résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires*. 1997, PSPHR: Tuntange Luxembourg. p. 100.
68. Ambassade royale des Pays-Bas, *L'évolution du système de santé au Mali depuis l'Initiative de Bamako. Contribution des projets 1987-1999*. 1999, Bamako. 125.
69. Fassin, D., *Les enjeux politiques de la santé, Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*. 2000, Paris: Karthala. 342.
70. Jaffré, Y., et al., *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*. 2002. p. 289.
71. Balique, H., O. Ouattara, and A. Ag Iknane, *Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali*. Santé Publique, 2001. **13**(1): p. 35-48.
72. Gilson, L., et al., *Strategies for promoting equity : experience with community financing in three African countries*. Health Policy, 2001. **58**(1): p. 37-67.
73. Fabricant, S., C. Kamara, and A. Mills, *Why the poor pay more : household curative expenditures in rural Sierra Leone*. International Journal of Health Planning and Management, 1999. **14**(3): p. 179-199.
74. Soucat, A., et al., *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, 1997. **12**(suppl.1): p. S137-S163.
75. Gobbers, D., *L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest*. Actualité et dossier en santé publique (ADSP) , 2002. **Mars**(38): p. 71-78.
76. Juillet, A., *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*. 2000. p. 16.
77. Ouendo, M., et al. *Equité dans l'application de l'Initiative de Bamako : situation de la prise en charge sanitaire des indigents au Bénin et approche de solution*. in *Conférence internationale : Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie- décembre 2000*. Clermont-Ferrand, France.
78. Huygens, P., *La prise en charge communautaire de la santé douze ans après l'Initiative de Bamako : Etude socio-anthropologique de cas à Cotonou, Bénin*. 1999, Commission de la coopération universitaire au développement (CUD) et Administration générale de la coopération au développement (AGCD): Bruxelles. p. 35.
79. Booth, D., J. Milimo, and G.a. Bond, *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*. 1995, Stockholm University, Department of Anthropology, Development Studies Unit: Stockholm. p. 118.
80. Ensor, T. and P.B. San, *Access and payment for health care : the poor of Northern Vietnam*. International Journal of Health Planning and Management, 1996. **11**: p. 69-83.
81. Masiye, F. *Analysis of health care exemption policy in Zambia : key issues and lessons*. in *Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie- décembre 2000*. 2000. Clermont-Ferrand, France.
82. MSSPA, *Déclaration de politique sectorielle de santé et de population*. 1995, Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées (MSSPA): Bamako.
83. Girard, J.E., et al., *Impact du recouvrement des coûts sur l'équité d'accès aux soins de santé pour les plus démunis*. 1997, ACSP-Université Laval: Québec. p. 77.
84. Ministère de la santé, *Document national sur le renforcement des soins de santé primaires au Burkina Faso; projet de démarrage de l'Initiative de Bamako*. 1992, Comité préparatoire de l'Initiative de Bamako: Ouagadougou. p. 73.
85. Ridde, V., *Étude de faisabilité de l'exemption du paiement des frais aux usagers dans un district sanitaire du Burkina Faso, Maîtrise (Msc.) en santé communautaire, Département de Médecine Sociale et Préventive*. 2001, Université Laval: Québec. p. 262.
86. Diallo, I., S. Mc Keown, and I. Wone, *L'Initiative de Bamako dope les soins primaires*. Forum mondial de la santé 1996. **17**: p. 417-20.
87. Gobbers, D., *La question de la qualité au coeur de l'équité dans l'accès aux soins à Abidjan*. 2001, Communication, Stage "qualité des soins" de l'ASPROCOP, Paris, 29-31 août 2001: Paris. p. 22.

88. Girard, J.E. and V. Ridde. *L'accès aux soins pour les indigents dans un contexte africain de mise en œuvre de l'Initiative de Bamako*. in *Conférence internationale : Financement des services dans le pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie; 30 nov.-1 déc.* 2000. CNRS/CERDI, Clermont-Ferrand, France.
89. GTZ, *Etude sur la mise en place des médicaments essentiels et génériques dans les régions sanitaires de Gaoua et de Dedougou*. 2000, GTZ: Dedougou.
90. Condamine, J.-L., et al., *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, 1999. **9**(5): p. 305-311.
91. Ridde, V., *Tarifification des actes, recouvrement des coûts et équité dans un district du Burkina Faso organisant l'initiative de Bamako*. Bull World Health Organ, à paraître.
92. Afogbe, K., *Rapport de l'étude sur l'utilisation des médicaments essentiels génériques (MEG)*. 1997, Ministère de la santé, BASP'96: Ouagadougou. p. 72.
93. Chabot, J., et al., *Rapport de l'évaluation finale du programme d'appui aux soins de santé primaires dans la région de Kaya (PASSPK)*. 1999, MS-SCPB: Ouagadougou. p. 86.
94. OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant*. 2000: Geneve.
95. Green, A., *An Introduction to health planning in developing countries*. 1999, Oxford: OUP. 318.
96. Boidin, B. *Le rôle des principes éthiques dans les politiques de santé appliquées aux pays en développement*. in *Communication présentée au colloque international : Financement des services dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie; 30 nov.-1 déc.* 2000. CNRS/CERDI, Clermont-Ferrand, France.
97. Tchicaya, A.J.R., *Financement et efficacité des soins de santé primaires : évaluation de la politique de recouvrement des coûts dans la région de Niari au Congo*, in *Sciences économiques*. 1994, Université de Bourgogne: Dijon. p. 2 tomes.
98. Gilson, L., *Readdressing equity : the importance of ethical processes*, in *Reforming health sectors*, A. Mills, Editor. 2000, Kegan Paul International: London and New York. p. 103-122.
99. Leighton, C., *Strategies for achieving health financing reform in Africa*. World Development, 1996. **24**: p. 1511-1525.
100. Nitiéma, A., V. Ridde, and J.E. Girard, *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, 2003. **à paraître**.
101. Gwatkin, D.R., *The need for equity-oriented health sector reforms*. International Journal of Epidemiology, 2001. **30**: p. 720-723.
102. Tizio, S. and Y.-A. Flori, *L'initiative de Bamako : "santé pour tous" ou "maladie pour chacun"?* Revue Tiers Monde, 1997. **XXXVIII**(152): p. 837-858.
103. Braveman, P. and E. Tarimo, *Social inequalities in health within countries : not only an issue for affluent nations*. Social Science and Medicine, 2002. **54**: p. 1621-1635.
104. Flori, Y.-A. and S. Tizio, *Les politiques sanitaires subsahariennes : efficacité versus équité ou efficacité ergo équité*, in *Efficacité versus équité en économie sociale*, A. Alcouffe, et al., Editors. 2000, L'Harmattan: Paris. p. 467-478.
105. Howlett, M. and M. Ramesh, *Studying Public Policy*. 1995, Toronto: Oxford University Press.
106. Lemieux, V., *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. 2ème ed. 2002, Québec: Les Presses de l'Université Laval. 195.
107. Kingdon, J.W., *Agendas, Alternatives and Public Policies*. 2nd ed. 1995, NY: Harper Collins. 253.
108. Monnier, E., *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*. 1992, Paris: Économica.
109. Meny, Y. and J.-C. Thoenig, *Politiques publiques*. 1989, Paris: Presses universitaires de France.
110. Brinkerhoff, D.W., *Process Perspectives on Policy Change : Highlighting Implementation*. World Development, 1996. **24**(9): p. 1395-1401.
111. Walt, G. and L. Gilson, *Reforming the health sector in developing countries. The central role of policy analysis*. Health Policy and Planning, 1994. **9**: p. 353-370.
112. Grindle, M.S. and J.W. Thomas, *Public choices and policy change. The political economy of reform in developing countries*. 1991, Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press. 222.
113. Jaffré, Y., *Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)*. Bulletin de l'APAD, 1999. **17**: p. 3-17.
114. Gilson, L., *Implementing and evaluating health reform processes : lessons from the literature*. 1997, PHR-Abt Associates: Bethesda. p. 26.
115. Walt, G., *Health policy : an introduction to process and power*. 1994, London and Johannesburg: Zed Press and University of Witwaterstand.
116. Contandriopoulos, A.-P., et al., *Éléments financiers incitatifs/dissuasifs du système de santé au Canada*. 1996, Université de Montréal, GRIS : Montréal. p. Volume 1, 92.

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