

L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ?

Valéry Ridde

La santé au risque du social
Numéro 55, Printemps 2006

URI : id.erudit.org/iderudit/013232ar
DOI : [10.7202/013232ar](https://doi.org/10.7202/013232ar)

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN 1204-3206 (imprimé)
1703-9665 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Valéry Ridde "L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ?." *Lien social et Politiques* 55 (2006): 149–163. DOI : [10.7202/013232ar](https://doi.org/10.7202/013232ar)

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 2006

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne. [<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>]

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. www.erudit.org

L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso: un problème public?

Valéry Ridde

En Afrique, malgré la formulation de politiques publiques de santé destinées à améliorer l'accès des plus pauvres aux soins¹, force est de reconnaître que les indigents sont toujours exclus des services de santé. Toutes les analyses des réformes sanitaires sur ce continent le confirment (Gilson, Kalyalya et al., 2000; Standing, 2002). En 1989, les organisations internationales estimaient à plus de 25% la proportion anticipée d'indigents² pour lesquels il fallait trouver une solution (OMS/FISE, 1989).

Au Burkina Faso, pays situé à l'antépénultième place pour l'indice de développement humain (PNUD, 2005), les responsables sanitaires ont décidé d'appliquer, partiellement dès les années soixante-dix puis nationalement dans les années quatre-vingt-dix, *la tarification des actes et la vente des médicaments essentiels* dans les formations sanitaires. Les surplus dégagés de la vente des médi-

caments de l'*Initiative de Bamako* (IB) devaient, en partie, financer l'accès gratuit pour les indigents (Van Lerberghe et de Brouwere, 2000) et les «least well served» (Lee et Goodman, 2002: 100). Or, au Burkina, comme ailleurs en Afrique, les acteurs de la mise en œuvre de l'IB se sont focalisés sur les aspects relatifs à l'efficacité (l'atteinte des objectifs) de la politique, au détriment des aspects liés à l'équité (l'utilisation en fonction des besoins et le paiement en fonction des capacités de payer) (Nitiéma, Ridde et al., 2003). Les inégalités d'accès aux services de santé y perdurent (Haddad, Nougara et al., 2004), les indigents sont totalement exclus, et les bénéfices tirés du paiement des services et des médicaments ne sont pas employés en faveur de l'équité d'accès (Ridde, 2003).

Pourtant, lors du lancement de l'IB, en 1992, les décideurs s'étaient engagés à réaliser «des recherches opérationnelles sur l'indigence»

(Ministère de la Santé, 1992: 26) et à prendre «des mesures pour la prise en charge des plus démunis» (p. 45). En effet, le septième principe directeur de l'IB, entériné par les chefs d'État africains en 1987, stipulait clairement le besoin d'organiser

des mesures telles que des exonérations et des subventions [...] pour garantir l'accès des couches sociales les plus démunies aux soins de santé (OMS, 1999).

Les responsables burkinabé avaient donc conscience des effets possibles du paiement direct sur l'équité et de l'importance d'organiser des mécanismes favorisant l'accès des indigents aux services. Cependant, plus de trois lustres après ces déclarations, aucune expérience particulière n'a été tentée, et les indigents restent indubitablement exclus. Mais il ne sert à rien de gloser: encore faut-il tenter d'expliquer la situation et de comprendre pourquoi l'on retrouve encore dans les très récentes

L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso: un problème public?

150

politiques sanitaires et de lutte contre la pauvreté l'expression du souhait de créer des mécanismes favorables aux indigents (Ministère de la Santé, 2001; Ministère de l'Économie et du Développement, 2003).

Cadre théorique et approche méthodologique

L'une des théories appliquées à l'étude des politiques publiques, tirée de Kingdon (1995), et les concepts élaborés par l'un des courants de la socioanthropologie du développement (Olivier de Sardan, 1995) peuvent nous aider à émettre quelques propositions d'explication. Les politiques publiques sont composées de trois sous-processus: l'émergence, la formulation et la mise en œuvre (Lemieux, 2002). Dans le cas de l'IB, l'émergence et la formulation sont largement d'origine exogène et, à l'échelle des pays, les normes ont été établies par le niveau central. En revanche, la mise en œuvre se déroule à la périphérie, la plupart du temps par l'intermédiaire de projets de coopération internationale au niveau d'une région sanitaire et de ses districts de santé. Dans un article précédent (Ridde, 2004), nous avons tenté de

Tableau 1. Les neuf composantes d'un problème public

Pour qu'une situation devienne un problème public il faut...

1. ... qu'elle soit reconnue comme importante
2. ... que l'on en reconnaisse les causes
3. ... que l'on précise les conséquences
4. ... que l'on connaisse les populations concernées
5. ... qu'elle soit nouvelle
6. ... que l'on en soit proche
7. ... qu'il y ait des événements, des crises ou des symboles à son propos
8. ... qu'il y ait des rétroactions à son sujet
9. ... qu'elle soit en phase avec les valeurs de la société

Sources: adapté de Rochefort et Cobb, 1994, et de Kingdon, 1995.

montrer l'intérêt heuristique d'appliquer le prolongement de la théorie des courants au sous-processus de la mise en œuvre de la politique publique étudiée ici. Ce prolongement théorique stipule que c'est par la rencontre du courant des problèmes avec celui des solutions que la mise en œuvre d'une politique publique est rendue possible. Le troisième courant, celui des orientations, demeure proche des deux autres. De surcroît, la rencontre doit être favorisée par la présence de fenêtres d'opportunité et d'entrepreneurs politiques. Aussi, la proposition que nous souhaitons étudier dans cet article³ est la suivante: si cette politique publique n'a pas été mise en œuvre en faveur de l'accès aux services de santé pour les indigents, c'est notamment parce que la rencontre du courant des solutions avec celui des problèmes n'a pas eu lieu, puisque la *situation* d'exclusion des services de santé des indigents n'a pas été comprise par les acteurs sociaux comme un *problème public*⁴.

Pour qu'une situation devienne un problème public, et non pas simplement un problème pour ceux qui la vivent, de nombreux facteurs doivent intervenir. Selon Kingdon (1995) et

son courant des problèmes, trois éléments sont à considérer: les indicateurs, les perceptions des acteurs (lors des rétroactions), les événements ou crises survenus. Mais d'autres auteurs sont allés un peu plus loin dans la description des composantes d'un problème, ajoutant, par exemple, que les perceptions de la situation sont d'origines individuelle ou sociale tout en étant le produit de valeurs, de normes et de cultures (Wood et Doan, 2003). Nous retenons les composantes d'un problème proposées par Rochefort et Cobb (1994), en les adaptant légèrement⁵ et en intégrant des notions de Kingdon (1995). Rappelons que la prise de conscience d'un problème est une émanation d'un construit social et que l'«on ne perçoit que ce que l'on sait résoudre» (Crozier et Friedberg, 1977: 25). Cependant, faute de place, nous éliminons la composante «solution» d'un problème⁶. Aussi, le courant des problèmes de cette recherche est composé de neuf éléments (tableau 1) qui servent de jalons théoriques à la présentation des données empiriques.

Pour répondre à l'interrogation posée dans cet article, une recherche

Tableau 2. Instruments de collecte de données et groupes d'acteurs concernés

Instruments, catégorie d'acteurs	Intéressés	Particuliers	Responsables	Agents
Caractéristiques des acteurs	Spécialisés, externes	Non spécialisés, externes	Non spécialisés, internes	Spécialisés, internes
Exemple d'acteurs interrogés	Comité de gestion, expert, membre ONG	Utilisateur ou non, agriculteur, vendeuse	Consultant, directeur, député, conseiller	Infirmier, médecin, pharmacien
Cartographies conceptuelles (nombre de personnes)	1 (7)			1 (9)
Documentation, archives	Multiples sources : rapports, registres, journaux, etc.			
Observations, observations participantes	Sept mois sur le terrain, participation à toutes les activités			
Entrevues de groupe (nombre de personnes)		4 (41)		
Entrevues informelles	23	4	1	32
Entrevues non directives centrées	6	6	4	6

a été menée dans un district sanitaire du Burkina Faso au moyen de la stratégie méthodologique de l'étude de cas (Yin, 1994) et d'une enquête de terrain de type socioanthropologique (Olivier de Sardan, 1995). Le cas étudié est un projet de coopération internationale d'une organisation non gouvernementale (ONG) qui met l'IB en œuvre à travers un soutien aux services de l'État. Il a été sélectionné selon une démarche participative avec les responsables du ministère de la Santé, en fonction de sa capacité d'accroître notre compréhension du phénomène étudié (Stake, 2000). Nous avons utilisé de multiples sources de données associées à quatre groupes d'acteurs (tableau 2). Ceux-ci sont regroupés en fonction de leur place à l'intérieur ou à l'extérieur de l'appareil gouvernemental et en fonction du fait qu'ils sont spécialisés ou non à l'égard des politiques de santé (Lemieux, 2002).

La sélection des personnes interrogées a été réalisée après quatre mois sur le terrain et une minutieuse identification des plus pertinentes. Cela a été possible grâce à notre intégration dans le milieu, à la rencontre

préalable de dizaines d'acteurs et aux conseils de plusieurs autres. Quelques entrevues ont été réalisées en Moore par un sociologue burkinabé, qui suivait un canevas produit et adapté préalablement de manière concertée. Les analyses ont été discutées par les personnes concernées lors d'une séance de restitution des résultats de la recherche, en 2005.

Le contexte social et sanitaire

Le contexte spécifique de cette recherche est celui du district de Souna (nom fictif). La population est très jeune, les villages sont de petite taille, la majeure partie des gens (de confession musulmane et faiblement scolarisés) sont des agriculteurs ou des éleveurs. Il s'agit d'une des régions les plus pauvres du pays. Le contexte social est celui de la société des Mossi. Selon Ouedraogo (1990), la colonisation a tenté la destruction de la société traditionnelle et créé de nouvelles classes sociales. Cependant, il montre également que perdurent des associations traditionnelles qui cherchent à maintenir des rapports égalitaires et une solidarité sociale. Trois points fonda-

mentaux (selon une représentation archétypale) se dégagent de l'organisation sociale des Mossi : i) une solidarité toujours importante mais qui s'effrite, ii) une organisation sociale hiérarchique, stricte et qui recherche la stabilité, iii) une croyance à l'inégalité « naturelle » entre les êtres humains, indispensable à l'harmonie sociale (voir Badini, 1994; Ouedraogo, 1996). Évidemment, dans la société moderne actuelle, les droits coutumiers et les fondements de l'organisation sociale sont discutés, et l'identité collective est en pleine mutation (Laurent, 1996).

Le district compte environ 500 mille habitants et un peu plus de 70 formations sanitaires (FS). Il est relativement dépourvu en personnel par rapport au reste de la région sanitaire et du pays. En 2003, seulement 40 % des centres de santé et promotion sociale (CSPS, dispensaires) disposent du minimum requis pour être qualifiés de fonctionnels. Neuf hommes forment l'équipe cadre de district (ECD), qui est chargée de la coordination des activités sanitaires et dont le responsable est le médecin-chef, présent depuis une dizaine

d'année dans la région. Une ONG implante un projet à Souna depuis 2001, à l'aide d'une équipe d'expatriés et de spécialistes nationaux. À cette époque, le district est très en retard dans la mise en place de l'IB; «c'est pour cela que l'on nous a envoyés là-bas» (EI 12)⁷, nous dit un membre de l'ONG. Les objectifs du projet de l'ONG ont été déterminés en lien avec l'Initiative de Bamako et en accord avec le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010. Ainsi, l'objectif général annoncé est d'améliorer l'accessibilité géographique et financière aux médicaments essentiels génériques (MEG) et aux soins de santé primaires de la population.

Les éléments de la situation

Le contexte décrit rapidement, il nous faut maintenant relever les éléments empiriques qui peuvent nous éclairer sur la compréhension qu'ont les acteurs sociaux de la situation d'exclusion des indigents des services de santé.

L'importance

Pour comprendre la manière dont les acteurs du système de santé considèrent la place de l'équité et de l'exclusion des indigents, nous avons

étudié la démarche de planification sanitaire. Au niveau central, le guide de renseignements élaboré pour l'évaluation du PNDS propose un total de 35 indicateurs permettant de suivre la réalisation des huit objectifs de la politique (PNDS, 2003). Or, l'objectif qui traduit une disposition particulière pour l'accès aux soins des plus pauvres (n°6, amélioration de l'accessibilité financière) est l'un des deux à ne bénéficier que d'un seul indicateur d'évaluation. De surcroît, il est mal formulé et ne prend en aucun cas en considération l'accessibilité des indigents: «Coût moyen des prestations et des ordonnances à chaque niveau du système de santé» (p. 3).

Et pourtant, il faut noter la mise à l'écart de deux indicateurs d'équité figurant, six mois avant la production finale de ce guide, dans le document du PNDS remis aux bailleurs de fonds en avril 2003. Les planificateurs avaient prévu d'évaluer l'objectif n°6 au regard de deux indicateurs, dont celui du «nombre d'indigents pris en charge par niveau dans les conditions définies» (Ministère des Finances et du Budget, 2003: 75). Or, il a disparu et a été remplacé par le seul indicateur de coût précédemment cité. Concernant l'axe d'intervention «prise en charge des indigents», trois activités sont prévues dans le PNDS. Mais, au moment de notre départ du Burkina, aucune de ces trois activités n'a encore démarré.

À l'automne 2003, l'équipe de district doit élaborer son plan d'action sanitaire pour l'année 2004. Selon une démarche d'observation participante, nous avons «vécu» l'ensemble du processus d'élaboration de ce document. Ce que l'on apprend d'abord, c'est que cette année, précise le médecin-chef

(MCD), «le plan d'action, on n'a pas le choix, [il] est déjà orienté, le PNDS est le cadre d'orientation» (Ob 34). Puisqu'une partie de ce plan est d'ores et déjà financée par l'aide extérieure, il faut «maximiser les activités sur les financements» (Ob 34), lui a-t-on demandé dans une lettre provenant du niveau central. Pour les aider dans ce processus de planification, le ministère a rédigé un «canevas» devant être fidèlement appliqué par tous les districts du pays (DEP, 2003). Nous y remarquons rapidement un oubli de taille puisque l'on ne demande absolument pas aux districts de planifier les activités prévues dans le PNDS concernant la prise en charge des indigents. Malgré cela, l'une des équipes formées par le MCD pour rédiger la liste des activités 2004 du district eu égard à l'objectif n°6 planifie deux activités spécifiques en faveur des indigents. Mais, fin décembre, lorsque le MCD présente devant ses collègues des autres districts de la région la liste de l'ensemble des activités du plan d'action qu'il a seul finalisé, ces deux activités ont disparu.

Au niveau des formations sanitaires, les responsables des CSPPS avec les comités de gestion villageois (COGES) doivent rédiger un plan d'action chaque année. Sur les 32 plans consultés pour 2002 et 2003, aucun ne retient l'accès aux soins des indigents comme un problème prioritaire. Un seul CSPPS a jugé bon en 2003 de se fixer un objectif pour «assurer l'équité dans l'offre de soins». Bien qu'il soit le seul à se préoccuper de cette question, il faut relativiser cet engagement, puisque le budget prévisionnel consacré à la réalisation de cet objectif n'est que de 20 000 F CFA (50 dollars canadiens) pour l'année⁸. Un autre centre de santé s'est aussi doté

d'un budget pour l'évacuation des indigents vers les FS de référence, mais ne s'est pas fixé d'objectifs à ce propos. Cependant, il faut noter que ce budget annuel de 31 500 F CFA est dix fois moins important que celui prévu pour les ristournes au personnel (360 000 F CFA). Comme pour confirmer notre analyse documentaire, un infirmier nous explique que l'accès aux soins des indigents,

C'est un problème auquel on est confronté chaque jour. Mais les gens, dans leurs analyses, ils n'ont pas retrouvé le... le problème là quoi. Si dans l'analyse on avait retrouvé que c'est un problème et que... effectivement, si on l'avait classé comme problème, en tout cas...il allait être prioritaire (EF8).

Ses collègues étudiants de l'École nationale de santé publique (ENSP) semblent penser la même chose. Si l'on étudie les rapports effectués par 26 d'entre eux lors de leurs stages dans les CSPS ruraux en 2003, on note qu'ils ont relevé 140 problèmes au total. Aucun des 140 problèmes mis en évidence dans leur analyse de la situation n'est en lien avec l'accès aux soins des plus pauvres.

La connaissance des causes

Des individus dans chacun des groupes sont en mesure d'avancer que le paiement des soins est l'une des causes majeures du peu d'utilisation des services de santé. C'est un vrai problème. Et cela est dit tant par des utilisateurs que par des non-utilisateurs des services, de même que par les infirmiers ou des responsables de la santé publique au niveau central: «C'est parce que je n'ai pas d'argent qu'on m'a renvoyé chez moi sans me soigner», dit une utilisatrice (EF17). L'équation «argent = accès» semble très souvent mise en

avant, que ce soit dans des termes profanes ou dans des termes experts.

Cependant, trois experts du terrain de la recherche s'interrogent sur les effets du paiement des soins comme cause de l'exclusion. En fait, la question que se pose plus globalement le responsable de l'ONG est liée à la définition des groupes sociaux exclus par la mise en place du paiement des soins. On comprend à travers son discours qu'il réfute le fait que l'IB, que des projets comme celui qu'il dirige ont réduit l'utilisation des services de santé pour l'ensemble de la population. Pour les indigents, les interventions n'ont finalement rien changé, car, selon lui, «avant, même si c'était gratuit, ils ne venaient même pas. Oui! [...] Enfin je te parle de l'extrême quoi» (EF11). Dit autrement, ils étaient exclus avant le paiement direct, alors pourquoi rendre les instruments de l'IB responsables de cette exclusion qui perdure? Non seulement la cause de l'exclusion est questionnée, mais aussi on pourrait penser que c'est l'existence même de cette dernière qui est mise en doute. Un infirmier et un président de COGES font un raisonnement de la même nature, arguant que l'avènement des MEG a réduit les coûts pour l'ensemble de la population et que les produits deviennent donc maintenant beaucoup plus accessibles pour tous: «on a aidé tous les pauvres [...] c'est déjà pitié parce que c'est réduit» (EF13), précise le président.

L'importance des conséquences

Au dire des personnes interrogées, les inégalités d'accès aux services de santé entraînent quatre grandes catégories de conséquences pour les populations, le tout ayant des impacts certains sur la poursuite de

l'événement maladie voire, pour certains, la survenue de la mort. Mais une chose est claire pour les participants à la recherche: les conséquences de ces inégalités sont essentiellement, sinon exclusivement, supportées par les indigents et les plus pauvres.

Premièrement, la décision d'utiliser les services de santé sera différente d'un sous-groupe de la population à un autre. Les plus pauvres, soit ne se rendent tout simplement pas aux centres de santé, soit font l'effort d'y aller mais n'auront pas accès aux soins, car ils ne peuvent «acheter ceci et cela» et, ainsi, ils seront «toujours arrêtés à la porte» (FG1, homme). Il subsiste aussi des inégalités concernant le délai séparant la survenue d'un épisode de maladie et le premier contact avec une formation sanitaire. Deuxièmement, l'inégalité se constate à propos du prestataire de soins. Les plus pauvres s'orienteront en premier lieu vers les tradipraticiens ou l'automédication pour contrebalancer le coût prohibitif des services publics. Le troisième point est relatif à la qualité différente des soins. Une femme nous précise: «On ne soigne pas de la même manière celui qui possède quelque chose et celui qui n'a rien» (EF19). Enfin, quatrièmement, le paiement des soins impose un fardeau financier supplémentaire aux plus pauvres et grève l'économie familiale. Non seulement le paiement des soins peut provoquer un transfert de ressources d'un poste de dépense (l'électricité) vers un autre (les médicaments), mais, en plus, les biens disponibles ne sont pas toujours suffisants. Aussi, deux solutions ont été mises en avant, l'emprunt et la vente des avoirs familiaux. Le recours à l'une ou l'autre solution variera en fonction de l'entregent et des avoirs possédés.

Au bout du compte, ces inégalités d'accès aux soins, et le corollaire de l'obligation de trouver des moyens financiers pour les plus pauvres, peuvent avoir des conséquences pour la résolution ou l'apparition d'un problème de santé et éventuellement provoquer la mort, nous disent certains. Ainsi, aller à la recherche des créanciers peu rendre «fou» (EF17); ceux qui ont réussi à se rendre au centre de santé vont «revenir à la maison avec leur maladie» (EF19), et les indigents, nous dit-on, restent à la maison, préférant mourir dans la bâtisse familiale que dans un bâtiment public, car «le malade n'ira pas vendre sa mort au centre de santé» (EF18).

Les populations touchées

Comme Green (1999) le précise bien, il est essentiel que les planificateurs de la santé se soucient des groupes vulnérables de la société. Dans le vocabulaire des politiques de santé burkinabé, ces groupes sont qualifiés tantôt de vulnérables, tantôt de spécifiques, mais ils recouvrent la plupart du temps les mêmes catégories de personnes. Évidemment, la définition de ces groupes devrait être une émanation sociale et être en phase avec les valeurs qui sous-ten-

dent les relations sociales dans le pays. Dans la formulation des politiques publiques, on note que les membres de ces groupes sont les femmes, les enfants, les jeunes et les travailleurs. Lors d'une réunion à laquelle nous avons assisté fin 2003, les responsables nationaux de la politique nutritionnelle ont ajouté les personnes vivant avec le VIH-sida et les orphelins du sida (Ob37). Autrement dit, les indigents ne sont pas considérés dans cette catégorie de personnes particulièrement ciblées par les politiques publiques. Mais qu'en pensent les acteurs? Pour deux médecins, le doute porte sur l'incapacité des individus de mobiliser les processus de solidarité familiale (EF16), «l'écho général» doute (EF2): de telles personnes n'existent pas, personne au Burkina n'est isolé et n'est pas en mesure, à un moment donné ou à un autre, de se diriger vers un réseau social quelconque pour obtenir de l'aide financière!

Nous avons constaté une réelle difficulté éprouvée par des habitants de Souna à concevoir l'existence de sous-groupes de la population au-delà des grands groupes habituels tels que celui des femmes ou des enfants. Mais ici, nous voulons mettre en valeur le fait que, pour un certain nombre de personnes, l'existence même du sous-groupe des indigents n'a pas de sens dans un pays où près de la moitié de la population vit en dessous du seuil officiel de pauvreté. Autrement dit, et plus simplement, tout le monde est pauvre au Burkina. Tous les pauvres sont des indigents, et tous les indigents sont qualifiés de pauvres. Pour Cobb et Coughlin (1998), la «gymnastique verbale» est l'un des éléments caractéristiques des luttes politiques pour faire en sorte qu'une situation soit comprise comme un problème public

auquel il faut trouver une solution. Assurément, dans l'arène de la recherche, la manière dont on va définir le public cible des mesures d'exemption du paiement des services est l'objet d'une joute verbale perpétuelle, voire d'une logorrhée. Pour la grande majorité des participants, la manière dont la catégorie des indigents est définie est l'un des nœuds gordiens de la problématique.

Enfin, plusieurs témoignages d'acteurs de différentes catégories expriment le fait que les indigents et les plus pauvres ne prennent pas la parole et ne sont pas écoutés: «les indigents, les sans-voix sont toujours mis de côté» (EF2). Ainsi, comme cet indigent le confirme: «Parce que je suis indigent, je ne peux pas me lever et dire que le gouvernement ne s'occupe pas de moi et l'accuser de ne rien faire pour moi. Parce que c'est difficile» (EF22).

La nouveauté de la situation

Plusieurs informations tendent à montrer que certains pensent et affirment (ex. EF11) que cette exclusion perdure depuis bien longtemps et que la mise en place du paiement direct n'a rien changé à cela. Pourtant, outre que l'utilisation des services de première ligne a considérablement chuté jusqu'en 2001, certaines études ont montré que cette organisation financière en avait également réduit l'utilisation dans certains districts du Faso (Ridde, 2003). L'une des explications que nous fournit un président de comité de gestion à l'absence de mise en œuvre ou de réflexion sur les systèmes de prise en charge des indigents est le fait que ces derniers ne se présentent pas aux CSPS. S'ils ne viennent pas, nous ne sommes pas confrontés au problème et par conséquent, il n'est pas néces-

saire de s'interroger sur la manière dont on va pouvoir les aider... Dans le même ordre d'idées, une autre explication fournie par un infirmier est le fait que le problème n'est pas nouveau car, tout simplement, il n'est pas posé. D'autres nous l'ont fait quelquefois remarquer :

En fait... c'est comme si ce n'était vraiment pas le problème... un problème aujourd'hui réel parce que... moi je ne sais pas! Bon... parce qu'aujourd'hui vous me parlez de ça! Mais on m'a jamais parlé de ça! Et je ne sais pas pourquoi (EF6).

La proximité

De l'avis de divers protagonistes de toutes les catégories d'acteurs, il est clairement établi que les personnes membres de la catégorie des responsables sont très loin des réalités des personnes les plus démunies dans l'incapacité d'utiliser les services de santé. Un exemple donné par les participants, lié à l'actualité au moment de la collecte des données, est celui de la formulation de la politique de réduction de la pauvreté. En effet, à l'époque, de multiples réunions et rencontres à travers tout le pays étaient organisées pour formuler le nouveau cadre stratégique de lutte contre la pauvreté. Or, la façon dont elles étaient organisées illustre, pour nos interlocuteurs, l'éloignement des responsables des problèmes des plus pauvres. Ces responsables viennent parler lors de ces réunions, mais «ça ne perce pas la population, il faut que la base soit touchée» (EF12). Et cet infirmier d'ajouter que ce ne sont pas les pauvres qui sont réunis pour parler de la pauvreté, mais les riches (EF5). Le dialogue social est donc biaisé. Selon trois fonctionnaires du ministère de la Santé, cet éloignement du phénomène pour les responsables et

dirigeants politiques serait une cause de la pérennité du problème et de l'absence de solution. Pour la lutte contre la pauvreté, «Est-ce que, si tu ne vis pas une situation, tu peux proposer quelque chose de concret et de sérieux?» (EF5). Non seulement les responsables ne vivent pas la réalité de l'exclusion des soins, nous dit un infirmier, mais, de surcroît, ils ne ressentent pas cette situation: «Parce qu'en haut les gens ne sont pas sensibilisés, ce n'est pas un problème pour quelqu'un qui est en haut» (EF6).

En revanche, il nous paraît inutile de rappeler combien les particuliers sont proches du problème de l'accès aux soins, tant les écrits précédents l'attestent largement. Cela serait un truisme que de dire que les indigents l'ont attesté, et nous avons vu que les utilisateurs ou non-utilisateurs des services de santé font aussi face, de temps à autres, aux difficultés de disposer des ressources financières indispensables pour avoir accès aux soins.

Les événements, crises et symboles

Il n'y a pas eu, à notre connaissance, de crise majeure au Burkina Faso en lien avec les difficultés d'accès aux services, notamment pour les indigents. Il existe, de temps à autre, ce que nous pourrions appeler des micro-crisis, c'est-à-dire des événements ponctuels dans les CSPS où l'on voit arriver un indigent qui demande à être pris en charge. Mais ce type de situation ne survient que très rarement, et les solutions sont trouvées d'une manière individuelle et ponctuelle. Personne ne profite de l'occasion pour s'ingénier à réfléchir et éventuellement à systématiser la prise en charge (EF8, EF12). Il n'y a pas eu non plus, par exemple, d'as-

sociation de malades qui a pris les devants pour réclamer la gratuité des soins pour les plus pauvres. Certes, quelques articles de journaux ont évoqué ces questions, mais cela a été d'une manière très éphémère. Moins de 1% de l'ensemble des articles de 2002 et 2003 (n = 982) du journal d'opposition *L'Indépendant* traitent du système de santé.

Les rétroactions

L'enseignement initial prodigué à l'ENSP aux futurs infirmiers à propos de l'IB évoque la problématique de l'accessibilité financière aux soins de santé, mais la situation particulière aux indigents, absolument pas. Ces dernières années, deux formations continues ont été données par l'ONG et par les autorités régionales aux infirmiers du district. La présentation de la politique de l'IB fait partie intégrante du contenu. Cependant, l'étude documentaire et la participation au déroulement d'une de ces formations montrent qu'à aucun moment la problématique de l'accès aux soins des indigents n'est abordée. Le principe n°7 de l'IB a disparu des esprits, et l'exclusion des soins de santé n'est pas une situation jugée problématique. Le constat est le même lors des formations données aux membres des comités de gestion villageois et aux gérants des dépôts de médicaments. Dans ces formations, encore une fois, la population est vue comme une entité globale, et les sous-groupes qui la composent ne sont pas pris en compte. En ce qui concerne la formation des membres des équipes cadres de district, le constat est sensiblement le même. L'étude attentive des modules de formation montre qu'ils sont de très bonne qualité, mais qu'ils omettent de parler de l'utilisation des fonds générés par la

vente des MEG ou de la prise en charge des indigents.

Il faut préciser, cependant, qu'au cœur du module 14, c'est-à-dire celui discutant du financement de la santé, la notion d'équité prend une place importante. Bien que l'on explique que la mise en place du paiement vise la pérennité des services, on n'oublie pas d'évoquer le dilemme connu entre la recherche de la viabilité financière des formations sanitaires et celle de l'équité d'accès aux soins. Mais les considérations évoquées dans ce module destiné à la seule formation des médecins demeurent encore très théoriques.

Les médecins chefs de district du pays sont très souvent appelés à participer à de multiples réunions et ateliers de travail dans la capitale. Le responsable du district, en poste depuis plus de dix ans, a donc été invité à des dizaines de rencontres. Cette situation d'exclusion des soins a-t-elle été discutée? La réponse du médecin est assez claire:

Nous, nous faisons des rencontres au niveau de... national, au niveau international, mais bon! au cours de ces rencontres-là, je n'ai jamais entendu... on a abordé ce sujet d'indigents sur le plan sanitaire, est-ce que c'est quelque chose d'important?

qu'est-ce que nous allons faire pour pouvoir... voilà, améliorer les choses? parce que on a laissé les choses comme ça évoluer bon (EF7).

Enfin, lors des visites de supervision effectuées par l'ONG ou l'ECD dans les centres de santé, il semble que personne n'ait réellement évoqué la problématique de l'accès aux soins pour les indigents. La quarantaine de situations que nous avons observées lors de cette recherche confirme les dires des acteurs. Même si certains disent qu'est parfois évoquée la nécessité de consulter gratuitement, jamais personne n'est venu aborder le sujet, que ce soit pour les encourager ou les décourager à de telles pratiques équitables (EF5, EF6). «Il faut que le problème soit posé et qu'on en discute, mais on ne m'a jamais dit qu'on a eu à poser ces questions» (EF12), confirme un président de comité. Un infirmier en poste depuis près de 20 ans nous dit (V11): «ceux du district, on a pas parlé des pauvres» (EI48).

Les valeurs

À l'aide de la technique de la cartographie conceptuelle, nous avons tenté de comprendre ce que la notion de justice sociale voulait dire pour les agents (infirmiers) et les intéressés (membres des comités de gestion). Faute de place, nous résumons ici les grandes lignes qui se dégagent de cet exercice (Ridde, 2006). Globalement, ce qu'il nous paraît essentiel de retenir dans l'étude des énoncés produits par les infirmiers et qualifiant la notion de justice sociale est que ces derniers évoquent des processus fondamentaux dont la responsabilité est la plupart du temps très éloignée de leur propre sphère vitale. Il semble donc que, pour la majorité d'entre eux, la justice sociale est perçue comme imputable,

moins à des comportements personnels qu'à un mode de fonctionnement de la société dans son ensemble et de l'État en particulier. Ainsi, les infirmiers évoquent des notions relativement abstraites et conceptuelles telles que les *droits humains*, la *démocratie* ou encore la *bonne gouvernance*. Ces trois derniers aspects, en dehors de certaines particularités, nous paraissent prévaloir sur l'ensemble des autres notions relevant de la justice sociale au Burkina Faso. Pour la catégorie des intéressés (membres de COGES), l'accent est particulièrement mis sur l'*honnêteté*, la *vérité* et la *transparence*, autant de termes opposés à la corruption ou au détournement de l'aide. Puis l'action politique représente, si elle répond évidemment à ces qualités requises préalablement, une modalité de la justice sociale. L'État ou le gouvernement disposent d'un rôle indéniable mis au jour par les paysans. En ce qui concerne la capacité de la société dans son ensemble, collectivement, d'agir et de garantir l'équité, il ne semble pas se dégager une vision très claire de l'analyse. La solidarité a été mise en avant, tandis que, d'un autre côté, on ne semble pas trop croire à l'efficacité de l'action collective. Enfin, fait remarquable parmi d'autres, aucun lien entre la justice sociale et l'amélioration des conditions de vie des sous-groupes de la population habituellement qualifiés de vulnérables (femmes et indigents), si ce ne sont les enfants, n'a été établi par les membres des comités de gestion.

L'étude des documents de politiques publiques fait ressortir deux grandes tendances générales concernant le concept d'équité chez les responsables. La première tendance est celle d'une équité dont l'objectif est d'améliorer le sort des pauvres. Le

groupe des plus pauvres est entendu ici dans son acception la plus large possible, autrement dit, la proportion de la population (46,4% en 2003) vivant en dessous du seuil national de pauvreté (190 dollars canadiens par personne et par an). Cette idée est surtout véhiculée dans les politiques de lutte contre la pauvreté. La seconde tendance, s'éloignant de celle largement influencée par le concept de pauvreté véhiculé par la Banque mondiale, est plus portée à prendre en considération les besoins des indigents. Nous pourrions dire que cette vision est essentiellement celle qui est véhiculée dans les politiques de santé.

En ce qui concerne les particuliers, les groupes de discussion ont permis de comprendre, d'abord, les catégories émiques justifiant la présence des inégalités sociales. Ces catégories sont relativement nombreuses, mais il faut essentiellement retenir que, selon les participants, les inégalités sociales sont des faits sur lesquels il est quasiment impossible d'intervenir. L'explication rousseauiste de l'origine naturelle de l'inégalité entre les êtres humains plane sur les discours entendus. Dieu est souvent convoqué, car c'est lui qui a décidé de faire en sorte que les uns et les autres soient différents. L'usage du mot «différent» revient à plusieurs reprises comme pour expliquer que l'égalité n'est pas envisageable: «les gens ne peuvent pas être les mêmes, Dieu a fait les choses différemment» (FG1, homme). Certains se plaignent de cette volonté divine et trouvent cela bien injuste. Mais ce n'est pas le cas pour tous, et quelques-uns pensent, au contraire, que cet état de fait est juste, car «il faut que l'on se mélange» (FG4), nous dit une femme. La différence paraît donc

constatuelle à la vie sociale. Cet assentiment irénique favorise clairement le statu quo et la paix sociale, «pour la bonne marche du monde» (FG4, femme). Sans la présence de catégories sociales différentes, point de stabilité et de pacification sociale. «Si tout le monde est riche, il n'y aura pas de respect» (FG2, femme). Cela explique en particulier pourquoi, d'une manière spontanée, les personnes interrogées ont décidé (à la suite d'un exercice fictif effectué avec eux) de partager une donation de sacs de mil au village de manière égalitaire, soit une ration pour une famille. Le partage équitable mettrait en péril la stabilité sociale, mais il est envisageable si une requête spécifique du donateur est faite en ce sens, nous dit-on. Lorsque l'on évoque les inégalités d'accès aux soins, là, les particuliers pensent que c'est injuste et qu'il faut agir pour les résorber. Un homme dira: «Que personne n'ait plus d'accès aux soins que l'autre» (FG3, homme). Il s'agit donc d'une vision plutôt égalitariste de l'équité. Dans le domaine du financement, par contre, certaines personnes conceptualisent une approche plus rawlsienne: «si les riches doivent payer pour que nous, les indigents, puissions accéder aux soins, ça c'est une bonne chose» (FG1, homme).

Discussion

Il y a vingt ans, Cobb et Elder écrivaient que les problèmes ne deviennent pas politiques du seul fait qu'ils se posent ou qu'on les constate: tout dépend de l'interprétation qu'on en fait et des définitions que se donne une société⁹. Si la reconnaissance de l'existence d'un problème n'est pas seule garante de la mise en œuvre d'une politique publique — puisque la rencontre

avec le courant des solutions est aussi nécessaire — il est indispensable que la situation, dans notre cas majoritairement vécue comme un problème par les seuls indigents, soit comprise comme un problème public, globalement et socialement reconnu en tant que tel par la société en général et pas seulement par quelques personnes. Les données empiriques illustrent parfaitement pourquoi la situation de l'exclusion des soins des indigents, exemple probant de l'absence d'équité du système de santé, n'a pas encore été perçue par les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'IB comme un problème public auquel il fallait trouver une solution. D'une manière générale, on voit bien qu'aucun des éléments constitutifs d'un problème n'est propice à cette transformation cognitive. Des neuf déterminants, aucun ne semble favorable à une considération publique à l'égard de l'équité (tableau 3). D'une manière plus particulière, trois éléments essentiels peuvent être convoqués pour expliquer ce constat.

Un système de valeurs peu propice à la prise en compte des indigents

Il se dégage une tendance très nette à propos de la notion de justice sociale admise par les acteurs. L'orientation générale constatée nous semble beaucoup plus proche d'une vision égalitariste de la justice distributive que d'une vision rawlsienne où le principe de la différence nécessite d'agir prioritairement en faveur des plus déshérités (Mooney, 1987; Rawls, 2004).

Cela a déjà été mis en évidence chez les Mossi du Burkina (Fiske, 1990). Au Québec, il semble bien que les acteurs de la santé publique pensent autrement et mettent l'accent

sur la vision rawlsienne lors des interventions (Massé et Saint-Arnaud, 2003). Au Faso, les acteurs sont plus préoccupés par l'accès aux soins de tous que par celui des plus pauvres et des indigents. La notion de besoin est rarement prise en compte pour porter un jugement sur l'accès aux soins. Si certains sous-groupes de la population attirent l'attention des uns et des autres, ce sont des sous-groupes relativement grands comme les pauvres ou les femmes. Contrairement, par exemple, à la présence d'une discontinuité des notions d'équité entre les «développeurs» et les «développés» lors de l'implantation d'un projet d'une ONG à Kinshasa (De Herdt, 2003), il existe dans notre cas une certaine cohérence conceptuelle entre ces deux groupes d'acteurs. L'égalité de l'accès aux soins pour tous prime sur l'équité d'accès pour certains. La mobilisation du principe de l'équité verticale qui postule un accès différent pour des besoins différents n'est pas envisagée. Pour le dire autrement et confirmer empiriquement certaines propositions théoriques (Flori et Tizio, 2000), les membres de l'ONG ou des COGES ou les infirmiers usent du raisonnement «efficacité *ergo* équité». Cela a été montré dans cette recherche, comme ailleurs en Afrique (Gilson,

Tableau 3. Résumé des éléments empiriques de la situation d'exclusion des soins et niveau d'influence pour sa transformation en problème public (niveau d'influence : + fort; +/- moyen; - faible)

1. L'importance [-]	<p><i>Au niveau central</i></p> <ul style="list-style-type: none"> i) Quelques directives équitables ii) Présence dans les politiques mais absence dans les guides de planification pour les régions et les districts et présence dans les guides pour la planification des CSPPS iii) Absence d'indicateurs équitables pour l'évaluation des politiques <p><i>Au niveau local</i></p> <ul style="list-style-type: none"> i) Absence de planification à l'égard du problème pour le district et les CSPPS ii) Absence de prise en compte par les stagiaires élèves infirmiers <p><i>Au niveau individuel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> i) Les agents pensent que l'IB a amélioré l'accès aux soins pour tous donc pour les indigents ii) Les particuliers se plaignent des inégalités financières d'accès aux soins
2. Les causes [+/-]	<ul style="list-style-type: none"> i) Le paiement des soins est une cause évidente ii) Mais le groupe des intéressés s'interroge sur le fait qu'il n'ait rien changé pour ceux qui étaient déjà exclus avant l'IB
3. Les conséquences [-]	<p>Exclusivement pour les plus pauvres sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> i) La décision de consulter (refus ou décalage) ii) Le choix du prestataire (pas les CSPPS) iii) La moindre qualité des soins iv) Le fardeau financier sur l'économie familiale
4. Les populations affectées [-]	<ul style="list-style-type: none"> i) Indigents exclus du groupe des populations vulnérables dans les politiques publiques ii) Vision monolithique du groupe des pauvres iii) Gymnastique verbale vis-à-vis de la notion d'indigent iv) Pas de place pour la voix des indigents
5. La nouveauté [-]	<ul style="list-style-type: none"> i) Il y a toujours eu de l'exclusion des soins, ii) les indigents ne fréquentent jamais les CSPPS
6. La proximité [+/-]	<ul style="list-style-type: none"> i) Les responsables et dirigeants (et dans une moindre mesure les planificateurs) sont très éloignés de cette situation ii) Contrairement aux autres acteurs
7. Les événements, crises, symboles [-]	<ul style="list-style-type: none"> i) Aucune crise majeure ii) Des événements « macro » (IB, dévaluation, CSLP) ou « micro » (méningite, ARV) non utilisés en faveur des indigents
8. Les rétroactions [-]	<ul style="list-style-type: none"> i) Absentes dans la formation initiale ou continue des infirmiers, des gérants DMEG, des membres des COGES ou de l'ECD ii) Présentes théoriquement dans la formation des MCD iii) Absentes lors des supervisions et des évaluations
9. Les valeurs [+/-]	<ul style="list-style-type: none"> i) Théorie de la justice de type égalitariste ii) Les inégalités de santé ou sociales sont des faits, alors que... iii) ... les inégalités d'accès aux soins sont injustes mais... iv) ... il faut être incité pour agir contre v) Difficulté à concevoir des sous-groupes de la population vi) Recherche de la paix sociale

2000). D'une manière générale, les acteurs sociaux étudiés dans cette recherche ne sont pas prêts à mettre la stabilité et la paix sociale sur l'échafaud afin d'intervenir en faveur des indigents ou des plus démunis; la société forme un tout, selon le fameux principe du holisme de Louis Dumont (1985). Dire cela revient à apporter une nouvelle piste d'explication à la préséance irénique de l'égalitarisme. En effet, puisque le système de valeurs en place paraît reposer sur le fait que les individus sont inégaux par nature, reprenant ainsi la thèse rousseauiste, il est bien délicat de vouloir contrer cet état de *fait*. Cette stabilité sociale et la recherche du consensus permanent n'incitent pas les personnes concernées à agir spontanément en faveur de certains groupes, au détriment de quelques autres. Le conflit est la pire des situations qui puissent être imaginées, comme Hagberg (2001) l'a parfaitement montré ailleurs au Burkina. La recherche d'équité et les efforts de redistribution peuvent en somme aller à contre-courant et être ressentis comme une menace par les forces dominantes (Braveman, 2003: 185¹⁰). Cependant, il ne nous semble pas avoir décelé une rigidité absolue au sein de cette société locale, notamment en ce qui a trait aux inégalités liées au système de santé. L'application d'incitations pour des interventions plus équitables au sein du système de santé ne heurterait pas dramatiquement les croyances locales. Mais nous avons bien noté qu'aucune mesure incitative n'a été implantée réellement, c'est-à-dire autrement que d'une manière discursive ou épistolaire.

Un processus de planification dysfonctionnel et non orienté vers les besoins

L'étude de l'ensemble des éléments liés à l'organisation du sys-

tème de santé et au processus de planification à trois niveaux de la pyramide sanitaire (national, district, centre de santé) révèle clairement que la planification n'est pas vraiment efficace et n'est absolument pas équitable. L'absence de considération pour l'accès aux services des indigents a été bien décrite dans les sections concernant, d'une part, l'importance accordée à cette situation lors de la planification et, d'autre part, les rétroactions lors des formations, supervisions et autres processus d'évaluation. Aussi la prise en compte de l'exclusion permanente des services de santé est-elle reléguée aux calendes grecques. Trois raisons majeures rendent cette situation intelligible. D'abord, la planification est un exercice mal maîtrisé. Les concepts employés ne sont pas acquis, et les compétences nécessaires ne sont généralement pas présentes dans les équipes de travail. La distinction entre des résultats d'activité et des résultats de changement (effets), en ce qui concerne la cible d'un projet, n'est pas bien comprise. La faiblesse des processus évaluatifs (tant de l'ECD que de l'ONG) et leur corollaire, soit le manque de précision des indicateurs d'effets, expliquent en partie cette préoccupation pour les activités au détriment des effets. Ensuite, les activités et objectifs planifiés ne répondent pas à des besoins préalablement définis, mais, plutôt, à des ressources allouées ou supposées accessibles. L'évaluation des besoins n'est quasiment jamais effectuée. Or, la définition d'une distribution équitable des ressources est qu'elle doit être entreprise en fonction des besoins des Burkinabé. Green et al. (1997: 188) qualifient ce type de planification de *market-driven demands* et l'opposent à l'évaluation des besoins (*needs*

assessment). Enfin, contrairement à ce que plusieurs spécialistes de la planification sanitaire réclament depuis bien longtemps (Blum, 1981; Ridde et Girard, 2004), ici comme encore trop souvent ailleurs, la planification est conçue par les acteurs de la santé publique comme une activité de l'ordre de la technique et non du changement social. Si nous pouvons penser que le processus de planification du PNDS a été quelque peu participatif sur le plan national, notre observation du processus de planification locale dévoile assez bien que tel ne fut pas le cas. Cela n'a rien d'effarant puisque, dans le domaine de la santé et en Afrique, les professionnels de la santé font preuve de fortes réticences à l'inclusion de la communauté dans le processus de planification, spécialement au niveau des districts (Kahssay et Oakley, 1999; cité par Morgan, 2001). En outre, les politiciens et les planificateurs centraux semblent fonder les politiques de santé en partie sur des valeurs d'équité et de justice sociale, mais les planificateurs périphériques oublient ces justes considérations et n'arrivent pas à planifier ni à implanter des interventions équitables. Cela illustre, croyons-nous, la difficulté du passage d'un mode cognitif en faveur de l'équité à une opération conative. Une triple explication peut être proposée: i) l'influence importante des bailleurs de fonds dans l'énoncé de l'équité au niveau central¹¹ mais leur absence au niveau local, ii) le manque de solutions élaborées dans les écrits scientifiques ou testées localement pour endiguer l'exclusion des indigents des services, iii) le double jeu du peu d'intérêt des planificateurs et du manque d'incitation à planifier pour le changement social et l'équité.

Une préoccupation loin des acteurs sociaux

Enfin, les acteurs intéressés¹² de manière importante par la mise en œuvre des politiques de santé en général et de l'IB en particulier sont situés dans des sphères sociétales trop éloignées du problème et des personnes touchées par la situation. Autrement dit, ils ne sont majoritairement pas enclins à comprendre que cela constitue un problème puisqu'ils ne vivent pas véritablement la situation. Connaissant bien la problématique, Farmer (2003) observe que «la souffrance des pauvres du monde fait rarement irruption dans la conscience des riches, même quand il devient patent que notre richesse est directement reliée à cette souffrance»¹³. Aussi, le fait de ne pas vivre concrètement la situation d'exclusion des soins participe à la construction de l'intelligibilité de ce manque de préoccupation pour les indigents et l'équité d'accès aux soins. Il ne s'agit pas d'affirmer que les dirigeants et les planificateurs (du ministère et de l'ONG) ne sont pas sensibles à ces questions, certains individus le sont véritablement. Cependant, cela ne suffit pas. Dans leur ensemble, ces acteurs qui jouissent d'un pouvoir de décision et

d'action important n'en usent pas en faveur de l'équité, car ils ne vivent tout simplement pas la situation d'exclusion. Lorsque des chercheurs se sont penchés sur la mise en œuvre de l'IB au Bénin, en Zambie et au Kenya, ils ont constaté l'échec des trois pays à en faire bénéficier d'abord les plus pauvres (Gilson, Kalyalya et al., 2001¹⁴); l'une des raisons de cette situation, signale l'étude (confirmant ce que nous avons mis en évidence), est que les pays n'en sont «tout simplement» par arrivés à reconnaître les besoins spécifiques des plus pauvres et à s'y attaquer¹⁵.

Conclusion

Les éléments proposés par Kingdon (1995) pour porter un jugement sur la manière dont une situation devient un problème public ne nous ont pas paru suffisamment détaillés pour nous faire avancer dans notre recherche, et nous avons tourné notre regard vers d'autres auteurs. Nous ne sommes apparemment pas le seul puisque cette triangulation théorique a aussi été employée par Peretz (1998) dans une recherche utilisant l'approche de Kingdon et celle de Rochefort et Cobb. Aussi, nous croyons que l'ajout des éléments issus des travaux sur la définition d'un problème¹⁶ en science politique, rapidement évoqués dans la section méthodologique du présent article, a été particulièrement fécond pour mieux comprendre pourquoi l'exclusion des soins des indigents burkinabé est restée cantonnée à l'état d'une situation.

L'échec de la mise en œuvre de l'IB, en ce qui concerne son objectif d'équité, trouve donc une partie de son explication dans le fait que l'ex-

clusion des services de santé des indigents n'a jamais été perçue comme un problème *public*. Cet article a permis, croyons-nous, de mettre en lumière la faiblesse des éléments caractérisant la possibilité que la situation devienne un problème public. Cela a été explicité, non seulement à propos du système dominant de croyances et de la notion de justice sociale, qui semble proche d'une conception égalitariste, mais aussi eu égard au contenu de l'ensemble des autres éléments constitutifs d'un problème public. Mais cela n'explique pas tout. Il faut, d'abord, noter l'absence de connaissances (scientifiques et profanes) à propos des solutions techniques possibles pour juguler cette exclusion. Ensuite, si des fenêtres d'opportunité sont apparues, lors de multiples circonstances, pour prendre à bras le corps le problème de l'accès aux soins des indigents, il faut bien admettre qu'elles n'ont jamais été saisies. Une partie de l'explication réside dans l'absence d'individus (d'entrepreneurs politiques) désirant user de leurs ressources pour promouvoir l'équité d'accès aux soins et favoriser le couplage des courants des solutions et des problèmes dans la mise en œuvre de l'IB. Enfin, le cas analysé, à l'instar de bien d'autres (voir Turshen, 1999; Lee, Buse et al., 2002), reflète parfaitement que le courant des orientations des réformes sanitaires actuelles dans les pays du Sud en général, et au Faso en particulier, favorise beaucoup plus la viabilité financière que l'équité d'accès et de financement des services. Les experts de l'OMS Afrique et de l'UNICEF, membres du «Bamako Initiative Working Group», ont dit en 1999 que «la problématique de l'équité» et les moyens d'atteindre les laissés pour

compte «deviennent une priorité dans le futur» (OMS/AFRO, 1999: 14)... Retour vers le futur?

Valéry Ridde
Unité de santé internationale
Faculté de médecine
Université de Montréal

Notes

- ¹ Les soins de santé primaires en 1978, l'initiative de Bamako en 1987.
- ² Soit les personnes exclues de manière permanente de l'accès aux services de santé,
- ³ Qui résulte d'une thèse de doctorat en santé communautaire soutenue à l'Université Laval (Québec) et en partie financée par le Centre de recherche en développement international (CRDI) du Canada. Les commentaires des membres du jury (J. E. Girard, V. Lemieux, L. Demers, B. Sondo) ont été précieux, et le soutien de Maria De Koninck, ma directrice de recherche, essentiel. Merci également à Pierre Fournier pour sa lecture attentive d'une première version de cet article présenté au 2^e Colloque international «Financement de la santé dans les pays en développement» (décembre 2005, CERDI/CNRS, Clermont-Ferrand, France).
- ⁴ Notre proposition a récemment été vérifiée en Angleterre, où la mise en œuvre des politiques décidées au niveau central visant à réduire les inégalités sociales de santé a été négativement affectée par le fait que cette question d'inégalité n'a pas été suffisamment perçue comme un problème prioritaire au niveau local (Exworthy et Powell, 2004).
- ⁵ Comme d'autres l'ont fait (Cobb et Coughlin, 1998; Houston et Richardson, 2000).
- ⁶ Puisqu'elle est insérée conceptuellement dans le courant des solutions et présentée en détail ailleurs (Ridde, 2005).

- ⁷ Ce code est l'un de ceux qui sont employés dans la thèse dont cet article est issu, pour désigner les auteurs des *verbatim*; EF = entrevue formelle, EI = entrevue informelle, Ob = observation, V = visite. Voir Ridde, 2005.
- ⁸ Soit le coût moyen d'environ 13 consultations (actes et médicaments).
- ⁹ «Policy problems are not simply givens, nor are they matters of the facts of a situation, they are matters of interpretation and social definition» (Cobb et Elder, 1983; cité par Rochefort et Cobb, 1993: 57).
- ¹⁰ «Pursuing equity requires swimming against the tide of prevailing forces, who may feel threatened by efforts to achieve a more equitable distribution of society's benefits.»
- ¹¹ Les dirigeants doivent faire «toujours référence à cette question de santé pour tous, d'équité, juste comme ça» (EF1)... sans réelle conviction donc.
- ¹² Acteurs responsables et (ou) concernés (*stakeholders*).
- ¹³ «The suffering of the world's poor intrudes only rarely into the consciousness of the affluent, even when our affluence may be shown to have direct relation to their suffering» (p. 31).
- ¹⁴ «All three failed to protect and benefit preferentially the poorest within communities» (p. 53).
- ¹⁵ «All countries simply failed to recognize and tackle the specific needs of the poorest» (*ibid.*: 54).
- ¹⁶ Le champ des connaissances dans ce domaine est immense, et nous n'avons pas la prétention de l'avoir appréhendé dans sa totalité.

Bibliographie

BADINI, A. 1994. *Naître et grandir chez les Moosé traditionnels*. Paris et Ouagadougou, SEPIA-ADDDB.

BLUM, H. 1981. *Planning for Health, Generics for the Eighties*. New York, Human Science Press.

BRAVEMAN, P. 2003. «Monitoring equity in health and healthcare: A conceptual framework», *Journal of Health Population Nutrition*, 21, 3: 181-192.

COBB, R. W., et J. F. COUGHLIN. 1998. «Are elderly drivers a road hazard? Problem definition and political impact», *Journal of Aging Studies*, 12, 4: 411-427.

CROZIER, M., et E. FRIEDBERG. 1977. *L'acteur et le système*. Paris, Éditions du Seuil.

DE HERDT, T. 2003. «Aide d'urgence et notions locales d'équité: analyse d'un programme d'aide nutritionnelle comme une interface sociale», *Canadian Journal of Development Studies*, XXIV, 2: 273-287.

DEP. 2003. *Canevas et guide d'élaboration des rapports de progrès des districts sanitaires et des directions régionales de la santé*. Ouagadougou, Ministère de la Santé.

DUMONT, L. 1985. *Essais sur l'individualisme. Une perspective anthropologique sur l'idéologie moderne*. Paris, Seuil.

EXWORTHY, M., et M. POWELL. 2004. «Big windows and little windows: Implementation in the "congested state"», *Public Administration*, 82, 2: 263-281.

FARMER, P. 2003. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley, University of California Press.

FISKE, A. P. 1990. «Relativity within Moose "Mossi" culture: Four incommensurable models for social relationships», *Ethos*, 18: 180-204.

FLORI, Y.-A., et S. TIZIO. 2000. «Les politiques sanitaires subsahariennes: efficacité versus équité ou efficacité ergo équité», dans A. ALCOUFFE, B. FOURCADE, J. M. PLASSARD et G. TAHAR. *Efficacité versus équité en économie sociale*. Paris, L'Harmattan, 2: 467-478.

L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso: un problème public?

162

- GILSON, L. 2000. «Readdressing equity: The importance of ethical processes», dans A. MILLS. *Reforming Health Sectors*. Londres et New York, Kegan Paul International: 103-122.
- GILSON, L., D. KALYALYA, F. KUCHLER, S. LAKE, H. ORGANA et M. OUENDO. 2000. «The equity impacts of community financing activities in three African countries», *International Journal of Health Planning and Management*, 15: 291-317.
- GILSON, L., D. KALYALYA, F. KUCHLER, S. LAKE, H. ORGANA et M. OUENDO. 2001. «Strategies for promoting equity: Experience with community financing in three African countries», *Health Policy*, 58, 1: 37-67.
- GREEN, A. 1999. *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*. Oxford, Oxford University Press.
- HABGBERG, S. 2001. «À L'ombre du conflit violent. Règlement et gestion des conflits entre agriculteurs karaboro et agro-pasteurs peul au Burkina Faso», *Cahiers d'études africaines*, 161: 45-72.
- HADDAD, S., A. NOUGTARA et V. RIDDE. 2004. «Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso», *Santé, société et solidarité*, 2: 199-210.
- HOUSTON, D., et L. RICHARDSON. 2000. «The politics of air bag safety: A competition among problem definitions», *Policy Studies Journal*, 28, 3: 485-501.
- KINGDON, J. W. 1995. *Agendas, Alternatives And Public Policies*. New York, Harper Collins.
- LAURENT, P.-J. 1996. «Dynamiques matrimoniales chez les Mossi du Burkina Faso. Pratiques de l'Église des assemblées de Dieu, des aînés, des cadets et de l'État», dans G. DE VILLIERS. *Phénomènes informels et dynamiques culturelles en Afrique*. Institut africain et L'Harmattan, 10-20: 166-183.
- LEE, K., K. BUSE et S. FUSTUKIAN, éd. 2002. *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge, Cambridge University Press.
- LEE, K., et H. GOODMAN. 2002. «Global policy networks: The propagation of health care financing reform since the 1980s», dans K. LEE, K. BUSE et S. FUSTUKIAN. *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge, Cambridge University Press: 97-199.
- LEMIEUX, V. 2002. *L'étude des politiques publiques. Les acteurs et leur pouvoir*. Québec, Presses de l'Université Laval.
- MASSÉ, R., et J. SAINT-ARNAUD. 2003. *Éthique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*. Québec, Presses de l'Université Laval.
- MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DU DÉVELOPPEMENT. 2003. *Rapport consolidé de mise en œuvre du cadre stratégique de lutte contre la pauvreté 2000-2003 (Version amendée)*. Ouagadougou, Secrétariat technique pour la coordination des programmes de développement économique et social.
- 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.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. 2001. *Plan nationale de développement sanitaire 2001-2010*. Ouagadougou.
- MINISTÈRE DES FINANCES ET DU BUDGET. 2003. *Table ronde des bailleurs de fonds du Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-2010*. Ouagadougou.
- MOONEY, G. 1987. «Qu'est-ce que l'équité en matière de santé?», *Rapport trimestriel statistique sanitaire mondial*: 296-303.
- MORGAN, L. M. 2001. «Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge», *Health Policy and Planning*, 16, 3: 221-230.
- NITIÉMA, A., V. RIDDE et J. E. GIRARD. 2003. «L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso», *International Political Science Review*, 24, 2: 237-256.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P. 1995. *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris, APAD-KARTHALA.
- OMS (Afrique). 1999. *Revue de l'Initiative de Bamako, 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali). Recommandations générales et rapports des gouvernements du Mali et du Niger*.
- OMS/AFRO. 1999. *The Bamako Initiative Working Group. The First Meeting 11-14 October 1999*. Harare, WHO/AFRO, UNICEF.
- OMS/FISE. 1989. *Bulletin d'information de l'Initiative de Bamako*, 1, 2.
- OUEDRAOGO, B. L. 1990. *Entraide villageoise et développement. Groupements paysans au Burkina Faso*. Paris, L'Harmattan.
- OUEDRAOGO, J.-B. 1996. «The articulation of the Moose traditional chieftaincies, the modern political system, and the economic development of Kaya region», *Journal of Legal Pluralism*, 37-38: 249-261.
- PERETZ, J. H. 1998. «Waste management agenda setting: A case of incorrect problem definition?», *Waste Management & Research*, 16, 3: 202-209.
- PNDS. 2003. *Indicateurs de suivi du PNDS. Guide de renseignement. Version provisoire*. Ouagadougou, Secrétariat technique du PNDS/DEP/SG/MS.

- PNUD. 2005. *Rapport mondial sur le développement humain 2005. La coopération internationale à la croisée des chemins. L'aide, le commerce et la sécurité dans un monde marqué par les inégalités*. New York, PNUD.
- RAWLS, J. 2004. *La justice comme équité. Une reformulation de la théorie de la justice*. Montréal, Boréal.
- RIDDE, V. 2003. «Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative», *Bulletin of World Health Organization*, 81, 7: 532-538.
- RIDDE, V. 2004. «Kingdon à Bamako: conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique», *Politique et sociétés*, 23, 2-3: 183-202 (<http://www.erudit.org/revue/ps/2004/v23/n2-3/010889ar.html>).
- RIDDE, V. 2005. *Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso*. Québec, Université Laval, thèse de Ph.D. (<http://www.theses.ulaval.ca/2005/23020/23020.html>). À paraître aux Éditions L'Harmattan.
- RIDDE, V. 2006. «Aujourd'hui au Burkina Faso, je pense que la notion de justice sociale veut dire que...». *Le point de vue de quelques infirmiers et membres de comités de santé*. Ouagadougou, Étude récit n°11, Laboratoire citoyennetés (www.ace-recit.org).
- RIDDE, V., et J. E. GIRARD. 2004. «Douze ans après l'Initiative de Bamako: constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains», *Santé publique*, 15, 1: 37-51.
- ROCHFORD, D. A., et R. W. COBB. 1993. «Problem definition, agenda access, and policy choice», *Policy Studies Journal*, 21, 1: 56-71.
- ROCHFORD, D. A., et R. W. COBB. 1994. «Problem definition: An emerging perspective», dans D. A. ROCHFORD et R. W. COBB. *The Politics of Problem Definition. Shaping the Policy Agenda*. University Press of Kansas: 1-31.
- STAKE, R. E. 2000. «Case studies», dans N. K. DENZIN et Y. S. LINCOLN. *Handbook of Qualitative Research*. Londres, Sage Publications: 435-454.
- STANDING, H. 2002. «An overview of changing agendas in health sector reforms», *Reprod. Health Matters*, 10, 20: 19-28.
- TURSHEN, M. 1999. *Privatizing Health Services in Africa*. New Brunswick (New Jersey), et Londres, Rutgers University Press.
- VAN LERBERGHE, W., et V. De BROUWERE. 2000. «État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne», *Afrique contemporaine*, 3^e trimestre (numéro spécial): 175-190.
- WOOD, B. D., et A. DOAN. 2003. «The politics of problem definition: Applying and testing threshold models», *American Journal of Political Science*, 47, 4: 640-653.
- YIN, R. K. 1994. *Case Study Research Design and Method*. Londres et New Delhi, Sage Publications.