



Bulletin Amades

Anthropologie Médicale Appliquée au Développement Et
à la Santé

69 | 2007
69

Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso

Thèse de doctorat en santé communautaire, réalisée sous la direction de
Maria De Koninck, soutenue le 23 septembre 2005 à l'Université Laval
(Québec, Canada)

Valéry Ridde



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/amades/380>
ISSN : 2102-5975

Éditeur

Association Amades

Édition imprimée

Date de publication : 1 mars 2007
ISSN : 1257-0222

Référence électronique

Valéry Ridde, « Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso », *Bulletin Amades* [En ligne], 69 | 2007, mis en ligne le 04 février 2009, consulté le 03 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/amades/380>

Ce document a été généré automatiquement le 3 mai 2019.

© Tous droits réservés

Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'ouest. Le cas de l'Initiative de Bamako au Burkina Faso

Thèse de doctorat en santé communautaire, réalisée sous la direction de Maria De Koninck, soutenue le 23 septembre 2005 à l'Université Laval (Québec, Canada)

Valéry Ridde

1 Thèse parue aux Editions l'Harmattan en janvier 2007, sous le titre : *Equité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*.

2 Résumé de la thèse :

3 Depuis 30 ans en Afrique, de nombreuses politiques publiques de santé ont été formulées dans le but équitable d'améliorer l'accès aux soins des plus pauvres, que ce soit la stratégie des soins de santé primaires d'Alma-Ata en 1978 ou encore la politique de l'initiative de Bamako (IB) de 1987. Au Burkina Faso, retenu pour le terrain de recherche, les acteurs de la mise en œuvre de l'IB se sont, comme ailleurs en Afrique, focalisés sur les aspects relatifs à l'efficacité de la politique au détriment de ceux liés à l'équité. Aussi, les inégalités d'accès aux services de santé perdurent et les indigents sont toujours exclus. Si l'état des connaissances illustre parfaitement la situation délicate d'exclusion que vivent les indigents, il ne l'explique pas. L'objet de cette thèse de santé communautaire constituait donc une tentative d'explication à l'écart qui subsiste entre la formulation de l'IB et sa mise en œuvre au détriment de l'équité.

Comment se fait-il que les acteurs impliqués dans l'organisation de cette politique publique aient occulté les aspects relatifs à l'équité, notamment l'accès aux services de santé des indigents, alors même que certains d'entre eux agissent au nom de la coopération internationale et de l'aide publique au développement ? Cette tentative de démonstration repose sur une étude de cas (un projet de coopération d'une ONG). Il s'agit d'une recherche pluridisciplinaire faisant appel aux concepts de l'étude des politiques

publiques, de la santé des populations et de l'anthropologie du développement. La politique de l'IB est mise en œuvre par des acteurs issus des États du Sud en collaboration étroite avec ceux du Nord, cette rencontre constituant une des clefs d'explication du phénomène qui nous intéresse et justifie une enquête de terrain de sept mois. De surcroît, c'est la première fois, à notre connaissance, qu'ont été employés le prolongement de la théorie des courants des politiques publiques et la technique de cartographie conceptuelle, cette dernière permettant de mieux comprendre la conception locale de la notion d'équité.

Les résultats montrent que : l'aspect équitable de la politique est omis dans la formation des acteurs ; les agences de coopération sont plus préoccupées par l'efficacité que l'équité ; la planification est effectuée en fonction des ressources disponibles et non des besoins des populations ou du changement social ; les acteurs périphériques n'ont aucun intérêt et ne sont pas incités à donner un accès gratuit aux plus pauvres ; les décisions centrales sont prises sans concertation, demeurent floues et ne sont ni suivies ni évaluées ; la société ne se préoccupe pas des sous-groupes de la population, et le concept d'équité est perçu différemment de celui défini à l'origine de la politique.

Trois pistes d'explication peuvent être formulées à la mise à l'écart de l'équité : i) malgré la présence potentielle de fenêtres d'opportunité, celles-ci n'ont pas été saisies ou alors d'une manière peu porteuse de changement, ii) aucun entrepreneur politique n'a décidé de s'atteler à la tâche de la rencontre des courants des problèmes et des solutions favorable à la mise en œuvre de la politique, iii) la situation des indigents ne présente pas toutes les caractéristiques nécessaires pour qu'elle soit comprise comme un problème public.

Les connaissances mises au jour constituent un point de passage obligé pour envisager l'application de mesures incitatives en vue d'une plus grande justice distributive dans la mise en œuvre de cette politique publique de santé et ainsi revenir aux fondements de l'IB et d'Alma-Ata. Par conséquent, à la suite de la restitution des résultats de la recherche au Burkina Faso, des ateliers de réflexion sur la mise en œuvre des recommandations pratiques issues de la thèse ont été organisés. Un projet de recherche-action vient d'être finalisé et il devrait démarrer en 2007. Il vise à tester durant trois ans le potentiel de succès d'une action favorable à l'accès aux soins des indigents du pays.