

Article

« Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique »

Valéry Ridde

Politique et Sociétés, vol. 23, n°2-3, 2004, p. 183-202.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/010889ar>

DOI: 10.7202/010889ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

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 à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

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. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

KINGDON À BAMAKO : CONCEPTUALISER L'IMPLANTATION D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE SANTÉ EN AFRIQUE*

Valéry Ridde

Doctorant en santé communautaire

Université Laval, Département de médecine sociale et préventive

INTRODUCTION

Une politique publique n'est pas inéluctablement mise en œuvre telle qu'elle a été formulée ; cela constitue d'ailleurs plus souvent la norme que l'exception. En Afrique, les résultats de l'implantation de l'initiative de Bamako (IB), formulée en 1987 en tant que politique publique de relance de la stratégie des soins de santé primaires de 1978, ont été plutôt de l'ordre de l'efficacité que de l'équité, ce que nous avons démontré empiriquement ailleurs¹. Il s'agit là de la fameuse *dual implementation*². Mais on a beau gloser, encore faut-il tenter de l'expliquer, à tout le moins de l'expliciter. C'est dans un tel but que nous proposons ici une modeste contribution à l'avancement des connaissances, eu égard à l'intérêt heuristique de l'application d'une théorie issue de l'étude des politiques publiques (le prolongement de la théorie des courants³) et de concepts anthropologiques à propos du rôle des acteurs sociaux dans le processus. Dans une première partie, nous retraçons succinctement le contexte, définissons l'IB et proposons une évaluation succincte de ses effets (efficacité versus équité). Puis, dans un souci d'élucider des stratégies ayant abouti à la mise à l'écart de l'équité, nous

* Nous tenons à remercier Vincent Lemieux et Maria De Koninck de l'Université Laval, ainsi que les trois évaluateurs et les deux directrices successives de la revue *Politique et Société* pour leurs précieuses critiques de versions antérieures de cet article.

1. V. Ridde, *Entre efficacité et équité : Qu'en est-il de l'initiative de Bamako ? Une revue des expériences ouest-africaines*, Actes des XXVI^{es} Journées des économistes français de la santé « Santé et développement », CERDI/CNRS, 9-10 janvier 2003.
2. J.L. Pressman et A. Wildavsky, *Implementation. How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*, 3^e édition, Berkeley, Los Angeles et Londres, University of California Press, 1984, 281 p.
3. J.W. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, 2^e édition, New York, Harper Collins, 1995, 254 p.

tentons, dans les deuxième (les politiques publiques) et troisième (les acteurs) parties, d'avancer quelques hypothèses d'explication. En conclusion, nous présentons un cadre d'analyse qui permettra, croyons-nous, de mieux comprendre les résultats constatés.

MISE EN CONTEXTE : L'IB ET SES RÉSULTATS

Pour faire face aux problèmes économiques des pays africains dans les années 1980, qui avaient des conséquences néfastes sur la situation sanitaire, et aux difficultés de mise en œuvre de la politique des soins de santé primaires (SSP), une proposition a été formulée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance / United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) afin de relancer la politique des SSP et de réduire la mortalité maternelle et infantile. Cette proposition a pris le nom du lieu de la réunion, l'initiative de Bamako, 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 « l'accessibilité universelle aux SSP »⁴. Une évaluation de son implantation dans cinq pays africains a permis de donner une définition commune de l'IB :

1. Caractéristiques : financement et participation communautaire, étendue nationale ;
2. Buts : amélioration de la qualité et meilleure accessibilité ;
3. Éléments stratégiques : administration, gestion et comptabilité⁵.

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 de 1978. Techniquement, l'IB se traduit 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) d'un dispensaire. 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 prodigués par les agents de santé. Autrement dit, au sens politique du terme⁶, le médicament est l'instrument de l'IB, mais il ne s'agit pas

4. WHO – World Health Organization, *Guidelines for Implementing the Bamako Initiative. Regional Committee for Africa*, 38^e session, Brazzaville, 7-14 septembre, Afr/Rc38/18 Rev. 1, 1988.

5. B. McPake, K. Hanson et A. Mills, *Implementing the Bamako Initiative in Africa, a Review and Five Case Studies*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Public Health & Policy, Department Publication, 1992, 101 p.

6. M. Howlett et M. Ramesh, *Studying Public Policy*, Toronto, Oxford University Press, 1995, 239 p.

Résumé. Cet article est principalement d'ordre théorique. Il vise à voir comment une théorie issue de l'étude des politiques publiques associée à des concepts de l'anthropologie du développement permet de comprendre pourquoi l'implantation d'une politique de santé en Afrique de l'Ouest, l'initiative de Bamako, n'a pas produit les résultats escomptés (efficacité versus équité). L'application du prolongement de la théorie des courants de Kingdon proposée par Lemieux ainsi que l'étude du rôle des acteurs nous permettent de formuler cinq hypothèses de recherche qui rendent intelligible cette dérive. Nous tentons de montrer l'intérêt heuristique des propositions de Kingdon et de Lemieux, puis nous proposons un cadre d'analyse.

Abstract. In this mainly theoretical article, the author seeks to understand how a theory issued from the study of public policies associated with an anthropology of development lens helps to understand why the implementation of a health policy in West Africa, the Bamako Initiative, has not fulfilled its promises (effectiveness versus equity). The application of the extension of the agenda setting theory by Kingdon proposed by Lemieux (three streams approach), as well as the role of the actors, lead us towards five research hypothesis that explain the problem. The heuristic interest of Kingdon's and Lemieux's propositions are shown and an analytical framework is suggested.

d'une politique du médicament, puisque ce dernier est compris comme un des moyens pour atteindre les objectifs de la politique. Sept autres principes directeurs ont été énoncés pour la mise en œuvre de l'IB⁷, dont l'un d'entre eux, souvent oublié nous le verrons, est l'organisation des mesures d'exonération du paiement ou de subvention pour favoriser l'accès aux soins des indigents.

-
7. Les huit principes sont : 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 décision 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 paliers 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 aux 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 des 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 (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*, OMS Afrique, 1999, 4 p.).

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 s'appuyait finalement que sur deux expériences (Bénin et Guinée)⁸. Mais les agitations premières 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 sur l'utilisation des ressources engendrées par le paiement des services dans les centres de santé⁹.

L'analyse de l'effet des politiques de santé n'est pas toujours chose facile compte tenu, d'abord, des critères qu'il est nécessaire d'établir ; ensuite, de la capacité que nous avons à recueillir l'information pour documenter les indicateurs qui correspondent à ces critères ; enfin, des perspectives disparates que peuvent induire des mesures différentes des effets¹⁰. Au regard des principes directeurs de l'IB, en lien avec ceux des SSP, nous pensons qu'il est pertinent d'étudier les résultats de l'implantation de l'IB, tant en ce qui concerne son efficacité que son équité. L'idéal serait de vérifier les effets de cette politique au regard de l'équité relative à l'état de santé des populations, mais les données empiriques à ce propos sont encore trop parcellaires et peu accessibles, preuve, s'il en est, du peu de préoccupations pour cette question. Dans notre cas, *l'équité* peut s'entendre sous l'angle de l'utilisation des services ou sous celui des modes de financement. Ces deux concepts nous semblent indissociables tant le second est bien souvent un déterminant du premier. L'équité dans l'utilisation des services signifie que l'accès à ces derniers doit exclusivement se fonder sur les besoins des individus et non sur des considérations économiques, politiques ou sociales. Nous croyons que le financement et, notamment, l'utilisation des revenus résultant du paiement direct des usagers (conçu comme un instrument de l'IB) doivent permettre d'atteindre l'équité d'accès aux soins par une juste redistribution des revenus, donnant ainsi aux indigents l'occasion de bénéficier des services de première ligne. Notons que ce point était initialement précisé dans la formulation de l'IB. *L'efficacité* fait référence à la relation qui existe entre le processus (la politique de l'IB) et les résultats obtenus (les finalités de l'IB).

8. « The Bamako Initiative – Editorial », *Lancet*, vol. 19, n° 2 (8621), 1988, p. 1177-1178.

9. Unicef, Hai et Oxfam, *Report on the International Study Conference on Community Financing in Primary Health Care*, Cape Sierre Hotel, Freetown, Sierra Leone, 1989.

10. J.L. Pressman et A. Wildavsky, *Implementation. How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*.

L'étude attentive des résultats empiriques, que nous avons présentée en détail ailleurs¹¹, nous permet de croire 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 a été négligé et les pensées premières des acteurs ont été concentrées sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place. En Afrique, d'autres ont constaté qu'effectivement, l'équité était devenue un but secondaire, la priorité étant accordée à la viabilité financière et à l'efficacité¹². Les prestataires de soins semblent être plus motivés par la maximisation de leur revenu¹³, tout comme certains comités de gestion, que par sa redistribution en vue de l'amélioration de l'accès aux services. 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, affirmant que, malgré certaines expériences réussies, l'agenda reste inachevé puisque les plus démunis demeurent exclus des services de santé. Les délégués sont revenus aux principes des SSP et de l'IB en demandant aux gouvernements de « garantir l'équité de l'accès aux soins » (p. 3)¹⁴. Ainsi que le soulignent 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 [...] qui est promu au rang de priorité dans les interventions de santé¹⁵ » (p. 469).

Notre intention est maintenant de tenter de produire des hypothèses afin de comprendre les conditions qui ont mené à cet état de fait. Pour cela, il nous faut confronter nos données empiriques, issues de la documentation, à un cadre d'analyse et à une théorie tirés de l'étude des politiques publiques, et à des concepts provenant de l'anthropologie du développement.

-
11. V. Ridde, *Entre efficacité et équité : Qu'en est-il de l'initiative de Bamako ?*
 12. C. Leighton, « Strategies for Achieving Health Financing Reform in Africa », *World Development*, vol. 24, n° 9, 1996, p. 1511-1525.
 13. S. Tizio et Y-A. Flori, « L'initiative de Bamako : “Santé pour tous” ou “maladie pour chacun” ? », *Revue Tiers Monde*, vol. XXXVIII, n° 152, 1997, p. 837-858.
 14. 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*, OMS Afrique, 1999.
 15. Y-A. Flori et S. Tizio, « Les politiques sanitaires subsahariennes : Efficacité versus équité ou efficacité ergo équité », dans *Efficacité versus équité en économie sociale*, sous la dir. d'A. Alcouffe *et al.*, Paris, L'Harmattan, 2000, p 467-478.

L'ÉTUDE DES POLITIQUES PUBLIQUES : TROIS HYPOTHÈSES D'EXPLICATION

Compte tenu des effets de l'implantation de l'IB mis en exergue précédemment, il est intéressant de se tourner vers le concept avancé dans la définition que donne Thomas Dye des politiques publiques : « tout ce que le gouvernement décide de faire ou de ne pas faire » (p. 4)¹⁶. Dans le cas de l'IB, il semble bien que certains aient choisi de ne rien faire (consciemment ou non) en ce qui regarde la question de l'équité, telle qu'elle est définie dans notre article.

Le processus des politiques publiques et l'accent mis sur l'implantation

L'étude comparative des différents résultats concernant l'efficacité et l'équité dans l'implantation de l'IB doit être examinée avec précaution compte tenu du fait que, d'une part, les données secondaires sont issues de différents pays¹⁷, programmes ou projets implantés dans plusieurs régions et, d'autre part, une politique de santé n'est ni monolithique ni linéaire.

Elle n'est pas monolithique, car, de la phase de l'émergence à celle de l'évaluation de l'implantation, il y a de nombreuses étapes, même si les « étapistes » sont toujours critiqués. Quelques auteurs proposent de qualifier le processus des politiques publiques en fonction de paliers¹⁸. En ce qui nous concerne, nous cherchons un cadre d'analyse qui offre la possibilité d'évaluer et de comprendre le processus d'implantation de l'IB. Voilà pourquoi nous avons tendance à nous rapprocher des définitions de sous-processus proposées par deux auteurs « paradigmatiquement » proches, J.W. Kingdon et V. Lemieux. Pour Kingdon¹⁹, les politiques publiques sont constituées de quatre phases : mise à l'ordre du jour, détermination des choix possibles, sélection autoritaire entre ces possibilités et implantation des décisions. Lemieux²⁰, quant à

16. M. Howlett et M. Ramesh, *Studying Public Policy*.

17. Le lecteur pourra disposer de l'ensemble des données empiriques dans le document publié à la suite d'une conférence internationale : V. Ridde, *Entre efficacité et équité...*, 2003, accessible à l'adresse Internet [<http://www.cerdi.org/Colloque/Sante2003/ridde.pdf>].

18. P. Deleon, « The Stages Approach to Policy Process : What Has It Done ? Where Is It Going ? », dans *Theories of the Policy Process. Theoretical Lenses on Public Policy*, sous la dir. de Paul A. Sabatier, Boulder, Colorado, Westview Press, 1999, p. 19-32.

19. J.W. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*.

20. V. Lemieux, *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*, 2^e édition, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2002, 195 p.

lui, affirme qu'il existe trois processus récurrents : celui de l'émergence, celui de la formulation et celui de la mise en œuvre d'une politique. Il avance que l'adoption (la sélection pour Kingdon) n'est pas partie prenante du processus et fait plutôt figure de procédure officielle qui peut, 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 les procédures ressemblent plus à des grands-messes (à Alma-Ata ou Bamako) qu'à des occasions de débats intenses, les choix étant bien souvent préalablement faits par les experts.

La plupart des analystes des politiques s'entendent aussi pour dire 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 prévu²¹. Elles vivent selon un processus « tourbillonnaire » (p. 87)²² où la formulation et la mise en œuvre 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. Grindle et Thomas²³ sont les seuls, à notre connaissance, à proposer un unique modèle alléguant contre cette linéarité, appuyé sur des données empiriques issues de contextes de pays non industrialisés. La pierre angulaire de ce modèle interactif repose sur le fait qu'à chaque instant, l'initiative politique peut être contrecarrée et altérée par des pressions ou des réactions de personnes opposées au processus.

Il est donc maintenant clair que notre analyse des résultats de l'IB 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 dans un pays ou un district donné et les résultats. L'analyse comparative, qui débouche sur la constatation de la mise à l'écart de l'équité, peut donc être sujette à controverse. Cependant, les données probantes montrent clairement que, si l'implantation de l'IB a porté ses fruits sur le plan de l'efficacité, les objectifs d'équité n'ont pas été atteints (*p. ex.*, l'organisation d'exonération ou de subventions pour l'accès aux soins des indigents), et ce, quel que soit l'état d'avancement dans le processus de l'IB (tableau 1).

-
21. D.A. Mazmanian et P.A. Sabatier, *Implementation and Public Policy*, Glenview, IL, Scott, Foresman and Company, 1983, 287 p.
 22. E. Monnier, *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*, Paris, Économica, 1992, 245 p.
 23. M.S. Grindle et J.W. Thomas, *Public Choices and Policy Change. The Political Economy of Reform in Developing Countries*, Baltimore et Londres, The Johns Hopkins University Press, 1991, 222 p.

Tableau 1. Résumé du processus de l'IB

ÉMERGENCE	FORMULATION	IMPLANTATION	EFFETS (équité vs efficacité)
<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés dans la mise en œuvre de la stratégie des SSP • Problèmes économiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Décentralisation • Participation communautaire • Médicaments essentiels • Contribution directe des usagers (avec organisation de mesures d'exonération des indigents) 	<ul style="list-style-type: none"> • Des processus très variables, adaptés en fonction des pays et des bailleurs de fonds ou étrangers 	<ul style="list-style-type: none"> • Des médicaments géographiquement accessibles • Des centres de santé revitalisés • Une décentralisation en cours • <i>MAIS</i> aucune mesure efficace (e.g. exonérations) pour les indigents

Source : Adapté de Lemieux, 2002.

Voilà pourquoi il nous semble essentiel de porter notre attention sur le cœur de l'implantation de l'IB car, « particulièrement dans les pays d'Afrique subsaharienne, les réformes sanitaires ont fréquemment atteint les agendas politiques, ou même ont été approuvées, [...] mais aucun progrès particulier n'a été réalisé dans l'implantation »²⁴.

L'émergence et la formulation sont largement d'origine exogène²⁵ et sont l'aboutissement d'un processus de consultations internationales qui vise à contrecarrer les carences de la politique antérieurement mise en œuvre (les SSP). Le contenu même de cette politique de la fin des années 1980 est international, homogène, et ses initiateurs ont voulu définir le plus clairement possible les différents moyens (les solutions pour Kingdon) à mettre en place pour que la politique de l'IB porte ses fruits (p. ex. l'exonération pour les indigents). Si cette précision concernant les objectifs et les moyens est un des facteurs favorisant l'éventuelle réussite de l'implantation d'une politique²⁶, nous pouvons tout de même nous interroger sur la nature même de cette dernière et de sa mise en œuvre tant les différents gouvernements africains ne semblent disposer que de peu de latitude dans son exécution. Certains bailleurs de fonds conditionnent leur aide financière à l'organisation du système de santé selon le contenu de l'IB. Chaque district sanitaire africain, tout en restant dans les normes habituelles, dispose d'une certaine marge de

24. A. Mills *et al.*, *The Challenge of Health Sector Reform: What Must Governments Do?* Houndmills, New York, Palgrave, 2001, p. 171.

25. D.W. Brinkerhoff, « Process Perspectives on Policy Change: Highlighting Implementation », *World Development*, vol. 24, n° 9, 1996, p. 1395-1401.

26. D.A. Mazmanian et P.A. Sabatier, *Implementation and Public Policy*.

manœuvre dans la mise en œuvre de cette politique, mais cette implantation est influencée par de multiples facteurs et traversée par trois courants.

L'implantation et ses facteurs d'influence

Plusieurs affirment que les échecs relatifs des politiques sanitaires dans les pays du Sud trouvent leur origine dans le fait que la plupart d'entre elles ont surtout focalisé sur les recettes et les moyens de les mettre en œuvre, la formulation retenant plus l'attention que le processus²⁷. Or, il semble déterminant de prendre en compte quatre éléments fondamentaux : le *contenu* des politiques, les *stratégies d'implantation*, le *contexte* dans lequel elles se déroulent et les *acteurs* affectés ou influents par rapport à cette nouvelle politique. Les relations qu'entretiennent ces quatre facteurs fondamentaux pour l'analyse des politiques de santé sont éminemment complexes²⁸.

La présentation de l'IB dans la première section du présent article laisse croire, d'une part, qu'elle correspond à la définition d'une politique publique et, d'autre part, que l'utilisation du cadre composé de quatre éléments est pertinente. Les acteurs étrangers sont nombreux dans l'implantation, et certaines agences des Nations unies sont largement à l'origine de la diffusion de cette politique. De multiples bailleurs de fonds ainsi que plusieurs organisations internationales sont en relations permanentes avec les représentants centraux ou périphériques des ministères de la Santé²⁹. Dans notre cas, l'utilisation du cadre d'analyse doit être faite d'un point de vue rétrospectif, en mettant l'accent sur la compréhension du processus. Enfin, il s'agit de préciser que nous avons bien affaire à l'introduction d'un changement dans l'organisation des services de santé. Il s'opère par l'organisation de la décentralisation des décisions, par la volonté de permettre aux populations de participer à la gestion locale et par la systématisation du paiement direct des usagers des services, parallèlement à l'accroissement de l'utilisation de médicaments essentiels génériques. Assurément, il s'agit de l'implantation d'une réelle innovation pour les populations locales.

27. D.W. Brinkerhoff, « Process Perspectives on Policy Change: Highlighting Implementation » ; G. Walt et L. Gilson, « Reforming the Health Sector in Developing Countries. The Central Role of Policy Analysis », *Health Policy and Planning*, vol. 9, n° 4, 1994, p. 353-370.

28. G. Walt et L. Gilson, « Reforming the Health Sector in Developing Countries. The Central Role of Policy Analysis ».

29. Lee, K. et H. Goodman, « Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform since the 1980s », dans *Health Policy in a Globalising World*, sous la dir. de L. Kelley, K. Buse et S. Fustukian, Cambridge, Cambridge University Press, 2002, p. 97-199.

Les courants traversant l'implantation et les hypothèses résultantes

Si le processus que nous venons de décrire se déroule sous l'influence de plusieurs facteurs, il semble également qu'il soit la résultante de la rencontre de plusieurs courants. Dans un ouvrage aujourd'hui célèbre, Kingdon³⁰ propose une réponse théorique à deux questions souvent posées : pourquoi certaines idées émergent et d'autres pas, et pourquoi certaines sont choisies par les gouvernements dans la formulation d'une politique publique ? Pour y répondre, Kingdon propose une théorie fondée sur trois courants. L'émergence d'une politique publique s'explique par la rencontre (*coupling*), organisée par un entrepreneur politique au moment où apparaît une occasion (fenêtre), du courant des problèmes et du courant des orientations³¹ (*politics*) ; le courant des solutions est également présent, mais demeure éloigné (*loosely coupled*). Sans cette rencontre, aucune politique ne peut faire surface ; les problèmes restent irrésolus, des solutions existent ou sont promues par certains acteurs, mais elles ne sont pas recevables, et les orientations politiques du moment ou les idées du temps présent ne peuvent être appliquées puisqu'il n'existe pas de problème ni de solution pour les proposer. Mais, lorsque apparaît le moment opportun dans le courant des problèmes ou des orientations, ce qui est rare et éphémère dit Kingdon, un entrepreneur politique usera de ses diverses ressources et mettra tout en œuvre pour que les courants se rejoignent afin qu'émerge une politique publique, étant entendu que la résolution des problèmes n'est pas utopique, donc que certaines solutions sont connues. Précisons que la présence d'entrepreneurs n'est pas cantonnée dans un seul courant, mais que ceux-ci peuvent, au contraire, surgir de tous les courants, selon la situation et la prédominance de l'un ou de l'autre. Cette théorie semble appropriée au contexte africain des SSP et de l'IB. L'émergence de la politique des SSP, qui vise davantage d'équité et de justice distributive, n'a pas été facile puisqu'elle est allée à l'encontre de la volonté de certains politiciens qui favorisent le *statu quo* et se satisfont d'un système d'inégalité sociale et de domination politique³². Dans le cas de l'IB, nous savons que l'UNICEF et l'OMS (entrepreneurs politiques) ont procédé au couplage du courant des problèmes

30. J.W. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Publics Policies*.

31. On a proposé d'autres traductions de ce concept : courant de la politique, courant des priorités ; on a aussi employé une traduction malheureuse : courant des mouvances.

32. C. Collins, *Management and Organization of Developing Health Systems*, Oxford, Oxford University Press, 1994, 285 p.

(efficacité, équité) avec celui des orientations (démocratisation, décentralisation, voire privatisation), permettant ainsi l'émergence de la politique à la fin des années 1980.

Prolongeant l'interprétation de Kingdon, Lemieux démontre³³ que, à l'étape de la formulation, c'est le courant des solutions qui rencontre celui des orientations et, lors de la mise en œuvre, on a affaire au couplage du courant des solutions avec celui des problèmes, le troisième courant étant toujours présent. Ce prolongement théorique est validé à l'aide de données empiriques canadiennes dans le domaine de la santé³⁴.

Pour la formulation de l'IB, nous pouvons avancer que l'UNICEF et l'OMS (entrepreneurs) s'organisent pour réaliser le couplage des orientations (qui restent les mêmes) avec celui des solutions (médicaments essentiels génériques, rétention locale des fonds, gestion communautaire). Ainsi, à partir de cette théorie, nous osons postuler une première hypothèse : *l'échec constaté de l'implantation de l'IB en ce qui concerne son objectif d'équité s'expliquerait par le fait que le courant des problèmes d'équité (accès aux soins des indigents) n'a pas rencontré celui des solutions (exonérations, subventions croisées), puisque aucune occasion n'est apparue en raison de l'absence d'entrepreneur politique pour réaliser le couplage.* À l'instar de la typologie avancée par Kingdon, il conviendrait de vérifier si ces occasions ne se sont pas présentées pour des raisons liées à la complexité du problème, à la connaissance des solutions, à la présence d'un acteur ou d'un groupe d'acteurs en particulier ou, enfin, à la perception que ces derniers ont de l'existence ou non de la présence de ces possibilités, puisque « focaliser son attention sur un problème plutôt qu'un autre n'est bien souvent pas un accident » (p. 115)³⁵. De plus, le courant des orientations et son lot d'entrepreneurs politiques n'ont pas non plus fait surface, soit pour soutenir cet objectif d'équité, soit, si la politique en question n'était pas en mesure de répondre à cette problématique, pour faire en sorte qu'une nouvelle initiative émerge à cette occasion ou que l'actuelle soit reformulée par l'intermédiaire d'une nouvelle rencontre entre le courant des orientations et celui des problèmes. *A contrario*, nous pourrions avancer que le courant des problèmes d'efficacité (accès géographique aux médicaments, fonctionnement quotidien du centre) a plutôt rencontré celui des solutions (médicaments essentiels, paiement direct), appuyé en cela par celui des orientations (privatisation), grâce à l'intervention d'entrepreneurs politiques (UNICEF, coopération bilatérale, médecin chef de district) lorsqu'une occasion s'est présentée (projets de coopération, prêts d'ajustement structurel).

33. V. Lemieux, *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*, 195 p.

34. L. Demers et V. Lemieux, « La politique québécoise de désengorgement des urgences », *Administration publique du Canada*, vol. 41, n° 4, 1998, p. 501-528.

35. J.W. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*.

De surcroît, l'application du prolongement de la théorie des courants permet d'avancer deux autres hypothèses. La première est qu'il est envisageable que *la question d'équité, fortement liée aux valeurs d'une société et dont la mise en exergue lors de la formulation de l'IB est d'origine exogène, voire éventuellement de l'appareil gouvernemental central lors de l'implantation, ait été conservée dans le domaine du contexte local sans jamais être comprise comme un problème en soi, auquel une solution devait être proposée*³⁶. Rappelons combien 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 résoudre³⁷ » (p. 25), ainsi que le précisait également Kingdon (p. 114)³⁸. La seconde consiste à penser que *les « experts », prédominants dans le courant des solutions concernant les mesures à prendre pour contrecarrer l'iniquité, n'ont jamais atteint de consensus, tandis que cela semble le cas en ce qui a trait à l'efficacité, un « sujet plus facile à gérer »* (p. 176)³⁹.

L'ÉTUDE DU RÔLE DES ACTEURS : DEUX HYPOTHÈSES D'EXPLICATION

Les politiques publiques peuvent s'expliquer par l'analyse de deux facteurs principaux : le processus, qui nous a permis de produire trois hypothèses, et les participants, qui en font émerger deux nouvelles. Les participants sont évidemment des acteurs sociaux qui évoluent dans un système particulier et qui disposent, malgré les contraintes, de certaines marges de manœuvre. Pour reprendre une définition opérationnelle utile pour envisager l'application de mesures incitatives dans le but d'une plus grande équité de l'IB, un acteur est compris comme un agent « se caractérisant simultanément et de façon indissociable par ses convictions, ses intentions, ses capacités ou ses dispositions à agir et par les ressources qu'il a ou qu'il maîtrise » (p. 136)⁴⁰.

36. Notre postulat a récemment été vérifié dans le contexte anglais, puisque l'implantation des politiques décidées au palier 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 à l'échelle locale (M. Exworthy, L. Berney et M. Powell, "How Great Expectations in Westminster May Be Dashed Locally": The Local Implementation of National Policy on Health Inequalities », *Policy and Politics*, vol. 30, n° 1, 2002, p. 79-96).

37. M. Crozier et E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Éditions du Seuil, 1977, 500 p.

38. J.W. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*.

39. *Ibid.*

40. A.-P. Contandriopoulos *et al.*, « Les mesures incitatives et le paiement des ressources », dans *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, sous la dir. de C. Bégin *et al.*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1999, p. 123-147.

Illustration empirique du rôle des acteurs

Dans un article anthropologique où il analyse à Bamako, à Dakar et à Niamey les stratégies des acteurs des systèmes de santé, Jaffré⁴¹ 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, effectués diversement par les acteurs et les destinataires. À l'instar de nombreux 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 sanitaires⁴². Cette résistance potentielle est encore plus évidente, car 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 émique et les intentions des acteurs concernés. En associant les populations à la gestion locale des centres de santé et en accentuant le processus de décentralisation, l'IB bouleverse complètement la distribution du pouvoir entre les acteurs locaux du système de santé ainsi qu'entre ces derniers et les acteurs centraux.

Nous pourrions illustrer l'importance du rôle des acteurs dans l'implantation de l'IB, notamment en ce qui concerne la question de l'équité, par le cas de nombreux pays, mais nous nous limiterons ici, faute d'espace, au Burkina Faso. On a récemment allégué, lors de la restitution d'une initiative de recherche sur les réformes de santé, que le ministère de la Santé a « fait cavalier seul » dans l'implantation des réformes. Des analystes sont même allés jusqu'à affirmer que cela explique, entre autres choses, l'absence de la prise en compte de l'accès aux soins pour les indigents⁴³. De telles constatations empiriques sont à mettre en relief avec ce qui, en 1992, figurait au document officiel de lancement de l'IB. L'État s'engageait à réaliser « des recherches opérationnelles sur l'indigence » (p. 26) et à prendre « des mesures pour la

41. Y. Jaffré, « Les services de santé ‘pour de vrai’ ». Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey) », *Bulletin de l'APAD – Association euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement*, n° 17, 1999, p. 3-17.

42. M.S. Grindle et J.W. Thomas, *Public Choices and Policy Change. The Political Economy of Reform in Developing Countries*, p. 222.

43. ABSP – Association Burkinabé de Santé Publique, « Rapport de l'atelier de discussion des résultats du projet Maphealth », Ouagadougou, Association Burkinabé de Santé Publique, 2001.

prise en charge des plus démunis »⁴⁴. Près de dix ans après, nous n'avons pas constaté de nombreuses avancées en la matière, et ce, dans le cas des deux principales politiques de santé burkinabé⁴⁵. La mise en place du paiement direct des soins a réduit l'utilisation des services de santé, et aucune mesure de prise en charge des indigents n'a été organisée, ni même socialement souhaitée. De tels exemples montrent combien la traduction concrète des politiques de santé est influencée par les acteurs de leur implantation.

Compte tenu de ce que nous venons d'évoquer à propos du rôle central et primordial des acteurs dans l'implantation de l'IB, il nous semble que l'appréhension de la dynamique du jeu des acteurs constitue le nœud gordien d'une analyse sérieuse. L'utilisation du cadre d'analyse présenté plus haut est pertinente, mais la critique que nous pourrions exprimer à son égard est qu'il n'est pas associé à certains modèles explicatifs de l'influence et de l'interaction des acteurs.

De l'anthropologie du développement à la science politique

Pour entreprendre cette démarche, il faut avoir recours aux analyses et tenter de comprendre pourquoi de telles attitudes se manifestent et comment un programme d'origine exogène est « internalisé » et « réinterprété » par les acteurs sociaux⁴⁶. Pour ce faire, la socioanthropologie du développement nous semble particulièrement appropriée, compte tenu du contexte particulier de l'implantation de l'IB. En effet, il s'agit bien là de la mise en œuvre d'une politique de santé spécifique aux pays du Sud, d'origine largement exogène, où l'interaction entre les agents de développement et les populations bénéficiaires est intense. Trois principaux courants se distinguent au sein de l'anthropologie du développement⁴⁷. Le premier, appelé « approche déconstructionniste »,

44. 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 », Ouagadougou, Comité préparatoire de l'Initiative de Bamako, 1992.

45. A. Nitiéma, V. Ridde et 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*, vol. 24, n° 2, 2003, p. 237-256 ; V. Ridde, « Fees-for-Services, Cost Recovery, and Equity in a District of Burkina Faso Operating the Bamako Initiative », *Bulletin of World Health Organization*, vol. 87, n° 7, 2003, p. 523-528.

46. N. Long, « Du paradigme perdu au paradigme... retrouvé ? Pour une sociologie du développement orientée vers les acteurs », *Bulletin de l'APAD - Association euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement*, n° 7, 1994, p. 11-34.

47. J.-P. Olivier de Sardan, « Les trois approches en anthropologie du développement », *Revue Tiers-Monde*, n° 168, 2002, p. 737-762.

étudie principalement le discours du développement en mettant l'accent sur les écarts entre cette rhétorique et les pratiques, et en présentant le développement sous l'angle de la domination des habitants des pays du Sud par ceux du Nord. Le deuxième courant, qualifié d'« approche populiste », accorde une importance capitale et utopique aux « savoirs indigènes », prêtant aux populations locales et aux acteurs « d'en bas » toutes les compétences et les capacités imaginables. Enfin, la dernière école se situe entre les deux et cherche à comprendre et à étudier les relations entre les deux courants. J.-P. Olivier de Sardan nomme cette troisième approche « néo-interactionniste », trouvant une partie de ses racines dans l'interactionnisme de l'université de Chicago. Il⁴⁸ postule qu'il est nécessaire de se concentrer sur l'analyse des interactions entre les acteurs sociaux dont les cultures sont différentes. Pour lui, il est important de faire l'inventaire des contraintes subies par les uns et les autres et de décrypter les stratégies déployées par ceux-ci. Il précise que les acteurs disposent d'une marge de manœuvre et qu'ils ne sont pas uniquement sous la dépendance de déterminants sociaux ou de pesanteurs culturelles. Dans le contexte du développement où, comme nous l'avons vu, les innovations sont souvent d'origine exogène, il est fondamental d'analyser le décalage entre les divers intérêts et les diverses rationalités des « développeurs », mais également des « développés ». Il est ainsi essentiel de ne pas limiter notre analyse à la compréhension des groupes sociaux en tant que tels, mais de déplacer notre réflexion vers « l'élucidation des liens d'échange, d'alliance, de rejet ou d'exclusion » (p. 27)⁴⁹ pour finalement tenter de comprendre comment les acteurs d'un projet de développement sanitaire en sont arrivés à cet ordre négocié⁵⁰. On le constate, J.-P. Olivier de Sardan ne met aucunement en avant de théories ou de modèles d'explication. Il préfère plutôt construire et analyser ses études de cas autour de quelques concepts exploratoires.

Les « savoirs techniques populaires » s'opposent et se confrontent aux savoirs technico-scientifiques apportés par les agents de développement. Ces derniers se trouvent à jouer au médiateur entre les deux types de savoirs. Dans le cas de l'IB, Olivier de Sardan avance qu'il semble important de prendre en compte les savoirs populaires de gestion, enchâssés dans les normes sociales qui exigent l'ostentation et la redistribution, pour comprendre certaines pratiques de thésaurisation.

48. J.-P. Olivier de Sardan, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD-Karthala, 1995, p. 221.

49. T. Berche, *Anthropologie et santé publique en pays Dogon*, Paris, APAD-Karthala, 1998, 221 p.

50. A.L. Strauss, *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 319.

En ce qui concerne les « logiques » déployées lors de l'implantation de l'IB, nous pouvons nous référer à celles habituellement rencontrées dans ce type de contexte : la sélection des éléments, des messages ou des politiques, le détournement des actions vers d'autres objectifs que ceux initialement fixés, l'accaparement et l'appropriation de l'aide par certains groupes. C'est notamment sur ce point de l'approche de l'anthropologie du développement, celui de l'interaction entre les acteurs, que nous avons un intérêt heuristique à introduire la question du pouvoir et du contrôle des ressources par les acteurs, comprise comme la source et la cause sous-jacente de l'émergence de ces logiques. Effectivement, « c'est par l'exercice du pouvoir que se réalisent ou non les politiques publiques, bien loin de se dérouler d'elles-mêmes » (p. 22)⁵¹. La définition des politiques publiques de la section précédente était descriptive et générale. Ici, une politique publique est définie comme une tentative de régulation des problèmes publics par des acteurs qui veulent contrôler des décisions concernant leurs propres ressources⁵². Dans le cas de l'IB, l'accessibilité et la qualité des soins sont les deux problèmes à régler et, pour ce faire, il faut que les acteurs disposent d'une capacité à contrôler les décisions qui portent sur des enjeux et qui leur permettent de satisfaire leurs propres préférences. Il s'agit là du concept de pouvoir⁵³, qui doit constituer la pierre angulaire de « toute analyse sérieuse de l'action collective »⁵⁴. Les enjeux concernent les décisions prises à propos des ressources dont les acteurs disposent. Il existe de nombreux types de ressources que nous pouvons sérier, suivant ainsi la typologie de Lemieux⁵⁵, en sept catégories qui permettent conséquemment de les considérer, à l'instar de Crozier et Friedberg⁵⁶, comme des attributs positifs des acteurs (atouts) ou des dispositions d'un caractère mobilisable (enjeux). Il s'agit des ressources normatives (normes), statutaires (postes), « actionneuses » (commandes), relationnelles (liens), matérielles (supports), humaines (effectifs) et informationnelles (information). Évidemment, d'une part, dans l'exercice du contrôle, plusieurs ressources peuvent être employées en même temps et, d'autre part, les ressources dont dispose un acteur sont à comparer avec celles des autres acteurs concernés, puisque le pouvoir est toujours relationnel. Si nous nous référons à cette typologie, le détournement ou la thésaurisation de l'argent correspond au désir de contrôler les ressources matérielles (ou support) ; la sélection des

51. V. Lemieux, *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*.

52. V. Lemieux, *Décentralisation, politiques publiques et relations de pouvoir*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2001, p. 198.

53. V. Lemieux, *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*.

54. M. Crozier et E. Friedberg, *L'acteur et le système*, p. 25.

55. V. Lemieux, *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*.

56. M. Crozier et E. Friedberg, *L'acteur et le système*, p. 500.

messages à transmettre aux villageois et aux indigents se réfère aux ressources informationnelles (ou information) ; et la réticence à organiser un processus démocratique pour l'élection des comités de gestion des centres de santé équivaut aux ressources statutaires (ou postes) et actionneuses (ou commandes).

Le concept exploratoire de l'« arène » provient des travaux d'analyse anthropologique du jeu politique et de la compétition entre les acteurs. Dans le contexte de l'anthropologie du développement, l'arène est entendue au sens de lieu où les acteurs sociaux s'affrontent et sont en interaction permanente à propos d'enjeux particuliers qu'ils ont en commun. En ce qui concerne notre étude, un projet de coopération bilatérale ayant pour but d'appuyer une direction régionale de la santé d'un pays africain dans l'implantation de l'IB pourrait être assimilé à une arène.

Quant aux « groupes stratégiques », ils se situent principalement à l'échelle locale et doivent être conçus comme une hypothèse de travail pour les chercheurs. Ces groupes sont constitués d'acteurs sociaux qui, *a priori*, partagent une vision commune et une stratégie semblable à propos d'un objet particulier. Ces groupes empiriquement construits sont en phase avec la typologie de Lemieux, ajoutant à la distinction que propose Kingdon entre les acteurs agissant à l'intérieur de l'appareil gouvernemental et ceux situés à l'extérieur, du fait qu'ils soient spécialisés ou non. Ainsi, on peut distinguer quatre groupes d'acteurs : les responsables, les agents, les particuliers et les intéressés. Il faut, par contre, préciser que ces catégories représentent des rôles à un moment particulier et qu'une personne est en mesure d'occuper, dans un système politique donné, plusieurs rôles. Cette différenciation peut être pertinente dans la compréhension des résultats de l'implantation de l'IB, au regard de la théorie des courants, puisque nous savons, *a priori*, que certains groupes d'acteurs interviennent plus que d'autres selon les courants qui traversent le processus des politiques. Par exemple, les experts seront plus enclins à intervenir dans le courant des solutions, tandis que les groupes d'intéressés seront plus à même de guider le courant des orientations⁵⁷. Ainsi, les champs de l'anthropologie du développement et de l'étude des politiques publiques permettent d'avancer une hypothèse bicéphale supplémentaire : *si l'IB a échoué en ce qui a trait à l'objectif d'équité, c'est que, d'une part, aucune de ces quatre catégories d'acteurs, en tant que groupe et en tant qu'individu entrepreneur politique, ne s'est sentie préoccupée par la question de l'équité ; d'autre part, le groupe d'intéressés habituellement au premier plan dans le courant des orientations n'est pas non plus intervenu pour rapprocher ce courant des deux autres, afin de soutenir cet objectif ou de trouver une nouvelle solution à un problème non résolu.*

57. V. Lemieux, *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*.

Enfin, le concept de « courtage » évoque le rôle joué par des intermédiaires, au sein d'une arène locale, entre les projets de développement et les populations bénéficiaires. Dans un contexte africain, où l'État n'est plus le seul récipiendaire de l'aide internationale, les médiateurs et les autres « courtiers locaux du développement » jouent un rôle prépondérant dans l'implantation des interventions extérieures. Ces courtiers définissent les besoins des populations, adaptent leurs discours à l'ouïe des « développeurs »⁵⁸ et s'accaparent l'aide pour des raisons politiques ou basement matérielles. Nous pouvons avancer que ces courtiers du développement sont les entrepreneurs politiques de Kingdon, puisqu'ils cherchent à coupler les trois courants, mais également à défendre leurs propres solutions et leurs propres intérêts. Ces personnages disposeraient de qualités spécifiques, comme celles d'être en position d'être écouté et reconnu, d'avoir des compétences en négociation ou un réseau politique et, enfin, d'être obstiné. Les courtiers s'arrangent pour que des projets s'implantent (courant des solutions) afin de répondre à des problèmes de la communauté qu'ils sont censés représenter (courant des problèmes).

CONCLUSION : PROPOSITION D'UN CADRE D'ANALYSE

Bien que la perspective socioanthropologique nous laisse un peu à notre propre sort en ce qui concerne l'explication des interactions, elle présente l'avantage de ne pas nous cantonner dans un modèle trop structuré. Eu égard aux appréciations émises dans les pages précédentes, il est important de comprendre que l'influence des acteurs et du contexte évolue au cours des différents sous-processus des politiques de santé. Kingdon a aussi mis en avant cette question des contraintes apposées au processus. Ainsi, adaptant le cadre d'analyse utilisé pour l'évaluation et l'explication de la mise en œuvre de l'IB dans trois pays africains par Gilson *et al.*⁵⁹, qui reprennent en partie les travaux de Walt et Gilson présentés préalablement, nous proposons une représentation schématique d'un cadre d'analyse de recherche (figure 1), par l'entremise de l'emboîtement des approches de l'anthropologie du développement et de l'étude des politiques publiques. Il s'agira donc de s'intéresser particulièrement, en considérant les cinq hypothèses émises, au jeu des acteurs et de l'exercice du pouvoir (contrôle des ressources) dans l'implantation de l'IB, compris comme la rencontre du courant des

58. Y. Jaffré, « Les services de santé “pour de vrai”. Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé ».

59. L. Gilson *et al.*, « The Equity Impacts of Community Financing Activities in Three African Countries », *International Journal of Health Planning and Management*, octobre-décembre, vol. 15, n° 4, 2000, p. 291-317.

problèmes avec celui des solutions (étant entendu que le courant des orientations n'est pas loin), afin d'élucider les raisons qui expliquent pourquoi les acteurs se sont focalisés sur l'efficacité et non l'équité. L'application du prolongement de la théorie de Kingdon aux données secondaires issues de l'implantation de l'IB a produit des hypothèses qui paraissent pertinentes ; il s'agira de les confirmer ou de les infirmer dans un contexte empirique précis.

Une fois les phases d'émergence et de formulation passées, il arrive bien souvent que celle de l'implantation ne se déroule pas comme il était prévu. L'analyse de l'implantation d'une politique de santé nécessite l'utilisation d'un cadre d'analyse englobant, en ce sens que limiter l'étude au simple contenu nouvellement apporté ne permet pas de prendre toute la mesure de l'ampleur du phénomène. En appliquant un cadre d'analyse des facteurs qui influencent le sous-processus de l'implantation de l'IB en Afrique, nous pensons pouvoir caractériser du mieux possible le contexte, les stratégies d'implantation et le contenu de cette politique. Cependant, pour comprendre pourquoi les acteurs ont focalisé leurs interventions sur l'efficacité et ainsi oublié quelque peu l'équité, il nous paraît indispensable de faire appel au prolongement de la théorie des courants et au « néo-interactionnisme » d'une certaine anthropologie du développement. La proposition du couplage du courant des solutions, avec celui des problèmes facilité par des entrepreneurs politiques, ainsi que la proposition des concepts exploratoires ont l'avantage de rendre possible la distinction des acteurs en jeu, mais aussi d'analyser leurs stratégies, logiques et interactions dans l'implantation d'une politique sanitaire exogène. Car les acteurs constituent la pierre angulaire des politiques publiques, et il est essentiel d'analyser la complexité des interactions quand on sait que leur résultante est la volonté de contrôler des ressources par l'exercice du pouvoir.

L'application du prolongement de la théorie des courants soutenue par l'utilisation de quelques concepts de l'anthropologie du développement nous a permis d'avancer cinq hypothèses vraisemblables qui peuvent faciliter la compréhension des effets de cette politique. Il s'agit d'une certaine preuve de l'intérêt heuristique de l'utilisation de telles approches théoriques. Dans le cas où ces hypothèses ne seraient pas vérifiées, « la théorie peut être mal ou incorrectement formulée, les observations peuvent être inappropriées ou inadéquates, ou une combinaison de ces deux facteurs peut exister⁶⁰ ». C'est à l'aide d'une confrontation empirique de ces hypothèses, et ainsi de l'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 de la même façon l'équité d'origine des SSP et de l'IB.

60. W.M.K. Trochim, « Outcome Pattern Matching and Program Theory », *Evaluation and Program Planning*, vol. 12, n° 4, 1989, p. 355-366.

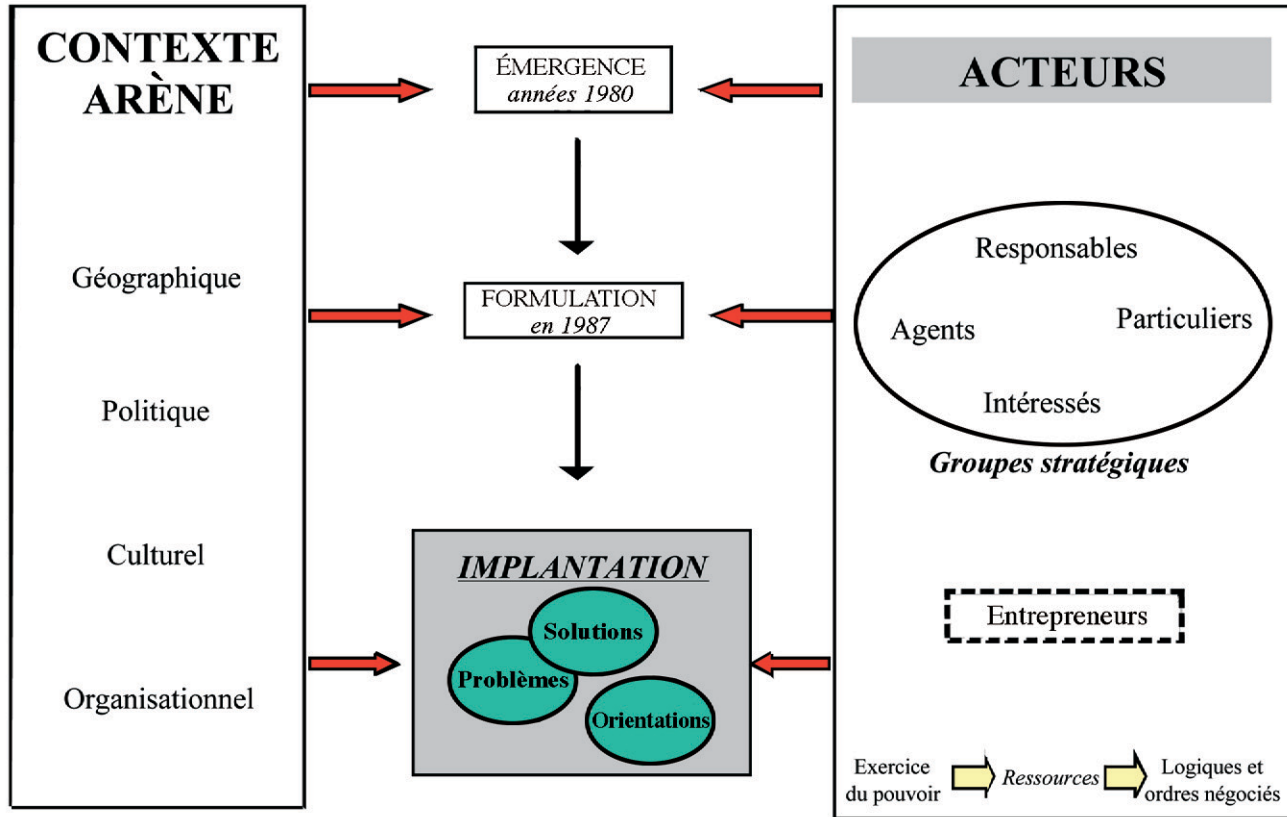


Figure 1. Cadre d'analyse pour vérifier les hypothèses concernant l'implantation de l'IB,

Adapté de Walt et Gilson (1994), Olivier de Sardan (1995), Kingdon (1995), Gilson *et al.* (2000) et Lemieux (2002)