

APPROCHE SOCIO-HISTORIQUE DE L'ÉVOLUTION DES POLITIQUES DE SANTÉ ET DE LA GRATUITE DES SOINS AU BURKINA FASO

SOCIO-HISTORICAL APPROACH TO THE EVOLUTION OF HEALTH POLICIES AND FREE HEALTHCARE IN BURKINA FASO

MAURICE YAOGO¹, ROGER ZERBO²

Enseignant-chercheur en Sciences sociales, Politiques et systèmes de santé – Maître-assistant en anthropologie et sociologie de la santé, Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest-Unité Universitaire à Bobo-Dioulasso (UCAO-UUB), E-mail : myaogo.proline21@gmail.com).

Anthropologue, Maître de Recherche, Centre National de la recherche scientifique et Technologique (CNRST), Membre LARISS et CEFORGRIS / Université Joseph KI-ZERBO, Membre IRL-3189 "Environnement Santé et Sociétés", E-mail : roger.zerbo@gmail.com

Résumé

Les grands traits de l'histoire de la gratuité des soins au Burkina Faso sont retracés et analysés dans cet article basé sur une approche diachronique de l'évolution des modalités d'accès aux soins et de l'implantation progressive du système de santé au Burkina Faso. L'idée de base est de proposer une analyse socio-anthropologique des faits historiques mais aussi des changements conjoints qui ont marqué les grandes étapes de l'offre de soins biomédicaux et les appréciations qui en sont faites par les informateurs clés sollicités. Des recherches documentaires combinées à des entretiens individuels approfondis avec 28 personnes ressources dans les domaines clés des politiques publiques (agriculture, éducation et santé) ont été conduites dans une perspective comparative. Les résultats obtenus renseignent sur les motivations initiales à l'origine de l'implantation médicale en rapport avec l'option de gratuité des soins en cette période de l'histoire. Les péripéties de ce cheminement historique montrent le passage d'une gratuité conventionnelle à une gratuité conjoncturelle dictée par les options successives des politiques de santé mais aussi la situation socio-économique du pays. Dans ce contexte, les appréciations des enquêtés sont contrastés, entre différentes formes d'exemption du paiement des frais de santé. Les préoccupations actuelles intègrent la question de l'équité dans l'accès aux soins des catégories vulnérables de la population, dans un contexte de globalisation sanitaire.

Mots clés : histoire, gratuité des soins, politiques de santé, analyse socio-anthropologique, Burkina Faso

Abstract

The main features of the history of free health care in Burkina Faso are presented and analysed in this article based on a diachronic approach of the evolution of access to health care and the progressive implementation of the health system in Burkina Faso. The basic idea is to propose a socio-anthropological analysis of the historical facts but also of the joint changes that characterized the major stages of biomedical care provision and the views expressed by the key informants involved. Documentary research combined with in-depth individual interviews with 28 resource persons in key public policy areas (agriculture, education and health) were conducted in a comparative perspective. The results obtained provide information on the initial motivations behind the implementation of medical care in relation to the option of free health care in this historical period. The events of this historical trajectory show the passage from a conventional free health care to a conjunctural free health care driven by the successive options of health policies but also by the socio-economic situation of the country. In this context, the respondents' opinions vary between different forms of exemption from the payment of health costs. Current concerns include the issue of equity in access to care for vulnerable categories of the population, in a context of health globalisation.

Key words: history, free health care, health policy, socio-anthropological analysis, Burkina Faso

1. Introduction

Après plus de 60 ans d'indépendance politique, le Burkina Faso est toujours à la recherche de solutions pérennes en mesure de répondre aux besoins prioritaires, notamment dans le domaine de la santé. Nous proposons ici une réflexion sur la gratuité dans la délivrance des services de soins de santé à partir de quelques repères historiques depuis l'implantation sanitaire à la mise en œuvre des politiques publiques actuelles (Yaogo 2017, Zerbo 2018, Yaogo 2021). L'idée sera de parcourir la chronologie des étapes marquantes et de faire le lien entre l'introduction de la gratuité et les préoccupations majeures qui ont été associées à cela dans l'évolution de l'offre de soins. Cela nous amènera d'abord à examiner les étapes significatives de l'implantation sanitaire et les péripéties qui ont abouti aux expériences récentes d'exemptions multiformes des coûts des services de santé.

Pays à ressources limitées, le Burkina Faso fait face à des priorités essentielles dans les domaines de l'agriculture pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle, l'éducation pour l'accès aux connaissances de base et dans le domaine de la santé pour l'accès équitable aux services de santé. Les politiques sectorielles ont abordé ces questions cruciales de plusieurs manières à différentes périodes de l'histoire du pays (Yaogo 2010, Zerbo, 2018). Mais quel que soit le domaine, la question de l'exemption, partielle ou totale du paiement, s'est posée à un moment comme option pour faciliter l'accès notamment des groupes vulnérables aux services ou aux prestations proposés. Plusieurs écrits ont abordé la question, sous l'angle des incohérences ou des contradictions des politiques publiques, notamment dans le domaine de la santé (Olivier de Sardan et Ridde 2014), ou sous l'angle d'une négligence en matière de mise en œuvre des interventions en santé publique en Afrique (Ridde et Olivier de Sardan 2017). La question de des options entre un régime de subvention ou de gratuité totale du paiement des services pour les groupes vulnérables a été également abordé (Yaogo 2017).

La présente contribution s'inscrit initialement dans le cadre du programme régional (Burkina, Mali, Niger) sur l'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest, réalisé de 2009 à 2012. Celui-ci a trouvé un écho à travers un projet plus récent sur le passage à l'échelle d'un programme national de lutte contre le paludisme basé sur la subvention des médicaments dans les services de santé (Yaogo 2020). L'intérêt de retracer les grandes lignes de l'histoire des exemptions multiformes des services est apparu dans le cadre de ces travaux. D'où l'enquête menée auprès de personnes de référence sur cette question dans les trois domaines clés des politiques publiques nationales (agriculture, éducation et santé), avec une part importante accordée au domaine de la santé.

Après avoir situé le contexte général concernant les faits et événements constitutifs qui ont jalonné le cheminement historique national permettant de comprendre les initiatives successives, l'approche méthodologique pour la production des données sera brièvement décrite. Ensuite, les résultats significatifs seront exposés et une analyse récapitulative sera proposée mettant en relief le questionnement sur l'ancrage social et culturel des différentes options d'exemption du paiement des soins.

2. Approche méthodologique

L'enquête réalisée s'inscrit dans une approche diachronique de l'évolution des politiques locales en matière de gratuité à l'échelle nationale mais l'enquête s'est focalisée sur deux sites urbains où sont localisés les informateurs clés compte tenu de la nature des informations

recherchées. Ainsi, les deux plus grandes villes du pays (Bobo-Dioulasso et Ouagadougou) ont été les deux sites de recueil de données en tant que principaux centres de prise de décision où sont concentrés les pouvoirs politiques et administratifs et les ressources économiques. On ne s'étonne donc pas que les acteurs pouvant aborder les thèmes explorés y résident majoritairement.

Il faut noter également que les deux entités géographiques et administratives ciblées pour les enquêtes ont joué aussi un rôle primordial dans l'histoire politique du pays mais aussi dans l'implantation sanitaire et l'organisation du système de santé (Meunier 1999). En effet, plusieurs actions initiales ont été entreprises à Ouagadougou, particulièrement la mise en place des premières écoles de formation¹ par la mission catholique à Ouagadougou. Par contre, les grandes structures de lutte contre les grandes endémies mais aussi les premiers centres de recherche sur la santé sont localisés à Bobo-Dioulasso qui constitue une référence nationale et régionale en la matière². Il s'agit de ceux qui sont détenteurs d'un savoir spécialisé à la différence du savoir profane sur l'évolution des politiques de santé. Ainsi les personnes rencontrées faisaient partie de cinq catégories socioprofessionnelles différentes, avec souvent une position de leadership leur permettant d'appréhender et de décrire certaines décisions politiques ou de relater leurs perceptions des logiques qui sous-tendent les interventions sanitaires du passé comparativement au présent. Cependant, il a été fait appel aussi à un savoir plus profane, précisément pour les informateurs relevant du secteur de l'agriculture et un notable.

Les recherches documentaires, ainsi que les entretiens individuels approfondis avec des personnes ressources, ont été réalisés durant près de six mois, en tant que volet spécifique du projet de recherche mis en œuvre. Le travail a prêté une attention particulière à la diversification des sources d'informations, en faisant appel à plusieurs catégories d'interlocuteurs relevant de profils socioprofessionnels différents, et aux ressources documentaires disponibles. En rappel, il s'agit de personnes évoluant majoritairement dans les secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'éducation et font partie à la fois de l'espace public et privé laïc ou confessionnel. Deux hommes de culture ont également été impliqués dans l'étude. Le tableau ci-dessous donne un récapitulatif des différents entretiens réalisés à Bobo-Dioulasso et à Ouagadougou :

	Santé (recherche, soignants, décideurs)	Agriculture (agents d'exécution et un producteur)	Education (enseignement primaire et supérieur)	Autres (Eglise, acteurs politiques et hommes de culture)	Total
Bobo-Dioulasso	7	4	5	2	18
Ouagadougou	5		1	4	10
Total	12	4	6	6	28

Source : résultats de nos enquêtes

¹Pour la genèse de l'implantation sanitaire en Haute-Volta en incluant des confessions religieuses, on pourra se référer notamment à Yaogo (2021, p. 140 et suivantes), Monné (1996) et (Zerbo 2018).

²Le Centre de recherche médicale créé par Gaston MURAZ est toujours en activité avec d'autres structures nationales comme l'antenne régionale de l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS). Par ailleurs, c'est là où se trouve aussi le siège de ce qui a constitué le centre régional pour la lutte contre les grandes endémies (OCCGE) transformé par la suite en une organisation ouest-africaine de la Santé (OOAS) censée poursuivre la coopération entre les différents pays autour des priorités actuelles de santé.

La répartition géographique est la suivante : 18 entretiens ont été réalisés à Bobo-Dioulasso contre 10 à Ouagadougou. On remarque que quatre profils socioprofessionnels sont concernés, avec une dominance du secteur de la santé, les autres profils ayant permis de capter et de consolider la mémoire historique des programmes sanitaires à l'œuvre. L'idée de faire une analyse comparative basée sur les domaines de compétence professionnels a guidé en partie la recherche des informateurs clés mais c'est surtout la capacité des personnes à fournir des informations pertinentes qui a été la raison essentielle. L'enquête qui s'est déroulée progressivement a pris en compte cette dimension comparative en se basant sur les données recueillies au fur et à mesure auprès des informateurs. C'est ainsi que les informations sur les secteurs de l'agriculture et de l'éducation ont servi de pistes pour faire aborder sous un angle comparatif les conceptions et pratiques liées à l'histoire de la gratuité des soins depuis la période coloniale.

3. Résultats

Deux principales thématiques émergent dans la présentation des résultats obtenus : d'une part, les éléments de contexte sur l'avènement de la gratuité et son évolution ; d'autre part, une vue d'ensemble des appréciations données de la gratuité par les personnes enquêtées.

3.1 Quelques repères sur l'avènement de la gratuité et son évolution

Que peut-on retenir des grands traits de ce qui a permis l'émergence de la gratuité des soins de santé depuis la période coloniale ? L'idée sera de partir d'une description socio-anthropologique ancrée sur les expériences du passé jusqu'à présent, sous l'angle de connaissances disponibles dans la littérature et de données recueillies dans le cadre du programme sur l'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest.

En questionnant d'abord les origines et les motivations initiales de l'implantation sanitaire, il est admis que la médecine telle que nous la connaissons aujourd'hui est la résultante d'un processus commencé depuis la période coloniale (Yaogo 1997). Lutter contre les grandes endémies représentait alors une exigence incontournable pour la politique de mise en valeur des terres conquises. On était alors dans un contexte connu pour être peu propice à l'adoption par la population des techniques biomédicales de soins car les pratiques thérapeutiques traditionnelles étaient fortement ancrées dans les sociétés locales. Cette situation a été à l'origine de ce qui est décrit classiquement comme un antagonisme entre les conceptions et les pratiques liées aux deux univers culturels en présence, précisément entre les promoteurs du savoir-faire médical et les détenteurs du savoir thérapeutique autochtone (Ouoba, Banhoro et Semdé 2020). Or, d'une période à l'autre de l'histoire, l'engouement et les motivations pour l'accès aux soins de santé moderne prendront une tournure différente à la faveur d'un changement remarquable du rapport à la gratuité des soins à la fois sous l'angle des politiques publiques et de l'attitude des usagers (Ridde et Girard 2004).

Plusieurs aspects du contexte de mise en œuvre de la gratuité ont été décrits d'un point de vue général ou en se référant à des expériences particulières. C'est ainsi que la période coloniale est unanimement décrite comme celle durant laquelle a été initiée cette forme de mise à disposition des soins aux usagers des services de santé. Du point de vue de ce contexte général, on peut relever deux grandes caractéristiques. Premièrement, c'est une période

reconnue à la fois comme celle des grandes endémies mais aussi celle de l'implantation des premières structures de santé au moment où les populations locales avaient largement recours aux soins traditionnels. A ce sujet, on peut distinguer trois repères chronologiques, comme le suggère cet informateur :

« (...) je crois qu'il faut distinguer à mon avis trois périodes essentielles en termes d'amélioration de l'accès des soins aux populations. La première période c'est celle dont vous avez parlé, c'est la période coloniale avec l'implantation des premiers postes de santé où tout était gratuit pour les populations. C'était la période des grandes endémies, on vaccinait gratuitement, on donnait les médicaments gratuitement et jusqu'à quelques années après les indépendances où encore l'accès aux soins était gratuit... Et je crois qu'au début des années 80 des problèmes sérieux ont commencé à se poser parce il devenait évident que l'Etat ne pouvait plus offrir cette gratuité des soins et devant ce constat les Etats ont été obligés de demander aux populations de contribuer et je crois que c'est ça qui a amené l'IB, en 1987... Et une 3e époque qu'on peut qualifier, du début des années 2000 où bon, on s'est rendu compte que si nous voulons dans nos pays atteindre un certain nombre d'objectifs sur le plan international il fallait revoir un peu la politique de financement des soins. Si nous prenons de façon particulière dans le domaine des soins de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant on a dit peut-être qu'il faut améliorer l'accessibilité financière en mettant en place un certain nombre de politiques, tantôt la gratuité totale dans certains pays comme le Sénégal je pense, comme le Mali et peut-être le Niger et tantôt la politique de subvention à large échelle des soins de santé maternelle, néonatale et infantile comme au Burkina Faso. » (Médecin, chercheur et praticien de haut niveau en santé).

Les renseignements donnés par cet informateur portent sur des faits significatifs dans le processus d'implantation et d'application de la gratuité à différentes périodes de l'histoire. Deuxièmement, il s'impose l'idée d'une gratuité pratiquée initialement pour inciter à l'utilisation des soins biomédicaux dans un contexte où la biomédecine venue d'ailleurs ne faisait pas encore recette, idée corroborée par les propos de l'historien ayant participé à l'enquête :

« (...) au départ on a pratiquement mis, on a fait table rase des connaissances locales en matière de santé pour mettre en place le nouveau système médical qui forcément doit être gratuit parce qu'il fallait que le maximum de personnes vienne dans les dispensaires et les hôpitaux et même les consultations étaient forcées. Les médecins partaient de village en village dans les subdivisions ou dans les cantons pour aller rendre visite aux populations, pour pratiquer sur place la médecine moderne et montrer la différence entre cette médecine moderne ou du moins la supériorité entre cette médecine moderne et la médecine traditionnelle. Donc les gens étaient obligés d'aller se soigner et c'était gratuit. » (Enseignant et responsable d'une organisation de la société civile)

3.1.1. L'apport de la médecine coloniale à travers la lutte contre les grandes endémies

L'un des domaines d'application habituelle de la gratuité a concerné ce qu'on a convenu d'appeler les "grandes endémies", précisément l'onchocercose, la trypanosomiase, la lèpre et la tuberculose. En dehors de la description de la contribution inégale de la médecine coloniale pour la prise en charge de ces pathologies récurrentes dans le passé (*cf.* Bado, 1996), des témoignages de certains acteurs mettent en exergue l'engagement des acteurs en cette période de grands défis sanitaires et d'interventions diverses (Massa et Madiéga 1995). Les pratiques évoquées renvoient également aux épidémies (Becker et Collignon 1998) qui ont fait beaucoup de ravages et dont certaines perdurent aujourd'hui (méningite, rougeole, fièvre jaune). Il se trouve que l'importance de ces actions concluantes dans le processus

d'implantation médicale a constitué un argument favorable à l'utilisation des soins biomédicaux contrairement aux réticences manifestées au début qui ont conduit parfois à faire preuve d'habileté (cas des équipes mobiles par exemple) ou de force pour que les gens en bénéficient.

La lutte contre les grandes endémies a constitué le point de départ de l'action sanitaire au moment où elles étaient de nature à réduire à néant les efforts de l'entreprise de mise en valeur des colonies (Fanon 1952, Ki-Zerbo 1972). Qu'il s'agisse de la trypanosomiase, de la tuberculose, de lèpre de l'onchocercose, ces pathologies redoutées constituaient une véritable menace à la fois pour la population constamment exposée et à travers elle pour l'atteinte des objectifs de production en contexte local, d'où les efforts déployés pour les éradiquer. Ainsi, certains écrits situent par exemple l'apparition de la trypanosomiase qui a ravagé le centre du pays dans les années 1920 (Lapeyssonnie 1995 : 379). La réponse apportée dans le cadre de la politique coloniale a été positivement appréciée pour son efficacité qui a bâti depuis cette période la renommée de la médecine occidentale comme disposant des moyens pour arrêter la propagation des épidémies qui décimaient la population. Il en est de même de l'action de prévention de la propagation de certaines d'entre elles à travers la prévention par les vaccinations.

Cependant, il est ressorti des analyses sur ces campagnes salvatrices que le choix qui a été fait à l'époque concernant les endémies classiques étaient essentiellement orientées vers l'arrêt des maladies à fort potentiel épidémique à la différence d'autres affections très graves comme le paludisme qui persistent encore aujourd'hui (Bado 1996). Au-delà, la lutte contre l'onchocercose dans les zones particulièrement infestées à fort potentiel agricole (cas des Vallées des Voltas) a constitué l'une des plus grandes actions des années 1970 basées sur l'articulation entre l'éradication de cette pathologie, l'exploitation agricole des zones fertiles infestées par des simules et la mise en œuvre de stratégies locales de développement rural (Hervouet 1990) autour des interventions relatives à l'Aménagement des Vallées des Voltas (AVV).

On dispose d'informations précises sur les actions menées dans le cadre du service des grandes endémies, à la fois la chronologie des décisions administratives et la formation progressive des auxiliaires locaux appelés à perpétuer l'action des pionniers qui ont jeté les bases de l'expansion de la médecine occidentale³. On retiendra des premières interventions sanitaires pendant la période coloniale l'implication conjointe de l'administration coloniale et des missions chrétiennes pour la lutte contre les grandes endémies et la formation des auxiliaires de santé, en plus de l'Ecole de médecine de Dakar l'institution de référence pour la formation des premiers médecins de la sous-région. Ces pionniers de l'implantation sanitaire au Burkina Faso constituent également les premiers initiateurs de la gratuité des soins dont on décrira les grandes étapes.

3.1.2. Les régimes de gratuité dans l'histoire du Burkina Faso

On peut distinguer quatre grandes périodes dans l'évolution historique de la gratuité :

³ Les indications de Rouamba (1995) et de Zacsongo (1995) qui ont fait partie des infirmiers formés et employés à cette époque montrent explicitement à la fois l'organisation qui a été mise en place pour lutter efficacement contre ces endémies qui sévissaient partout en Afrique occidentale. Badiel (1993) retrace la chronologie des dates significatives dans l'implantation du système de santé en s'intéressant à l'histoire du corps des infirmiers au Burkina Faso.

- le temps des colonies avec une gratuité totale prise en charge conjointement par l'administration coloniale et les missions chrétiennes (1920-1960)⁴ ;
- le temps des indépendances durant laquelle la gratuité des soins a été poursuivie et intégrée dans la mise en œuvre de plans spécifiques de développement incluant la question sanitaire (Plan cadre et AVV notamment) ;
- le temps des réformes avec l'introduction des soins de santé primaires, l'application des politiques d'ajustement structurel défavorables aux secteurs sociaux dont la santé et le recouvrement des coûts avec l'Initiative de Bamako (IB) ;
- le temps des remises en cause matérialisé par la prise en compte à l'échelle internationale des inégalités et de l'équité et les grandes initiatives focalisées sur l'amélioration de l'accès aux soins (OMD, Fonds internationaux, intérêt pour l'incidence des indicateurs macro-sanitaires à l'échelle mondiale).

En considérant ce cheminement, on retrouve dans la chronologie des actions menées le rôle primordial de trois grandes instances engagées dans la mise en œuvre d'actions à large échelle orientées vers la gratuité des soins :

a) L'administration coloniale et des missions chrétiennes dont l'action conjuguée a été déployée significativement pendant la période d'implantation médicale et de mise en valeur des territoires selon les options politiques du moment. En cette période, il s'agissait de l'urgence de faire face aux épidémies meurtrières et aux grandes endémies comme entraves à l'exécution de plans de développement. Il y avait aussi le souci de perpétuer l'œuvre des pionniers occidentaux par l'extension de l'offre de soins avec l'accroissement des infrastructures et la mise en place d'écoles de formation, en associant les secteurs publics et confessionnels. On retrouve ici ce qui apparaît des logiques d'action différentes de l'administration coloniale et des missions chrétiennes dans les domaines de la santé et de l'éducation. Dans un cas (interventions liées à la médecine coloniale), l'incitation à l'utilisation de l'offre d'enseignement et de soins biomédicaux a été faite initialement par la force et la gratuité des prestations. Quant aux conditions d'émergence de l'action chrétienne en la matière, il s'agit aussi d'un engagement motivé à travers la gratuité de l'école et des soins comme tremplin pour l'évangélisation. Des mécanismes différents de gratuité sont relatés concernant l'offre concomitante de prestations (école et soins de santé) par l'Etat et les missionnaires dans un esprit différent.

Dans la pratique, la mise en application d'une gratuité totale portait surtout sur le non-paiement des actes thérapeutiques incluant la mise en observation ou l'hospitalisation en cas de besoin, les vaccinations comme activités préventives à la fois pour les épidémies et les maladies ciblées mais aussi l'accès aux médicaments. Dans tous les cas, on peut parler de « gratuité subventionnée », c'est-à-dire payée à un autre niveau au bénéfice des usagers. Cela renvoie aux mécanismes de fonctionnement de la gratuité en trois temps avec des apports extérieurs (dotations publiques et bonnes œuvres missionnaires dans les pays occidentaux), exploités dans le cadre des actions concomitantes du système colonial (médecine fixe et

⁴ La colonie de Haute-Volta a été constituée en 1919, le gouverneur HESLING étant considéré comme l'une des figures marquantes de cette époque (Balima 1995).

mobile, prévention et traitements de masse) et celles relatives à l'approche confessionnelle d'évangélisation (structures de soins servant de tremplin pour les œuvres missionnaires de propagation de la foi).

b) L'implication de l'État après l'indépendance pour la poursuite de la gratuité des soins et des actions similaires dans d'autres secteurs comme l'éducation et l'agriculture à l'origine de l'idée d'« État providence ». Les grandes dates suivantes peuvent être citées comme repères concernant le l'engagement de l'État dans l'offre de soins après la période coloniale et le désengagement des missions du secteur de la santé et de l'éducation (retour dans les années 2000 pour l'enseignement) dans les années 1970 :

- premièrement, l'application du "Plan cadre" consacré aux secteurs considérés comme "prioritaires" pour le développement local (agriculture, économie), à la différence des secteurs dits "sociaux" (santé et éducation) ;
- deuxièmement, l'adoption du premier "Code de santé publique" en 1970 réactualisée en 1994 sous la forme d'une loi adoptée à l'Assemblée nationale pour préciser les dispositions réglementaires et les conditions d'exercice des différents métiers liés à la santé humaine ;
- troisièmement, la mise en place du premier plan de programmation sanitaire nationale à l'instigation de l'OMS, en tant que base pour l'élaboration de la politique sanitaire ;
- quatrièmement, l'élaboration du Plan National de Développement sanitaire (2001-2010) dont la prolongation a été décidée pour la période 2011-2020.

On s'accorde sur le fait que l'avènement de l'indépendance représente une étape importante dans le processus de changement politique. Il n'en demeure pas moins que la gratuité a fonctionné selon les mêmes principes initiaux, à savoir une gratuité totale entièrement financée par les ressources publiques, avec l'appui additionnel des subventions extérieures. Les dotations en médicaments se faisaient à partir d'un magasin central qui sera transformé en ce qui est devenu actuellement la Centrale d'achat des médicaments essentiels génériques (CAMEG). La rupture avec la gratuité totale interviendra dans les années 1980 avec l'adoption de l'Initiative de Bamako centrée sur le recouvrement des coûts dans les centres de santé par le paiement direct des soins par les usagers.

Les conséquences sociales d'une telle option (exclusion des plus pauvres dans l'accès aux soins) figurent parmi les raisons, en l'étape actuelle, du retour à une gratuité sectorielle modulée dans l'espace et le temps. Il est à signaler que l'instauration d'une nouvelle organisation fonctionnelle des centres de santé avec l'application des recommandations de l'IB (comités de gestion des centres de santé ou COGES, dépôt de médicaments, rôle plus affirmé de ces acteurs locaux) consacre un début de privatisation des soins. En effet, l'Etat n'intervient plus directement, sauf pour le financement des infrastructures et des salaires, la formation des agents et l'élaboration des textes fondamentaux. Le désengagement de l'Etat était dicté aussi par les politiques internationales d'ajustement structurel qui préconisaient que le secteur social soit moins financé par rapport aux secteurs productifs. Ces options ont précédé la situation présente marquée par des contraintes d'accessibilité aux soins pour les couches sociales défavorisées. Le retour à des politiques ciblant des exemptions multiformes du paiement⁵ trouve une explication dans un tel contexte.

⁵Par extension on parlera alors de "gratuités" pour souligner la diversité des approches.

c) Les contributions récentes à partir des années 2000 avec des initiatives planétaires (OMD notamment) basées sur des mécanismes de financement internationaux. On retrouve ici des options retenues à l'échelle mondiale en considérant les nouveaux axes de politiques mettant l'accent sur l'amélioration des indicateurs sanitaires pris en compte dans les nouveaux plans de développement incluant le bien-être social. Dans cette perspective, une attention est accordée particulièrement à l'accès aux soins des plus pauvres et des personnes vulnérables (enfants, femmes, indigents).

L'étape actuelle du fonctionnement des services de santé donne à voir un retour à des gratuités suscitées par la globalisation ou planétarisation des décisions et actions sanitaires d'envergure internationale⁶, rendue possible par une grande mobilisation de ressources extérieures. De ce fait, la question demeure entière au sujet de la responsabilité des politiques publiques locales quant à la pérennisation des engagements qui s'affichent comme des prises de décision circonstanciées que la plupart des Etats à faibles revenus ne peuvent pas prendre en charge sur une longue durée, à cause des implications financières colossales. Cet "agenda international" a dicté les priorités depuis les années 1970 et les politiques publiques peinent actuellement à faire coïncider les besoins monumentaux avec les faibles ressources disponibles, d'où une mise à contribution des initiatives extérieures pour l'amélioration de certains indicateurs de santé mais avec des effets pervers en termes de déstructuration fonctionnelle du système de santé. Le cas du financement des exemptions dans le cadre de la lutte contre le sida est un exemple éloquent qui montre comment des structures devenues familières dans le paysage institutionnel fonctionnent avec des ressources particulièrement importantes qui échappent à l'usage et au contrôle des instances habituelles du ministère de la santé.

3.1.3. Comment fonctionnait la gratuité ?

En réponse à cette question, on s'accorde à dire que tout était intégralement gratuit, ce qui a forgé une logique d'"Etat providence" dont on se rappelle encore à souhait aujourd'hui. Les expériences particulières décrites renseignent spécifiquement sur ce qui a pu se passer dans plusieurs cas de figure. Pour le principe général, la réponse est sans équivoque pour tous les informateurs, comme l'illustrent les propos de cet informateur :

« Au moment de la colonisation je pense que le principe général était que l'autorité pourvoyait à tout, l'autorité pourvoyait à tout et donc utilisait des concentrations de services dans les zones urbaines et des postes avancés dans les zones rurales avec ce qu'on appelait les équipes mobiles. Il y avait généralement des vaccinations qui se faisaient, des consultations foraines qui se faisaient et c'est à cette époque qu'il y avait de grands noms comme Richet, comme Gaston Muraz, comme Janot... Le Burkina a connu ces personnes qui ont installé la lutte contre les grandes endémies dans le pays et donc à cette époque les autorités coloniales pourvoient à tout. » (Médecin spécialiste en santé publique).

Les responsabilités du système colonial dans la mise en œuvre initiale de la gratuité ont été relevées en ces termes par un autre informateur :

⁶ On peut parler de l'ère des fonds d'appui (Fonds européen de développement ou FED, fonds d'aide aux pays pauvres très endettés ou PPTE, Fonds mondial et autres expériences similaires) et des initiatives concertées autour des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans le cadre du passage au troisième millénaire.

« C'était le colonisateur qui venait avec ses moyens, ses finances et qui prenait gratuitement en charge la santé des populations pour ce qui concerne les médicaments, pour ce qui concerne les soins, l'observation, le salaire des médecins, des sages-femmes. Ça c'était au niveau, c'était un budget, je crois, au niveau colonial. Et après les indépendances, le budget de l'État prenait tout ça en charge. Mais il faut dire qu'à l'époque on n'était pas aussi nombreux. Aujourd'hui nous sommes 14 millions d'habitants, avec le recul on était peut-être 4 ou 5 millions d'habitants. Et le budget de l'État aussi peut-être, en tout cas prévoyait quelque chose qui pouvait prendre en charge l'ensemble des populations d'autant plus que les gens aussi, il y a un phénomène qu'il ne faut pas négliger, ne fréquentaient pas tellement ces formations sanitaires. C'est les cas graves qui arrivaient à l'hôpital. Donc c'était plus facile de les prendre en charge. L'immense majorité des populations comme on l'a si bien dit se tournaient vers les soins traditionnels. » (Ancien praticien et décideur politique)

La description du fonctionnement de la gratuité a mis en évidence que la gratuité initialement soutenue de l'extérieur par des subventions publiques ou privées (cas surtout des missions chrétiennes) s'est poursuivie après les indépendances, avec toutefois un budget de l'Etat en cette étape pour soutenir le maintien de la gratuité totale. Il est apparu par la suite un désengagement progressif au fur et à mesure de l'augmentation des besoins liée à la croissance démographique et à cause de la crise économique et alimentaire des années 1970 à l'origine des programmes d'ajustement structurel imposé à la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Dans cet environnement marqué par certaines réformes macroéconomiques, le recouvrement des coûts avec l'Initiative de Bamako (IB) a été favorablement accueilli, avant le recours actuel aux exemptions multiformes. L'évolution du début jusqu'à la période actuelle est décrite en ces termes :

« Les soins gratuits étaient dus au fait que c'est la puissance coloniale qui ravitaillait les formations sanitaires. Il y avait des budgets de santé qui étaient faits et financés par la France. Beuh ! Après les indépendances, le budget était centré... on avait encore beaucoup de stock de médicaments au temps colonial, on avait continué à travailler avec ce stock-là. On continuait à donner gratuitement. Mais, au fur et à mesure qu'on avançait dans l'indépendance, le stock diminuait de plus en plus. Bon, il était difficile d'avoir certains médicaments, certains produits pour travailler. Et c'est ainsi qu'on a commencé à demander petit à petit aux malades d'acheter. Ceux qui pouvaient, avaient les moyens d'aller acheter certains médicaments pour compléter leurs soins. Je crois que la gratuité des soins a diminuée à partir de ce moment-là. Et le budget de santé n'était plus suffisant pour approvisionner suffisamment les dispensaires. Ça, c'est un et deuxièmement (...) les gens ont commencé à prendre conscience que la médecine moderne était plus efficace que le traitement indigène qu'ils recevaient. Donc, il y a eu plus de malade qui fréquentaient le dispensaire, donc plus de consommateurs de médicaments et moins de médicament à donner. Donc, je pense que c'est à partir de là que la gratuité a diminuée et les gens ont commencé à avoir des ordonnances. Ils allaient acheter et puis donc, ça coûtait beaucoup moins cher que maintenant. » (Ancien infirmier à la retraite, praticien du privé).

Dans ce processus d'application de la gratuité après les indépendances, le retrait des missions chrétiennes du dispositif de l'offre de soins gratuits est intervenu dans les années 1970, avec un transfert des infrastructures sanitaires et éducatives à l'État⁷. Cependant, il y a toujours le

⁷ Il est à noter que l'Église catholique a renégocié son implication dans le système éducatif, ce qui a permis la reprise en main des écoles chrétiennes qui fonctionnent comme des structures privées confessionnelles réglementées par l'État. La création récente d'universités catholiques (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso, Kaya) mais aussi de nouvelles infrastructures sanitaires de haut niveau (cas d'un centre de recherche biomoléculaire à

maintien d'un financement d'une partie de la gratuité permanente pour les services incontournables mais aussi la prise en charge des infrastructures et du personnel soignant par le budget de l'État. Malgré les difficultés multiformes, la gratuité demeure ainsi une préoccupation pour les politiques publiques de santé et de développement⁸. On touche du doigt l'un des enjeux majeurs de la gouvernance locale dont on a du mal à imaginer comment les initiatives liées à la gratuité peuvent avoir un ancrage durable tant qu'elles seront adossées aux directives ou recommandations internationales. Dans un tel environnement, la question de la pérennité des interventions se pose ou ne se pose pas, en considérant que les politiques de santé des pays en développement n'échappent pas à de nouvelles formes de diffusion de nouveaux paradigmes dans les relations entre les pays du Nord et du Sud⁹.

3.2. Les appréciations actuelles de la gratuité

Les réactions se recoupent sur certains aspects, notamment les critiques fréquentes contre une gratuité totale à la différence des subventions incluant une petite contrepartie du bénéficiaire. Ainsi, à l'image des acteurs du système de santé qui ont des réactions courantes du même ordre, les propos rapportés montrent que la délivrance de soins entièrement gratuits sans une contrepartie symbolique des bénéficiaires est difficilement acceptée, comme l'exprime cet ancien décideur dans le domaine de l'éducation :

« Je n'ai jamais été pour une gratuité totale des choses ! Humainement parlant si on regarde les choses, le niveau économique des gens, un certain nombre de choses. Mais il y a aussi que je ne suis pas sûr que les gens comprennent la gratuité quoi ! Pour qu'une chose soit gratuite il faut qu'en réalité tout le monde y contribue à un niveau ou à un autre. » (Ancien décideur de haut niveau dans le domaine de l'éducation et responsable dans l'administration publique).

La réaction ci-après d'une personne de profil similaire (décideur de haut niveau) va dans le même sens en montrant une prise de position contre une gratuité totale qui s'apparente à celle des professionnels des santé qui mettent en avant une contribution minimale des usagers jugée nécessaire :

« Je crois que les soins devaient être gratuits même si personnellement je ne suis pas un partisan de la gratuité... J'ai eu des problèmes avec des bailleurs de fonds qui avaient un projet de fourniture de plants pour le reboisement gratuitement aux populations. J'ai dit non. Même si c'est 10 francs, même si c'est 25 francs, il faut que ça serve à éduquer, à donner un sens, de la valeur aux plants, même à l'action de reboiser, on dépense quelque chose. Ça coûte quelque chose, ça a un prix, même si c'est subventionné, il ne faut pas développer l'idée du tout gratuit parce que j'ai toujours été contre l'État providence, bon qui fournit tous les services aux populations de manière gratuite. Je pense que ce n'est pas pédagogique. » (Ancien décideur politique et responsable d'une institution publique).

Ouagadougou) fait partie des initiatives récentes. Le rôle et l'évolution des structures confessionnelles depuis l'implantation missionnaire sont décrits par Compaoré (1995).

⁸ Nous nous inscrivons dans l'analyse faite par Olivier de Sardan (1995, p. 7) concernant le développement conçu comme « L'ensemble de processus sociaux induits par des opérations volontaristes de transformation d'un milieu social, entreprises par le biais d'institutions ou d'acteurs extérieurs à ce milieu mais cherchant à mobiliser ce milieu, et reposant sur une tentative de greffe de ressources et/ou techniques et/ou savoirs ».

⁹ Hours *et al.* (2001) avaient jeté les bases d'une réflexion sur certaines conceptions mythiques de la "santé parfaite" dont les pays du Nord peuvent se prévaloir mais qui gagne progressivement le Sud à travers les élites locales. Voir aussi Gobatto (2001) pour le cas du Burkina Faso.

En revanche, la formule consistant à subventionner les médicaments est acceptée par le même informateur comme ceux qui adhèrent habituellement à des mécanismes incluant une contribution ou une "participation" des destinataires :

« ... la formule de subvention des médicaments est une bonne formule, les mutuelles, les possibilités d'assurance santé qui se développent un peu partout. Je pense que ça c'est plus proche de la recherche d'une solution négociée avec les populations et sécurisé aussi par rapport à la capacité de payer... ».

Une réflexion similaire concernant le refus d'une gratuité totale est faite dans les propos suivants :

« ... Je suis contre la gratuité. Mais je dis, il faut fixer les tarifs en fonction des possibilités ici, il faut aller progressivement. Il y a des indigents vraiment qui n'ont rien bon là pour eux, c'est gratuit. Mais je ne suis pas pour que tout le monde se dise il faut la gratuité. Quelque part l'Etat ne peut pas supporter cela... Je dis aussi, en disant aussi que je suis contre la gratuité c'est pour que les services de santé puissent améliorer leurs actes, leurs prestations mais aussi améliorer les structures d'accueil : si je paie l'hospitalisation il faut que je sois couché sur un lit qui soit correct, c'est pour cela que je paie. Il faut aussi que je puisse avoir la visite régulière ; c'est pour que je puisse avoir une bonne nourriture à l'hôpital, c'est cela ! » (Enseignant et responsable d'une organisation de la société civile).

Un responsable d'un programme sanitaire national expose ce qu'il pense de l'approche sectorielle et temporaire de la gratuité :

« Pour alléger les coûts, je pense qu'il faut revoir les coûts depuis l'achat, et voir comment nous pouvons le réduire au maximum au profit des populations. Je ne suis pas toujours d'accord pour la gratuité ou la subvention à 100% parce que la pérennisation pose problème. C'est mon avis comme ça. Je pense qu'on pourrait réduire davantage les coûts et essayer justement, les pathologies les plus meurtrières comme le paludisme, le VIH, on pourrait les subventionner à 100% le temps vraiment de contrôler et d'éliminer la maladie, le temps de revenir aux prix normaux... » (Responsable d'un programme sanitaire national proposant une exemption des soins).

Il est apparu des péripéties historiques qui ont été décrites que la gratuité totale a été introduite pendant la colonisation puis modulée après les indépendances. Dans ce contexte évolutif, les sensibilités culturelles influencent manifestement l'accueil réservé à l'offre de soins gratuits. Ainsi, des appréciations souvent péjoratives sur l'utilisation des services gratuits sont évoquées, précisément sur le sens donné à la gratuité et, ceci expliquant cela, la dévalorisation du service offert. Ainsi, que ce soit dans les secteurs de la santé, de l'agriculture ou de l'éducation il est question d'un mauvais usage de la gratuité selon l'idée que ce qui est offert gratuitement a une moindre valeur. Cela se traduira par des conduites en décalage avec les attentes ou les objectifs assignés : fréquentation abusive des services dans certains cas ou au contraire méfiance ou réticence manifeste, non consommation rapportée des comprimés dont les vertus thérapeutiques ne sont pas légitimées (le cas des médicaments génériques est un exemple connu), gaspillage des intrants agricoles subventionnés (le cas des semences données aux animaux est illustratif).

Des résultats rapportés, on constate des appréciations mitigées sur la nature de la gratuité (refus d'une gratuité totale, évocation des questions d'équité en faveur des personnes défavorisées). Par ailleurs, des arguments moraux défavorables à la gratuité totale ont été

exprimés en défendant l'idée d'une pratique qui offense la dignité du bénéficiaire, d'où la nécessité ressentie d'une contrepartie (voir la section sur les implications culturelles et morales de la gratuité). L'idée qui se dégage des différentes informations obtenues est que la gratuité sans contrepartie du bénéficiaire ne rencontre pas l'assentiment du point de vue des conceptions et des croyances culturelles locales. Le constat majeur est que la gratuité totale fait l'objet de critiques, à la différence des subventions incluant une petite contrepartie du bénéficiaire. Ainsi, à l'image des acteurs du système de santé qui ont des réactions courantes du même ordre, il apparaît que la délivrance de soins entièrement gratuits sans une contrepartie symbolique des bénéficiaires n'était pas conforme aux conceptions et valeurs culturelles locales.

Cependant, il faudrait nuancer de telles idées à l'heure actuelle en tenant compte des nombreuses actions de développement dans les pays africains à l'origine de changements dans les conceptions et les pratiques populaires (Olivier de Sardan, 1995). Cela signifie que tous les usagers des services de santé ne sont sensibles à de tels scrupules sociaux et culturels sur la gratuité totale surtout lorsque les moyens manquent pour le paiement des soins. De même, la "configuration développeurs-développés" à l'œuvre dans les actions de développement local ont généré des logiques d'accaparement et de profit permettant de comprendre d'autres types d'appropriation autres qu'un conformisme aux codes sociaux et culturels.

4. Discussion

Les résultats présentés orientent vers deux axes focaux d'analyse dont le premier met l'accent sur la place des cultures locales, en plus du contexte actuel de globalisation sanitaire et le deuxième sur l'évolution des formes de gratuité.

4.1 La gratuité entre cultures locales et globalisation sanitaire

Instaurée depuis la période coloniale, la gratuité peut être appréhendée sous une double facette selon qu'on se place dans une logique d'action depuis l'implantation sanitaire renforcée par des interventions multiformes, ou sous l'angle des orientations récentes dans les politiques publiques de santé en contexte africain. Dans le cadre de l'implantation sanitaire et des différentes interventions qui y ont contribué (médecine coloniale, œuvres missionnaires, interventions étatiques progressives), la gratuité apparaissait comme un « mal nécessaire ». En effet, plusieurs écrits sur la période coloniale mettent en relief deux sujets relatifs à des enjeux sanitaires importants : d'une part, les péripéties de la lutte contre les grandes endémies et les motivations du choix des pathologies centrées sur des préoccupations utilitaires (Bado 1996, M'Bokolo 1994) ; d'autre part, la dichotomie ou l'antagonisme entre la médecine occidentale et les pratiques thérapeutiques locales même si la nature du débat a changé en passant d'une marginalisation à une valorisation des thérapies locales conçues désormais comme complémentaires et répondant à des besoins spécifiques culturellement fondés. De ce point de vue, une vision culturaliste et moraliste (Olivier de Sardan, 2010) a influencé négativement l'acceptation et l'inclusion des thérapies locales contrairement à la richesse de certaines contributions (Delobsom, 1934 ; Ilboudo, 1966) de nature à faire connaître plusieurs facettes des savoirs et des pratiques souvent imbriquées à de conceptions surnaturelles. Or, leur valorisation a été amorcée dans le contexte des politiques de soins de santé primaires (Dozon 1987) comme cela se passe dans d'autres aires culturelles (cas de la médecine chinoise et indoue par exemple).

Cette perception initiale tronquée a contribué à exacerber la méfiance des usagers locaux à l'égard d'une médecine conquérante qui déniait l'intérêt et au-delà les fondements culturels des traditions thérapeutiques locales. Dans ce contexte, on ne s'étonnera pas qu'il faille en cette période des actions susceptibles d'amener les gens à adopter des pratiques de soins venues d'ailleurs dont ils percevaient différemment les techniques diagnostiques et thérapeutiques.

Malgré l'effort immense consenti depuis le début pour amener les gens à la médecine, on constate que l'engouement viendra à travers plusieurs astuces et initiatives propices dont la gratuité totale des soins constituait l'ingrédient de base. Cela explique l'idée d'une "gratuité incitatrice" pour abolir toute barrière financière dès le départ mais les autres barrières d'ordre culturel (Beninguisse, Nikiema, Fournier et Haddad, 2004) persistent jusqu'aujourd'hui même si elles sont encore mal interprétées dans le débat sur la gratuité. En effet, ce qu'on appelle abusivement les « pesanteurs socioculturelles » sont souvent mises en avant pour expliquer les réticences pour adopter certains comportements préventifs ou pour l'accès aux soins de santé. Or, dans le cas de la gratuité des soins, cela est battu en brèche par les attitudes et les pratiques face à l'offre depuis son instauration. Ainsi, il est apparu que les appréciations de l'idée de gratuité revêtaient surtout dans le passé une connotation péjorative dans les cultures locales où d'autres considérations liées à la dignité, l'honneur ou l'attachement à une contribution du bénéficiaire étaient couramment admises. Il s'avère donc que l'offre gratuite de soins n'est pas classiquement conforme aux valeurs culturelles traditionnelles si bien que lorsqu'une contrepartie est demandée cela ne pose pas vraiment de problème¹⁰ sous l'angle de la "redevabilité"¹¹ sociale.

4.2 L'évolution des formes de gratuité

Que retenir alors des transformations décrites à propos des différentes formes de gratuité ? On conviendra de distinguer selon les étapes successives rapportées les deux variantes suivantes : d'une part, la gratuité pleinement octroyée au début (gratuité totale de l'Etat providence) et la gratuité "conjoncturelle" d'aujourd'hui dictée par l'évolution des préoccupations qui mettent l'accent actuellement sur l'accès aux soins des plus pauvres et l'équité dans l'offre de soins. Quant aux différentes formes de "participation" imposées dans le cadre du recouvrement des coûts, il s'agit beaucoup plus d'une pratique récusant le principe de gratuité totale en optant pour une tarification des actes mais en incluant conjointement des subventions ciblées. Cela n'exclut pas la gratuité permanente appliquée pour certaines pathologies ou services ciblés (épidémies, vaccinations PEV) qu'on pourrait qualifier de gratuité "usuelle" ou planifiée. En analysant le phénomène dans une perspective de transition vers des interventions centrées sur les réalités locales, deux centres d'intérêt peuvent être envisagés : d'une part, l'utilité pratique de mettre en place des unités de production de médicaments accessibles à moindre coût ; d'autre part, la place et le rôle des mutuelles de santé.

¹⁰On retrouve les mêmes conceptions dans l'étude menée par Yaogo (2004) concernant l'idée de « participation » des destinataires des projets de développement local dans plusieurs domaines (santé, hydraulique rurale, éducation) où la nécessité d'une contribution ne serait-ce que symbolique est exprimée.

¹¹ Selon le sens donné à *accountability* en anglais.

La production locale de médicaments est perçue aussi comme une solution malgré le constat de l'échec d'actions antérieures visant à réduire les coûts des soins. A un autre niveau, la mise en place de mécanismes pour éviter le paiement direct des soins fait partie des options envisagées, ce qui explique l'organisation en septembre 2011 d'un colloque international sur ce sujet à Ouagadougou. A ce propos, deux aspects liés aux habitudes locales constituent des sources potentielles de difficultés : premièrement, l'idée d'épargner quand on est en bonne santé pour se soigner quand on est malade ; deuxièmement, l'idée d'une approche solidaire consistant à admettre que ce qu'on cotise servira à d'autres si on n'est pas soi-même malade. C'est dire que des questions non résolues subsistent sur la compréhension de ce mécanisme venu d'ailleurs qui ne s'inscrit pas dans les codes locaux de solidarité plus directs et rapidement accessibles par l'intermédiaire des réseaux de proximité (famille, voisinage, circuit professionnel).

Dans l'ensemble, on se trouve dans une situation de monétarisation accrue des sociétés locales dans des États en crise où les politiques publiques de santé et de développement sont de plus en plus fortement redevables des règles, dispositions et des financements du système international. La lecture diachronique que nous avons faite des motivations de l'accès à la gratuité totale pendant l'étape charnière de l'implantation sanitaire révèle une démarche initiale de promotion exclusive du système de soins biomédical. Autrement dit, il y avait une offre intégrale de soins gratuits sans demande exprimée, à la différence de ce qui passe aujourd'hui puisque plusieurs États africains à faibles revenus peinent à satisfaire les besoins essentiels de santé de la population. Dans ce contexte de globalisation des priorités sanitaires, on ne s'étonnera donc pas que les destinataires des initiatives de gratuité actuelle conçoivent différemment l'idée de gratuité lorsqu'elle est octroyée par l'Etat ou des organisations internationales à la différence des initiatives endogènes locales¹². Sous réserve d'une investigation complémentaire, les réactions tendant à réclamer de la gratuité font penser à un attachement à un bien public conçu sous l'angle d'une responsabilité de l'Etat alors qu'on s'achemine vers une gestion décentralisée des besoins sanitaires dans le processus de communalisation intégrale. Autrement dit, plus on décentralise, plus les gens veulent de l'Etat conçu comme une sève nourricière en souvenir de la gratuité d'antan.

À un autre niveau, les mutuelles de santé sont proposées comme des solutions palliatives aux difficultés liées au recouvrement des coûts initié depuis le commencement de l'Initiative de Bamako (Ridde et al. 2004). Là aussi cette forme de contribution pour l'accès aux soins de santé selon une logique de couverture sociale ou d'"assurance maladie universelle" montre qu'il est difficile de répliquer à large échelle les expériences des pays du Nord en la matière à la lumière de certaines contraintes locales défavorables ayant également des fondements culturels. En effet, la question de l'épargne pour pourvoir aux soins de santé à travers une cotisation régulière est une forme de couverture du risque qui constitue une innovation majeure au regard des traditions locales basées sur la "solidarité mécanique", selon l'expression de Durkheim, comme mécanisme pour faire face aux besoins courants.

Par ailleurs, l'élevage domestique ou d'autres biens générateurs de revenus contribue habituellement à faire face aux urgences (notamment pour la santé), d'où le faible attachement à une prévention monétaire du risque ou une thésaurisation courante pour la prise

¹² L'expérience récente du projet sur l'accès aux soins des indigents dans le district sanitaire de Ouargaye montre que malgré les perspectives favorables (Ridde, Yaogo *et al.* 2011) pour l'adoption de ce système, un appui extérieur est évoqué comme une solution plus pérenne.

en charge financière de la maladie. Tout se passe comme si une prévention sociale basée sur la divination et le culte aux ancêtres suffisait pour conjurer les mauvais sorts avec la solidarité du réseau social pour les cas de prise en charge matérielle et financière, ce qui est de nature à assurer une bonne harmonie sociale¹³. Dans ces conditions, l'amélioration des conditions socio-économiques de la population ne constitue-t-elle pas un préalable pour l'adoption de tels usages dont l'utilité n'est pas remise en cause ?

Les travaux de recherche initiés sur ces questions constituent des sources de données en mesure d'éclairer sur ce qui marche en s'appuyant sur des évaluations solidement documentées. Ainsi, l'attention accordée à la fois aux conditions d'émergence, de formulation, de mise en place et de mise en œuvre des politiques renseignent utilement sur les similarités observées dans plusieurs expériences d'exemption réalisées dans des contextes différents¹⁴. Elles montrent qu'en dehors des conditions de mise en œuvre de la gratuité, les motivations politiques déterminent l'issue future au moment où la gratuité apparaît comme un défi à relever alors qu'elle pourrait être plutôt une opportunité offerte aux usagers à exploiter en cas de besoin ponctuel ou en fonction de critères d'éligibilité consensuels, à l'exemple des résultats du projet de recherche sur l'équité dans l'accès aux soins des indigents dans un district rural du Burkina Faso (Ridde, Yaogo et al. 2011).

5. Conclusion

L'histoire de la gratuité au Burkina Faso qui a fait l'objet de ce travail permet de cerner plusieurs aspects de l'avènement de ce phénomène dans le cheminement des politiques publiques de santé. En procédant par une analyse diachronique de différentes étapes significatives dans les interventions successives depuis l'implantation médicale, on comprend qu'il ne s'agit pas d'un simple effet de mode. Ses significations et sa portée ont évolué en passant d'une approche utilitaire pour favoriser l'accès aux soins biomédicaux à une option conjoncturelle pour faire face à des besoins liés aux difficultés d'accès aux soins surtout pour les plus pauvres. On se trouve alors vraisemblablement dans une situation où les destinataires que sont les usagers des services de santé ne sont pas plus logés à la même enseigne en comparant les conceptions culturelles de la gratuité dans le passé et maintenant.

On comprend aisément que face à des politiques de plus en plus globalisées et redevables des contraintes économiques et d'enjeux politiques planétaires, l'empreinte culturelle qui justifiait les scrupules pour la gratuité totale devient de plus en plus éphémère ou même inopérante et reléguée au second plan. Ainsi, en présence d'urgences sanitaires¹⁵ ou de faibles disponibilités financières, il semble que l'on peut nuancer l'ancrage culturel pouvant influencer l'acceptation d'une "gratuité providentielle" en revenant à une vision utilitaire mais cette fois du côté des bénéficiaires. La situation actuelle donne à voir des changements qui imposent des adaptations permanentes des acteurs, des bénéficiaires et plus globalement dans les politiques

¹³ Les écrits sur les sociétés locales (voir notamment Dachet et Lallemand 1992) traduisent diversement ces recours préventifs pour donner sens aux phénomènes susceptibles de perturber la quiétude familiale ou préserver des maladies et des mauvais sorts.

¹⁴ C'est le cas des exemptions en santé maternelle entreprises dans plusieurs pays africains comme le montre la synthèse de résultats de recherche proposée par Olivier de Sardan et Ridde (2011) qui constitue une base pour stimuler la réflexion sur ce sujet.

¹⁵ C'est le cas des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ou SONU, avant la gratuité actuelle des soins de santé maternelle.

publiques. Dans ce contexte, il y a lieu de s'interroger sur les incohérences liées aux grandes initiatives d'exemptions ponctuelles et sectorielles qui sont loin de résoudre des problèmes relevant des responsabilités des États en quête de nouveaux équilibres à travers le processus de décentralisation en cours au Burkina Faso et dans d'autres pays.

Références

BADIEL (Oumarou), 1993, *Introduction à l'histoire de la profession infirmière au Burkina Faso de 1896 à 1992 : naissance et évolution d'un corps*, mémoire d'études, Univ. Lyon II, 137 p.

BADO (Jean-Paul), 1996, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique*, Karthala, 428 p.

BALIMA (Salfó-Albert), 1995, *Le gouverneur Edouard Hesling (1869-1934)*, in *La Haute-Volta coloniale : témoignages, recherches, regards*, Massa (Gabriel) et Madiéga (Georges)(dir.), pp. 523-528.

BECKER (Charles) et COLLIGNON (René), 1998, *Epidémies et médecine coloniale en Afrique de l'Ouest*, in *Cahiers Santé*, vol. 8, n°6, pp. 411-416.

BENINGUISSE (Gervais), NIKIEMA (Béatrice), FOURNIER (Pierre), HADDAD (Slim), 2005, « L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique », *African Population Studies*, Supplement B to Volume 19, 244-266.

COMPAORE (Maxime), 1995, *L'enseignement public en Haute-Volta pendant la période coloniale*, in *La Haute-Volta coloniale : témoignages, recherches, regards*, Massa et Madiéga (dir.), Paris, Karthala, pp. 351-359.

DACHER (Michèle), Lallemand (Suzanne), 1992, *Prix des épouses, valeur des sœurs*, suivi de *Les représentations de la maladie : deux études sur la société Goin (Burkina Faso)*, Harmattan, 203 p.

DELOBSOM (Dim), 1934, *Les secrets des sorciers noirs*, Paris, Nourry.

DOZON (Jean-Pierre), 1987, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », in *Politique africaine*, n°28, pp. 9-20.

DURKEIM (Emile), 2013, *De la division du travail social*, PUF (coll. Les grands textes), 420 p.

FANON (Frantz), *Peau noire, masques blancs*, Paris, Maspéro, 1952.

GOBATTO (Isabelle), 2001, *Les médecins acteurs dans les systèmes de santé : une étude de cas au Burkina Faso*, in Hours (Bernard)(dir.), *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, pp. 137-162.

HERVOUET (Jean-Pierre), 1990, *Peuplement et mouvements de population dans les vallées des Volta Blanche et Rouge*, ORSTOM, Ouagadougou, 121 p.

HOURS (Bernard), 2001 (dir.), *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 358 p.

ILBOUDO (Pierre), 1966, « Croyances et pratiques religieuses traditionnelles des Mossi », *Recherches Voltaïques*, 3, CNRS (Paris)-CVRS (Ouagadougou), 112 p.

Ki-ZERBO (Joseph), 1972, *Histoire de l'Afrique noire*, Vol. I, Paris, Hatier.

LAPEYSSONNIE (Médecin général), 1995, *La trypanosomiase humaine africaine et la Haute-Volta*, in *La Haute-Volta coloniale*, Massa (Gabriel) et Madiega (Georges)(dir.), pp. 379-383

MASSA (Gabriel), MADIEGA (Georges), 2011, *La Haute-Volta coloniale : témoignages, recherches regards*, Paris, Karthala, 677 p.

M'BOKOLO (Elikia), 1984, *Histoire des maladies, histoire et maladie : l'Afrique*, in *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Augé (Marc) et Herzlich (Claudine) (dir.), pp. 155-186.

MEUNIER (Aude), 1999, *Système de soins en Burkina Faso : Le paradoxe sanitaire*, Paris, Harmattan, 288 p.

OLIVIER DE SARDAN (Jean-Pierre), 1995, *Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*, APAD-Karthala, 221 p.

OLIVIER DE SARDAN (Jean-Pierre), 2010, « Le culturalisme traditionnaliste africaniste : analyse d'une idéologie scientifique », *Cahiers d'Etudes Africaines*, n° 198-199-200.

OLIVIER DE SARDAN (Jean-Pierre), RIDDE (Valéry), 2011, « Une synthèse provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, Mali, Niger) », *Etudes et travaux*, n°89, LASDEL, Niamey, 47 p.

OLIVIER DE SARDAN (Jean-Pierre), RIDDE (Valéry), 2014, *Une politique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala.

OUOBA (Kampadilemba), BANHORO (Yacouba), SEMDE (Rasmané), 2020, *Histoire contemporaine de la pharmacie au Burkina Faso*, Paris, coll. « Harmattan Burkina Faso », 156 p.

RIDDE (Valéry), GIRARD (Jacques E.), 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.

RIDDE (Valéry), YAOGO (Maurice), KAFANDO (Yamba), KADIO (Kadidiatou), OUEDRAOGO (Moctar), BICABA (Abel), HADDAD (Slim), 2011, «Targeting the worst-

off for free health care: a process evaluation in Burkina Faso», *Evaluation and Program Planning*, 34, 333–342.

RIDDE (Valéry), OLIVIER DE SARDAN (Jean-Pierre), 2017, « La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique, un thème stratégique négligé », *Médecine et santé tropicale*, 27, pp. 6-9.

ROUAMBA (Etienne-Goama), 1995, *La vie d'un infirmier du service des grandes endémies*, in *La Haute-Volta coloniale*, Massa et Madiega (dir.), Karthala, pp. 385-393.

YAOGO (Maurice), 2004, *La mobilisation physique et financière dans le cadre du développement local : exemples pris dans les provinces du Bazéga, du Boulgou et du Zoundweogo*, ACE/RECIT, Etude n° 3, Ouagadougou, 50 p. [www.ace-recit.org/rapport_ace/Etude0003.pdf]

YAOGO (Maurice), 2007, « Santé et développement au Burkina : quelles perspectives », *Tradition et modernité*, n°9, pp. 43-49.

YAOGO (Maurice), SANNI YAYA (Hachimi), 2010, « Problématique de l'accès aux soins et de l'équité en santé : émergence et enjeux autour de la mise en pratique », in *Les maux et les choses de la santé : acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le Tiers-Monde*, Sanni Yaya H. (dir.), Presses de l'Université de Laval, pp. 123-146.

YAOGO Maurice, 2017, « Free versus subsidized healthcare: options for fee exemptions, access to care for vulnerable groups, and effects on the health system in Burkina Faso », *Health Research Policy and Systems*, 15 (Suppl. 1): 21-39.

YAOGO (Maurice), KOUTIANGBA (Koukiyoani), PARE TOE (Léa), MEDA (Ziémélé Clément), PAINA (Ligia), 2020, « Implantation nationale du programme de prise en charge à domicile du paludisme (PECADO) au Burkina Faso : analyse qualitative d'une expérience de partenariat public-privé », *Science et technique, Série Lettre Sciences Humaines et Sociales du CNRST -Burkina Faso*, vol. 36, n°2, p. 11-41.

YAOGO (Maurice), 2021, *Socio-anthropologie des pratiques de soins et des changements locaux dans la région de Bagré (Burkina Faso)*, Paris, coll. « Harmattan Burkina Faso », 311 p.

ZACSONGO (Félix), 1995. *Un dispensaire de brousse en Haute-Volta durant la période coloniale*, in *La Haute-Volta coloniale*, Massa et Madiega (dir.), Karthala, pp. 395-399.

ZERBO (Roger), 2018, « L'évolution du système sanitaire du Burkina Faso face aux enjeux stratégiques et le défi opérationnel de sa déconcentration et sa décentralisation », *Lettre d'Ivoire*, n° 027, juin 2018, pp. 323-336. ISSN : 1991-8666