

# Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne : permanence et échecs des instruments du New Public Management

VALÉRY RIDDE

## À la mémoire de Florence Piron

La couverture sanitaire universelle (CSU) pour 2030 est aujourd'hui un objectif de santé reconnu et poursuivi par la communauté internationale et les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>1</sup>. Selon l'OMS, son objectif est « de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans que cela n'entraîne pour les usagers de difficultés financières »<sup>2</sup>. Depuis 2015, et son inscription remarquée comme cible de l'un des objectifs de développement durable (ODD) dressés par l'Organisation des Nations Unies, tout le monde en parle. La CSU est pourtant un concept multidimensionnel qui peut donc être perçu sous l'angle juridique, humanitaire, économique, social ou de la santé publique (Abihiro & De Allegri, 2015). Des groupes de pression se sont formés pour défendre cet objectif ([www.uhc2030.org](http://www.uhc2030.org)). Des programmes internationaux ont été mis en place pour soutenir les pays dans le dialogue politique afin d'y arriver

1. Je tiens à remercier Oriane Bodson, Sarah Louart, Philippe Lavigne Delville et David Reubi pour leurs commentaires très utiles d'une version antérieure de cette introduction.
2. [https://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/fr/](https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/)

(<https://www.uhpartnership.net>) (Robert *et al.*, 2019). Des projets bilatéraux (belges, japonais, français, etc.) ont été organisés pour continuer à tester et mettre en oeuvre des interventions spécifiquement dédiées à sa poursuite, comme le mettent en évidence la plupart des chapitres de ce livre. Des expert-e-s et assistant-e-s techniques ont été déployé-e-s pour conseiller les responsables des politiques<sup>3</sup>. Et enfin, des équipes de recherche tentent aujourd'hui encore de comprendre comment renforcer la CSU à partir de données probantes (<https://www.unissahel.org>) et quels instruments sont les plus pertinents<sup>4</sup> pour avancer vers la CSU. Malgré tous ces efforts, comme je vais tenter de le montrer dans la suite de cette introduction, les instruments testés ces 10 dernières années s'inscrivent pour la grande majorité d'entre eux dans la tradition et l'idéologie du *New Public Management* (NPM). Le long fleuve tranquille de cette approche continue de couler, sans résistance malgré son inefficacité. Pourtant, il me semble que l'appréhension des défis de la CSU et des choix possibles pour y parvenir n'est pas encore suffisamment partagée et comprises, notamment dans le monde francophone au sein duquel les autrices et auteurs réuni-e-s dans ce collectif naviguent.

## Le besoin de rendre accessibles des connaissances scientifiques sur la CSU

Cet ouvrage vise donc à rendre accessible au plus grand nombre, en français et gratuitement, les plus récentes recherches concernant la CSU en Afrique subsaharienne dans l'objectif d'un plus grand partage des connaissances et une plus grande diffusion des leçons tirées des réformes engagées. Une grande partie des chapitres sont des traductions adaptées et expurgées d'un maximum de jargons méthodologiques d'articles publiés dans des revues scientifiques en anglais, que peu de responsables prennent le temps de chercher et

3. Voir le chapitre de Gautier *et al.*

4. Voir le chapitre de Ridde et Yaméogo.

de lire<sup>5</sup> et dont on connaît la barrière linguistique. Les scientifiques en quête de méthodes pourront se référer aux articles dont sont issus ces chapitres. Il convient cependant de mettre en exergue, ce qui est une force de l'ouvrage, que la grande majorité des chapitres repose sur le recours (*a priori* ou *a posteriori*) à des cadres conceptuels ou théories issus pour la plupart des sciences sociales et de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (Gilson, 2012; Robert & Ridde, 2016). Nous savons toutefois que ce type de recours n'est pas encore une habitude de la recherche en Afrique (Jones *et al.*, 2021). Cet ouvrage se veut donc aussi une contribution à l'utilisation plus systématique de ces théories et cadres conceptuels pour renforcer la qualité des études dans une perspective comparative (Ridde, Pérez, *et al.*, 2020). Notre aventure collective a ainsi un objectif de démocratisation du savoir ou, pour le dire de manière plus savante, de justice épistémique pour laquelle il faut saluer l'engagement de l'équipe de Florence Piron et les Éditions science et bien commun, mais aussi de tous les auteurs et autrices qui ont accepté de dédier leur temps à ces traductions et aux corrections que j'ai trop souvent demandées. J'espère donc que les francophones de la planète seront heureuses et heureux de lire ces analyses scientifiques autour de la question de la CSU en Afrique subsaharienne. L'ouvrage est d'autant plus essentiel qu'une analyse récente des principales publications concernant la CSU dans le monde démontre une totale absence des équipes francophones. De 1990 à 2019, aucune des 19 institutions de recherche les plus prolifiques sur la CSU n'était francophone et aucun pays d'Afrique subsaharienne, mis à part l'Afrique du Sud, ne faisait partie des pays les plus étudiés à ce sujet (Ghanbari *et al.*, 2021). Cela confirme le besoin impérieux de réaliser et partager des recherches en langue française.

Au lieu de présenter chacun des 28 chapitres dont les résumés sont accessibles à la fin de l'ouvrage pour en appréhender leurs contenus, il m'a semblé plus pertinent d'offrir, sur la base de ces textes rassemblés dans ce livre, une réflexion globale sur l'histoire passée et contemporaine de la CSU dans cette région du monde. L'originalité de l'ouvrage tient à la présentation de récentes réformes des systèmes

5. Voir le chapitre de Dagenais *et al.*

de santé organisées dans certains pays d'Afrique subsaharienne en quatre sections principales, classiquement développées dans l'étude des politiques publiques: émergence, mise en œuvre, effets et perspectives. À notre connaissance, ce regroupement d'articles essentiellement centrés sur la fonction du financement de la santé, bien que les autres dimensions de la performance des systèmes de santé soient sous-jacentes à la plupart de ces initiatives, apporte une pierre nouvelle à la construction de l'histoire des réformes. Dans cette introduction, après avoir présenté le contexte de la CSU, je tenterai donc une synthèse des connaissances que nous mettons collectivement à jour dans ce livre en tentant de monter en généralités à travers une analyse transversale des chapitres de quelques éléments que j'estime clefs dans la compréhension de la situation contemporaine de la CSU et des instruments du NPM (notamment le paiement direct et financement basé sur les résultats).

## Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne

Il faut bien reconnaître que la CSU comme «concept le plus puissant que la santé publique ait à offrir», comme disait l'ancienne directrice générale de l'OMS, a du mal à se concrétiser pour la majorité de la population subsaharienne. Il est en effet loin d'être un « bien public mondial » pour reprendre un terme à la mode dont Bruno Boidin (2014) avait déjà montré les ambiguïtés et les liens étroits entre les réformes sanitaires en Afrique de l'Ouest et le NPM. Tous les jours, les médias et les personnes d'Afrique subsaharienne relatent des expériences douloureuses que l'on a vite tendance à oublier dans les hautes sphères internationales et nationales. Ici, une femme qui n'a pas pu accoucher à l'hôpital faute d'ambulance disponible, là, un enfant qui n'a pas été en mesure de disposer d'un test de diagnostic rapide du paludisme, plus loin, un homme qui n'a pas pu payer son examen afin de vérifier qu'il n'avait pas un cancer de la prostate. Tous les jours, les familles subsahariennes se battent pour trouver les moyens financiers, humains et relationnels afin de se soigner. Toutes ces familles, peu importe leur niveau socio-économique, rencontrent ce même défi. Mais évidemment, ce sont sans conteste toujours les

personnes les plus pauvres et les plus isolées qui sont les plus oubliées et les moins en mesure de faire face à ces barrières<sup>6</sup>, qui leur sont souvent insurmontables, faisant en sorte que les inégalités sociales de santé perdurent. Ces inégalités ne sont toutefois pas l'apanage de l'Afrique subsaharienne, et sont largement vécues à travers le monde. Par exemple, le renoncement aux soins et le racisme vécu par des migrant-e-s au Canada (Ridde, Aho, *et al.*, 2020) n'ont rien à envier à la situation dramatique des indigent-e-s du Burkina Faso<sup>7</sup> dont la santé mentale est défaillante (Pigeon-Gagné, 2021) ou des mobilisations ethnoculturelles pour justifier les défis de l'accès aux soins des femmes dans certaines régions du pays (Belaid *et al.*, 2017).

Cette transversalité des réalités vécues par les personnes en quête de soins au Nord et au Sud donne tout son sens au concept de santé mondiale (Ridde & Fillol, 2021). À la suite de Adesky (2017), je pense que le concept de « subalterne »<sup>8</sup> énoncé d'abord par Antonio Gramsci puis largement développé par des penseurs et penseuses du Sud est pertinent pour comprendre des situations vécues par certaines personnes au Nord. Il s'applique évidemment aussi aux indigent-e-s (du Nord et du Sud), partout exclu-e-s des systèmes de santé depuis toujours (Ridde & Jacob, 2013). Pourtant, le concept de subalternité n'a, à ma connaissance, pas encore été vraiment convoqué pour comprendre les défis de celles et ceux qui doivent renoncer aux soins faute de moyens financiers, notamment. En réfléchissant à la possibilité d'analyser la question de l'accès aux soins des indigent-e-s en Afrique subsaharienne, la mobilisation de la subalternité pourrait certainement permettre de mettre au jour, non seulement les situations de précarité bien connues mais aussi les défis de l'énonciation et de la revendication du droit à l'accès aux soins par ces personnes. Elles restent indéfiniment les grandes oubliées (pour ne pas dire les invisibles) des réformes sanitaires malgré les discours internationaux et nationaux récurrents promettant l'inclusion de tous

6. Voir le chapitre de Louart *et al.*

7. Voir le chapitre de Beaugé *et al.*

8. Merci à Sofia Meister de m'avoir remis sur le chemin de Gramsci, que j'avais lu il y a bien longtemps, et ouvert les yeux sur les perspectives de ce concept que nous allons tenter de mobiliser par un projet de recherche sur l'accès aux soins en Haïti et au Bangladesh. <https://www.climhb.org>

et toutes, et affirmant vouloir ne laisser personne de côté (Louart et al., 2020; Ridde et al., 2019). L'histoire des politiques publiques et de l'aide publique au développement montrent bien que « *Policies intended to be pro-poor are likely to be watered down so as to include some benefits for the better-off, and/or to have those benefits diverted away from the poor during implementation.* » (Brinkerhoff & Brinkerhoff, 2013 : 381).

Le retour à des analyses moins techniques sur la CSU (notamment sur les modes de financement ou de contractualisation comme nous allons le voir plus bas) et plus centrées sur les valeurs de solidarité et de bien public mondial serait à mobiliser (Mladovsky et al., 2015; Prince, 2017). Ne serait-il pas temps, en effet, d'analyser les systèmes de santé dans une perspective postcoloniale afin de les décrire « non plus à partir des principes (de justice, d'intégration sociale) qui sont censés réguler les dominations, mais à partir de l'expérience même de la domination, tout particulièrement à partir des dominations pesant sur les situations sociales subalternes » (Renault, 2008 : 115) que vivent les personnes les plus pauvres exclues des systèmes de soins en Afrique subsaharienne (et ailleurs dans le monde)?

Mais ces histoires individuelles, que l'on entend chaque jour si on les écoute, ne sont pas que des mots car elles sont une réalité quotidienne et, surtout, elles sont reflétées par des statistiques et des chiffres que les organisations internationales ressassent en permanence. Le tableau 1 présente quelques indicateurs pour les pays abordés dans cet ouvrage collectif ainsi qu'une comparaison, à titre illustratif, avec le Canada et la France<sup>9</sup>.

9. L'index de couverture des services correspond à la couverture moyenne des services essentiels basée sur des interventions qui incluent la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles et la capacité et l'accès aux services.

**Tableau 1** : quelques indicateurs de la couverture sanitaire universelle

	Index de couverture des services <sup>4</sup> en 2017	Index de capacité des services et accès en 2017	Enfants atteints de pneumonie emmenés chez un prestataire de soins (% ,date la plus récente)	Accouchements assistés par du personnel qualifié (% ,date la plus récente)	Dépenses de santé / dépenses gouvernementales (%) 2018	Dépenses courantes de santé par habitant-e en PPA (US\$), 2018	Dépenses directes des ménages en pourcentage des dépenses totales courantes de santé (% , 2018)
Bénin	40	21	46,1	78	2,9	83	44,5
Burkina Faso	40	15	51,8	80	8,7	111	35,8
Cameroun	46	26	59,2	69	-	133	75,6
Canada	89	100	-	98	19,5	5200	15,0
Côte d'Ivoire	47	30	44,0	74	5,0	176	39,4
RD du Congo	41	24	41,6	80	4,4	30	41,6
France	78	96	-	98	14,7	5250	9,2
Ghana	47	31	55,5	78	6,4	167	37,7
Mali	38	15	70,9	67	5,4	90	33,9
Niger	37	15	59,3	40	8,3	77	48,9
Rwanda	57	33	53,9	91	8,8	169	10,5
Sénégal	45	17	59,6	74	4,2	146	55,9
Tchad	28	12	25,8	24	5,2	79	61,9
Togo	43	21	39	69	4,2	109	56,3

Source : Global Health Observatory data repository (<https://www.who.int/data/gho>)

La lecture des chapitres de cet ouvrage collectif sonne comme si la médecine n'avait pas vraiment gagné en hospitalité depuis le constat sans appel dressé il y a 20 ans (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Au-delà d'une stigmatisation de professions que laisserait croire le titre de cette étude ancienne menée en Afrique de l'Ouest francophone par une équipe d'anthropologues, on est en droit de penser qu'un problème plus profond, plus structurel et complexe, subsiste et semble rendre utopique cette CSU ainsi que perpétuer les défis d'améliorer l'accès aux soins. À la suite de Didier Fassin (2000) qui dénonçait, il y a plus de 20 ans, une santé publique rhétorique qui se réalise plus avec des mots qu'avec des actions, nous pouvons aujourd'hui encore nous demander pourquoi tous les engagements verbaux et toutes les déclarations internationales écrites n'arrivent fondamentalement pas à se concrétiser et à *in fine* améliorer la vie de la majorité des personnes vivant en Afrique subsaharienne dont les besoins en santé restent le plus souvent non comblés. Néanmoins, de nombreux enseignements peuvent être tirés des expériences qui ont été lancées comme c'est le cas des mutuelles dont la cotisation

devient obligatoire au Rwanda<sup>10</sup>, de la professionnalisation des mutuelles départementales au Sénégal<sup>11</sup> ou encore de l'exemption du paiement des soins au Burkina Faso<sup>12</sup>. Pourtant, les «petits pas» qu'aïment à analyser les politistes semble marcher doucement (pour ne pas dire à reculons). Les leçons tirées semblent en effet mal voyager (Falisse, 2019; Olivier de Sardan, 2021), contrairement aux modèles d'intervention prêts à l'emploi (Olivier de Sardan *et al.*, 2017). Les transferts de politiques publiques (Rose, 2005) efficaces et équitables sont rares et difficiles, tant chacun milite pour la solution à laquelle il croit dur comme fer, comme la couverture de ce livre cherche à le montrer.

### Échecs récurrents du NPM et dépendance au sentier des instruments pour la CSU

Je me dois de commencer cette section par un vieux souvenir personnel. En 1999, après plusieurs années de coordination de projets pour des ONGs en Asie et en Afrique de l'Ouest, j'ai décidé de reprendre des études et de commencer une maîtrise de santé communautaire (donc pas de santé publique!) à l'Université Laval, au Québec (Canada). Lors de mon premier cours de «santé internationale», puisque le concept de santé mondiale n'était pas encore utilisé (Ridde & Fillol, 2021) même si l'unification microbienne du monde nous était enseignée par un ouvrage québécois important (Gélinas, 2000), le professeur (Jacques Girard) nous a imposé la lecture du fameux rapport de la Banque mondiale de 1993 sur le développement dans le monde: « Investir dans la santé » (World Bank, 1993). Je me demandais bien pourquoi je devais passer du temps à lire ce long document dont le contenu était visiblement encadré par une vision du monde bien éloignée des réalités que j'avais observées sur le terrain. Ce rapport est notamment célèbre car il a fait l'apologie de l'efficience (dans la lignée de l'OMS (WHO Study group, 1978)) comme

10. Voir le chapitre de Chemouni

11. Voir le chapitre de Ridde *et al.*

12. Voir les chapitres de Ridde et Yaméogo, et de Nguyen *et al.*



critère de choix des interventions, et donc a renforcé la place du critère économique dans la sélection des actions efficaces (ce qui semble bien perdurer (Hayati *et al.*, 2018)). Mais, et c'est un peu moins connu ou explicité, il a aussi été la poursuite d'un fiasco monumental de la promotion d'instruments politiques (Howlett, 2011) de la nouvelle gestion publique (*New Public Management*). Pour être honnête, j'avais complètement oublié que ce rapport, dans la lignée de celui de 1985 (De Ferranti, 1985), suggérait aux pays de s'engager dans des politiques de financement de la santé à travers le paiement direct des soins par les usagers et usagères des services (*user fees*). Curieusement, ce même rapport est encore convoqué en 2020 par des idéologues du NPM, défendant aujourd'hui l'achat stratégique<sup>13</sup> (infra) comme un instrument (sans citer de données probantes à l'appui) permettant d'arriver à la santé comme un bien commun mondial (Soucat & Kickbusch, 2020). Cette revalorisation des thèses soutenues par la Banque mondiale 25 ans plus tôt confirme la permanence des solutions (la dépendance au sentier, disent les politologues) portées par quelques entrepreneuses politiques naviguant entre les organisations internationales.

À ce stade de l'introduction, il est utile de revenir à la définition du NPM dans le contexte des réformes de santé en Afrique, notamment. Rappelons que Kaul (1997 : 14) définissait le NPM, dans le contexte de la libéralisation des économies, comme le fait que « *as government moves from a concern to do towards a concern to ensure that things are done* ». Cela représentait bien la vision du rôle de l'État dans le domaine de la santé selon la Banque mondiale au moment du lancement de sa stratégie santé, nutrition et population de 1997 (Abbasi, 1999). Bruno Boidin (2014 : 153) nous rappelle que « l'anti-étatisme qui a dominé les années 1980 et 1990 a largement

13. Le concept n'a pas encore été totalement élucidé mais il s'agit essentiellement d'associer des modes d'incitation aux modalités de financement des formations sanitaires et des professionnel-le-s de santé dans l'objectif d'optimiser l'utilisation des ressources. Il est présenté par ses défenseurs et défenseuses comme un outil pour améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources. Sur les processus, l'approche « consiste principalement à lier le financement de la santé à l'information sur (i) les besoins de santé de la population et (ii) la performance des prestataires de soins, sur la base d'un engagement actif et fondé sur des données probantes » (Paul *et al.*, 2018 : 5).

favorisé la privatisation partielle des systèmes de santé et de l'aide à la santé ». La vision néolibérale de l'économie (dont le FBR se réclame et « fait peu de doute nous dit un ancien consultant de la Banque mondiale » (Falisse, 2019 : 99)) suggère que l'absence de compétition et de concurrence sont les problèmes principaux du secteur public. En effet,

*To the historian, global health appears as both response and adaptation to a new situation dominated by a neoliberal agenda, associated with the rise of the World Bank alongside (and sometimes displacing) the WHO in the area of health, the quantification of health as an economic factor, the generalization of public-private partnerships and alliances independent from the UN system and the call for mobilizing "civil society" rather than nation-states. (Gaudillière et al., 2020 : 3)*

L'une des premières analyses collectives de ces réformes pour le secteur de la santé au Sud a été publiée en 2001 (Mills et al., 2001). Elle rappelait que le NPM se manifeste par trois dimensions fondamentales: responsabilité, reddition de compte et performance. Au regard de ces trois dimensions, le tableau 2 montre les relations entre le NPM et les réformes du secteur de la santé des années 1990.

Tableau 2 : La relation entre la réforme du secteur de la santé et la nouvelle gestion publique

Les éléments constitutifs du NPM	Politiques relatives au NPM	Manifestation dans le secteur de la santé
<b>Responsabilité :</b> Veiller à la clarté des objectifs et de la finalité.	Séparer les fonctions d'élaboration des politiques et de prestation des services. Déplacer le lieu des contrôles vers les responsables de niveau inférieur. Utiliser les contrats et les accords de performance pour promouvoir la transparence.	Séparation des fonctions d'élaboration des politiques et de prestation des services du ministère de la Santé. Commercialisation bureaucratique : décentralisation et hôpitaux autonomes. <b>Contrats et accords de performance.</b>
<b>Responsabilité :</b> Accroître la responsabilité des gestionnaires envers les clients.	Promouvoir le choix du client ou de la cliente. <b>Élaborer des chartes des consommateurs et consommatrices.</b>	Réforme du paiement des prestataires : l'argent suit le ou la patient-e et les <b>frais d'utilisation</b> . Développement des conseils hospitaliers, des conseils de santé de district et des comités de santé de village.
<b>Performance:</b> Créer des incitations plus fortes pour les bonnes performances.	<b>Lier la récompense aux performances.</b> Renforcer les mécanismes de retour d'information. Stimuler la concurrence	Réforme des mécanismes de paiement des prestataires, tant pour les individus que pour les établissements. Renforcer la concurrence par la séparation des acheteurs et acheteuses et des prestataires. Encourager le secteur privé; promouvoir les marchés internes ou quasi-marchés dans le secteur public; encourager les comportements concurrentiels dans les secteurs public et privé.

Source : (Mills *et al.*, 2001)

L'analyse du tableau 2 montre bien comment ces instruments, directement associés au NPM, perdurent dans les politiques et interventions des années 2010, étudiées dans le présent livre collectif (en gras dans le tableau). Si les mutuelles communautaires n'étaient pas évoquées, c'est qu'elles n'étaient pas présentes dans les pays concernés par cette étude (Ghana, Zimbabwe, Inde, Sri Lanka, Thaïlande) puisque cet instrument reste une spécificité très ouest-africaine avec quelques tentatives en Afrique centrale (Waelkens *et al.*, 2017). Mais ces mutuelles communautaires<sup>14</sup> appliquent certains instruments du NPM, comme le paiement direct (par les usagers et usagères au point de délivrance des services) et la contractualisation<sup>15</sup><sup>16</sup>, ce qui rappelle le besoin paradoxal d'un État fort pour la

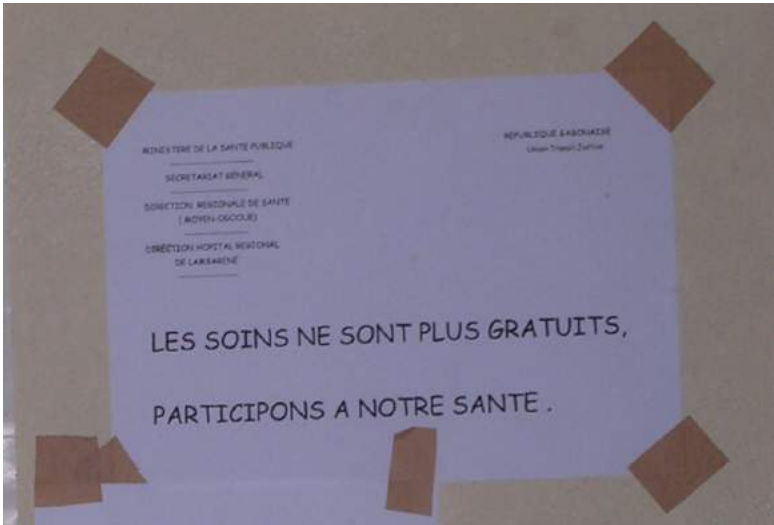
14. Au Mali, un voyage d'étude au Rwanda (toujours) en 2009 a permis aux responsables de comprendre l'importance d'une mutualisation, non plus à l'échelle villageoise mais communale. Il est probable que 2022 (à la suite du projet PADS2 financé par l'AFD) voit un nouveau changement d'échelle avec l'organisation des mutuelles au niveau du district (cercle) et une adhésion obligatoire.

15. Sur l'histoire de la contractualisation « Au Moyen Âge, des documents prouvent que la guérison pouvait faire l'objet d'un contrat entre le praticien et son client, et le remboursement des honoraires était même prévu en cas d'échec » (Moulin, 2021 : 343).

16. Voir le chapitre de Ridde *et al.*

gouvernance de ces processus (Boidin, 2014). En outre, pour assurer une meilleure comparaison entre les pays dans leurs analyses, les chercheuses et chercheurs avaient choisi de se concentrer sur quatre réformes emblématiques de cette approche du NPM dont le paiement direct et la contractualisation (Mills et al., 2001). Elles sont au cœur des chapitres de notre ouvrage.

Aujourd'hui, il y a fort à parier que la majorité des habitant-e-s d'Afrique subsaharienne qui ne peuvent financièrement pas se soigner, ou qui sont détenu-e-s contre leur volonté dans les hôpitaux faute de pouvoir honorer leurs factures (Handayani et al., 2020) ne se doutent pas que leur situation est en partie due à l'opinion de certain-e-s de leurs responsables nationaux, nationales et certain-e-s expert-e-s d'organisations internationales qui restent convaincu-e-s de l'importance de « participer »<sup>17</sup> en payant au point de services.



Source : Valéry Ridde (2020)

17. On se souvient qu'en 1978 l'OMS affirmait déjà « *The financial contributions of the local people give them both the right and the incentive to participate in the running of the programme. Such participation is an important base upon which to build health awareness in its widest sense and generate those changes in personal behaviour which can contribute to raising health standards* » (WHO Study group, 1978 : 28-29).

Dans de nombreux pays africains, moins d'un enfant malade de pneumonie sur deux consulte un-e professionnel-le de santé encore aujourd'hui (tableau 1). En convoquant ce rapport de 1993 faisant notamment la promotion de l'Initiative de Bamako (réforme emblématique du NPM à travers notamment la généralisation des *user fees* (Gilson *et al.*, 2000) dont le vocable est encore utilisé dans les districts au Sénégal « la pharmacie IB »), les fervent-e-s défenseurs et défenseuses de l'achat stratégique, (Soucat & Kickbusch, 2020) qui pourtant ne semble pas avoir été efficace en Europe (Klasa *et al.*, 2018), ferment les yeux sur un nombre important de recherches qui ont montré le manque de pertinence de l'Initiative et l'exclusion de l'accès aux soins qu'elle a engendré en la recommandant (Ridde, 2011). La gestion communautaire des fonds constitués par les contributions des rares usagers et usagères n'a, elle non plus, pas été une grande réussite (Balique *et al.*, 2001; McCoy *et al.*, 2012). Face à cette hérésie, Amnesty International, qui n'était pourtant pas connue pour s'impliquer spécifiquement dans le domaine de la santé, décidera même en 2009 d'écrire son premier rapport dans ce domaine (Amnesty International, 2009) en tentant d'influencer les décisions d'un État ouest-africain<sup>18</sup>. À l'époque, un professeur de gynécologie combatta les propositions d'Amnesty International en affirmant publiquement devant ses pair-e-s, que si les accouchements devenaient gratuits, les femmes feraient plus d'enfants, contribuant ainsi à propager les idées reçues (Ridde & Ouattara, 2015) sur la « surconsommation » des services de santé gratuits. Ce médecin a ensuite été nommé Ministre de la santé. L'histoire nous dira s'il décidera de prendre ses décisions sur des fondements plus scientifiques qu'idéologiques<sup>19</sup>. Cette nomination montre une nouvelle fois que les idées perdurent, même si elles vont à l'encontre des données issues de la recherche. Il n'a pas fallu attendre la pandémie de COVID-19 pour que les infox influencent les décideurs et décideuses (Ridde *et al.*, 2014). Des économistes canadien-ne-s proposaient la même année que le rapport de la Banque mondiale de comparer les *user fees* à des zombies (Evans *et al.*, 1993), ce qui montre

18. Voir le chapitre de Ridde et Yaméogo

19. Voir le chapitre de Dagenais

bien que les preuves de l'injustice et de l'inefficacité du paiement direct sont disponibles depuis longtemps, au-delà de l'Afrique (Batifoulier, 2013). On ne reviendra pas sur l'histoire du paiement direct écrite ailleurs (Ridde, 2015)<sup>20</sup>. Il a fallu plus de 20 ans pour que certains économistes de ces institutions internationales influentes se décident d'avouer publiquement leurs erreurs (Paganini, 2004; Rodin & De Ferranti, 2012). Pourtant, toutes les données probantes étaient à leur disposition contre cette proposition dont les fondements sont à trouver dans les thèses du NPM. De même, après des décennies de projets pour l'organisation des mutuelles de santé avec une animation par des bénévoles et une adhésion volontaire, un ticket modérateur et une gestion communautaire<sup>21</sup>, les acteurs et actrices de ce mouvement ont disparu de la scène internationale bien que de nombreux pays, comme le Sénégal ou le Mali par exemple (Deville *et al.*, 2018), continuent d'y croire mais commencent à tester d'autres approches (par exemple, la professionnalisation et la départementalisation au Sénégal (Bossyns *et al.*, 2018) ou les mutuelles de cercles au Mali). La question de la solidarité qui était mise en avant comme l'une des caractéristiques des mutuelles communautaires a largement buté sur l'érosion de cette valeur dans une Afrique mondialisée et mutation permanente (Mladovsky *et al.*, 2015; Roth, 2012; Soors *et al.*, 2013; Vuarin, 2000), contrairement aux croyances de certaines anthropologues cherchant à maintenir les populations africaines dans une interprétation magico-religieuse de la maladie (Thiongane, 2021), loin de toute modernité. De plus, le partage des risques maladies à si petite échelle ne peut pas être financièrement viable (Bossyns *et al.*, 2018) dans un système de financement de la santé trop fragmenté (Mladovsky, 2020). Cela justifie notamment les tentatives actuelles de passer à une échelle plus grande comme le testent le Mali (cercle) et le Sénégal (département).

20. Encore plus loin dans l'histoire de la gratuité, Anne-Marie Moulin (2021 : 341) nous explique que « Les saints, dits anargyroi, opèrent sans argent, gratuitement. Les honoraires, apparaissant comme scandaleux dans un métier apparenté au sacré, font l'objet d'un débat qui traverse les siècles ».

21. Voir les chapitres de Ridde *et al.*, et de Chemouni

## Des acteurs et actrices de première ligne à ceux et celles de la seconde ligne

Aujourd'hui, le vent semble avoir (un peu) tourné et plus personne n'oserait, publiquement depuis longtemps (Robert & Ridde, 2013), dans les banques de développement, dans les organisations internationales et (un peu moins) chez les dirigeant-e-s africain-e-s, évoquer le recours au paiement direct comme solution pour financer les systèmes de santé. Le taire, ne plus l'écrire dans les documents de projets et acquiescer des déclarations de principe des dirigeant-e-s des organisations internationales<sup>22</sup>, ne signifie toutefois pas que les idées et les raisonnements ne continuent pas d'être solidement ancrés dans l'esprit des faiseuses et faiseurs de politique<sup>23</sup>. Car si ces personnes sont indubitablement les actrices et acteurs de première ligne qui façonnent et mettent en œuvre les politiques (Lipsky, 2010) concernant cette question du paiement direct (Béland & Ridde, 2016), c'est également le cas des expertes et experts (africain-e-s ou pas) impliqué-e-s en amont dans la formulation et le cadrage (*policy framing*) des interventions de santé (personnes de deuxième ligne donc). Ces personnes, que Lara Gautier (2018) a qualifié d'entrepreneuses et d'entrepreneurs de la diffusion, sont très souvent au cœur des décisions du contenu des politiques de santé dans les pays d'Afrique dépendant de l'aide internationale. Ce que la thèse de Lara Gautier (2018) montre aussi très bien est que cette influence n'est en rien cantonnée dans les sphères et chez les experts occidentaux et expertes occidentales. Leurs collègues des pays africains (économistes ou médecins de santé publique formé-e-s à une certaine économie de la santé) participent évidemment aussi à la diffusion (et à la permanence) des idées et des instruments de

22. Les acteurs et actrices de première ligne ne connaissent souvent pas leur position en faveur de la suppression du paiement direct (The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals, 2009).

23. Voir le cas en RDC pour le VIH dans le chapitre de Carillon et Ridde

politiques<sup>24</sup>. Cette situation contribue, en partie, à l'explication du faible niveau d'appropriation (*ownership*) des solutions pour la CSU par les gouvernements africains (Gautier & Ridde, 2017). Si ce livre n'évoque qu'à la marge (en se concentrant sur leurs impacts car il fallait laisser le temps nécessaire à cette évaluation) les politiques d'exemption du paiement des soins dont les défis de mise en œuvre ont été présentées dans un ouvrage précédent sur le Sahel (Olivier de Sardan & Ridde, 2014), c'est justement parce que cet instrument du NPM et de la financiarisation de la santé<sup>25</sup> (*user fees*) a été éclipsé au profit d'un autre durant la dernière décennie : le financement basé sur les résultats (FBR). Ce dernier tient donc une place empirique de choix (et de fait) dans notre collectif.

En effet, après le paiement direct et ses échecs récurrents, un autre instrument testé sans vergogne ces dix dernières années dans la région est le FBR (pour son test en Asie, voir par exemple le cas en Afghanistan que j'avais analysé : Ridde, 2005). Il peut être compris comme la poursuite des approches de contractualisation et d'externalisation des services issues des années 1990 et dont les échecs avaient été soulignés (Mills *et al.*, 2001). Alors que le paiement direct, instrument du NPM, est passé par la fenêtre (rhétorique, car ils sont toujours largement présents), c'est par la porte (programmatische et un financement international énorme) que l'on a cherché à faire passer le FBR (Paul, Albert, *et al.*, 2018). Toutefois, ses nombreux défis de mise œuvre (que les chapitres du livre décrivent), la dépendance envers les bailleurs internationaux qu'il entretient, les effets pervers qu'il engendre (Turcotte-Tremblay *et al.*, 2018) et son efficacité douteuse (Gage & Bauhoff, 2021), certainement expliquée par son manque de justification théorique (Paul *et al.*, 2021), rendent le FBR de moins en moins proposé, imposé. Aussi, depuis peu, c'est un autre

24. Au Mali, afin de diffuser l'idée du FBR des « dîners basés sur les résultats à l'Hôtel Nord-Sud de Bamako sont organisés à partir des années 2010. Animés par l'expert hollandais et ses collègues maliens » (Fillol *et al.*, 2020 : 118). La Banque mondiale a même produit un manuel pour rendre plus efficaces les voyages d'influence ou autre « *study tours* » (Kumar & Watkins, 2017).
25. Sur la financiarisation des ONGs et de l'humanitaire, voir Martin (2015).



vocabulaire que l'OMS et d'autres cherchent à faire entrer par une autre porte des systèmes de santé : l'achat stratégique. Cela sera peut-être le sujet de notre prochain ouvrage.

À propos de l'arrivée du FBR ces dernières années, deux dimensions remarquables sont à mettre en avant. D'une part, malgré les connaissances sur l'injustice du paiement direct impulsé par le NPM, il n'a quasiment jamais été remis en cause par les organisations internationales et les spécialistes (occidentaux, occidentales et africain-e-s) qui ont influencé les États à organiser le FBR. D'autre part, la transformation discursive actuelle du FBR en achat stratégique (qui serait un concept plus large que le FBR) relève d'une poursuite idéologique logique. Nous avons donc fait face ces dernières années à une double permanence du choix des instruments ancrés dans le NPM. Nous sommes ici au cœur de ce que « *Linder and Peters called them "instrumentalists" said they would select the same instruments regardless of the circumstances. Many of these decision makers had strong disciplinary backgrounds* » (Veselý, 2021 : 10). Dans le cas du FBR, Lara Gautier a montré que l'influence disciplinaire de l'économie orthodoxe<sup>26</sup> était majeure dans la diffusion des idées (Gautier, Coulibaly, et al., 2019). Au Mali, par exemple, les consultant-e-s hollandais-es et malien-ne-s, qui faisaient la promotion du FBR dans les années 2010 avant l'arrivée de la Banque mondiale, laissaient clairement entendre dans leurs manuels de formation que « la prestation de soins de santé y est considérée comme un produit de marché plutôt que comme un bien public » (Fillol et al., 2020 : 119). Veselý (2021 : 2) propose fort justement, avec le concept d'autonomie de l'attitude des individus à l'égard des instruments politiques, que :

*individuals (be they decision makers, public officials or citizens) have attitudes not only toward policy problems and policy goals but also toward the means by which these problems are to be*

26. L'économie orthodoxe postule des agent-e-s économiques rationnel-le-s et centré-e-s sur l'utilité de leurs choix, de la supériorité de l'économie de marché, que le marché est la meilleure forme de coordination, que les interventions de l'État doivent simplement venir corriger les imperfections du marché.

*solved and goals attained, and that these attitudes toward policy instruments are relatively stable over time and independent of particular policy issues.*

La situation que nous décrivons dans ce livre montre donc toute l'agilité de ces personnes et organisations qui restent peu ouvertes aux critiques et aux données probantes allant à l'encontre de leurs idées (dissonance cognitive?). Pour illustrer autrement mon propos, on notera par exemple que dans le *Policy Brief* de 15 pages (!) de l'OMS sur l'achat stratégique, 37 références sont citées en appui à la promotion de l'instrument dont 14 écrites par des personnes de l'OMS et neuf issues de la Banque mondiale. Cela laisse peu de place aux idées divergentes. D'ailleurs, aucune référence critique n'est évidemment citée dans cette note (Mathauer *et al.*, 2019). Concernant l'absence de prise en compte des résultats de recherche contestant les idéologies dominantes, nous avons montré par ailleurs la manière dont la Banque mondiale a politisé les données probantes sur le FBR (Gautier & Ridde, 2018). On se souviendra de l'usage du FBR au Rwanda<sup>27</sup> comme stratégie du « *cherry-picking (learning only from the "best model") leads to over confidence in a standard model* » (Gautier & Ridde, 2018 : 38) ainsi que de l'instrumentalisation des évaluations d'impacts, et la présence de conflits d'intérêt majeurs. De la même façon, des économistes de la santé de l'OMS ont, dans un éditorial du bulletin de l'OMS (McIsaac *et al.*, 2018), tordu les données sur le FBR en affirmant son efficacité alors que les résultats de l'étude commentée et réalisée en Zambie par la Banque mondiale (Zeng *et al.*, 2018) ne le montraient absolument pas. Le bulletin de l'OMS a par la suite refusé de publier notre réponse démontrant cette interprétation erronée; nous l'avons publié ailleurs (Paul, Brown, *et al.*, 2020). La sélection très subjective des sources et des données diffusées avait déjà été remarquée dans une autre note de l'OMS sur les exemptions du paiement des soins (Mathauer *et al.*, 2017). Elle faisait fi d'une part importante des données probantes qui montraient la pertinence

27. Sur l'importation du FBR au Burundi par des ONGs hollandaises dès 2002 (qui viennent même d'oser proposer le FBR comme instrument pour lutter contre la pandémie COVID-19, confirmant le caractère opportuniste de la solution), autre cas souvent pris en exemple, voir Falisse (2019). Ce cas ressemble très largement aux processus de transfert qu'ont connu le Burkina Faso ou le Mali.

(et les défis) de cet instrument, ce qui n'est pas surprenant puisque les auteurs et autrices sont connu-e-s pour leur positionnement favorable au FBR. À l'instar de la Banque mondiale, l'OMS et ses expertes et experts ne sont donc pas exempt-e-s d'influences et d'orientations du débat concernant les instruments de financement de la santé et notamment les enjeux d'équité<sup>28</sup>. Une récente analyse pointe notamment le fait que les discussions de l'OMS concernant la question de l'équité : « *are highly ambiguous, inadequate, and contradictory, which has led some scholars to question the normative position held by the WHO* » (Amri et al., 2021 : 14).

Le rôle des idées est permanent (Béland & Cox, 2011), et le défi de la collaboration entre le monde de la recherche et celui de la prise de décision l'est tout autant<sup>29</sup>. On se souviendra par exemple qu'en 2019, le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et le réseau P4H ont organisé dans une ville au Sénégal un atelier sur le thème de la CSU avec des décideurs et décideuses du Sahel sans avoir invité d'équipes de recherche. Pourtant, plusieurs équipes étaient au même moment dans une salle d'un hôtel situé à une centaine de mètres de là, pour un atelier centré lui aussi sur la CSU. Quelques mois plus tard, le responsable (occidental) de l'organisation m'a expliqué que ne pas convier d'équipes de recherche avait été un choix délibéré.

Si on revient à présent à la question du FBR, l'analyse montre la surprise à propos du fait que la quasi-totalité des dizaines de millions de dollars (souvent distribués sous forme de prêts que les contribuables africain-e-s devront rembourser un jour) investis avec l'appui technique (occidental et/ou africain) dans ces projets en Afrique n'ont été centrés que sur le renforcement de l'offre de soins (surtout au travers de primes au personnel et de financements nouveaux et non pérennes aux centres de santé), oubliant les défis (pourtant très largement connus) de la population pour payer les frais réclamés. Très peu de projets de FBR ont tenté de supprimer

28. Notons la tentative actuelle de l'Organisation de donner encore plus de place au secteur privé dans la CSU et toujours la même stratégie sélective des références à l'appui des idées proposées en insistant, fidèle au NPM que « *governments focus on governance of the whole health system* » (WHO, 2020b : 3).

29. Voir le chapitre de Dagenais

(ou associer FBR et exemption) ces paiements directs pour tous et toutes, alors que les expériences cambodgienne et burundaise par exemple (Falisse, 2019; Van de Poel *et al.*, 2016), bien connues des personnes qui défendent cette approche, ont montré la pertinence de cette double approche. Si « la nature hybridée du [FBR associé à l'exemption au Burundi] sont absents des recherches académiques actuelles » ce n'est pas parce qu'elle « se concentre sur la mesure des effets et sur les effets pervers du FBR sur l'utilisation des soins et leur qualité » (Falisse, 2019 : 99), ce qui paraît un mal nécessaire vu les ressources dévolues à cet instrument, mais c'est bien parce qu'aucun autre pays ne s'est vraiment engagé dans ces solutions « hybrides » pour des raisons essentiellement idéologiques et d'influence.

La perception du problème (pour parler comme Bacchi dont l'approche est utilisée dans le chapitre de Gautier *et al.*) de l'accès aux soins oriente les solutions. Dans le cas du FBR, les économistes ou expert-e-s en santé publique formé-e-s à l'économie orthodoxe de la santé (Gautier *et al.*, 2018) estiment que le principal problème rencontré par les personnes en Afrique en mal de santé est celui du manque de motivation du personnel qui pourrait s'améliorer au moyen d'une prime financière et, *in fine*, permettre une meilleure qualité des soins de santé. La complexité et la vision holistique et systémique des systèmes de santé sont ainsi souvent mise à l'écart au profit d'une vision simpliste et d'une approche théorique à l'évidence peu fondée empiriquement (Paul *et al.*, 2021). Quelques très rares projets de FBR, comme au Burkina Faso (qui s'est révélé inefficace pour pratiquement toutes les cibles (Mwase *et al.*, 2020) et surtout pour les plus pauvres (Koulidiati *et al.*, 2021)) ou au Bénin, ont accepté de supprimer le paiement direct pour certains soins. Mais cela n'a été possible que pour les plus pauvres (on revient ici aux fondements et à la permanence idéologiques du rapport de 1993<sup>30</sup>) et sans jamais se donner les moyens (et la conviction) de l'organiser sérieusement. On retombe une nouvelle fois encore sur les défis et les dérives classiques et anciens du ciblage<sup>31</sup>. On se rappellera bien sûr que le ciblage de

30. « *Since poor people typically cannot buy such care for themselves, there is a straightforward case for public finance* » (World Bank 1993 : 57)

31. Voir le cas du FBR au Sénégal dans le chapitre de Bodson et Zongo ou du Burkina Faso dans le chapitre de Beaugé *et al.*

populations spécifiques bénéficiaires d'une politique publique au lieu d'une approche « plus universelle fondée en droit » est un des instruments classiques du « nouveau management public », nous dit Chelle (2021 : 185) dans son analyse du régime d'assistance médicale (RAMED) pour les indigent-e-s au Maroc. Ainsi, certain-e-s consultant-e-s du FBR sont même allé-e-s jusqu'à demander aux pays, et ce, sans aucun fondement empirique, d'imposer un quota de 10% du nombre de totales consultations pour les pauvres, de peur que ces derniers et dernières abusent de l'exemption du paiement. À l'examen, les multiples projets FBR organisés à coup de millions de dollars dépensés n'auront eu que très peu d'utilité réelle sur le difficile accès aux soins des populations en Afrique subsaharienne, si ce n'est aucune utilité pour l'accès aux soins des plus pauvres<sup>32</sup>. Pourtant, nous avons prévenu très en amont les responsables de ce projet pour la Banque mondiale au Burkina Faso du manque de pertinence de leurs choix... ce qu'ils et elles ont entendu mais jamais écouté. Feront-ils et elles comme De Ferranti (Rodin & De Ferranti, 2012) et d'autres, leur mea-culpa dans 20 ans? Ces choix relevaient-ils d'une politique organisationnelle stable et annoncée il y a bien longtemps (Abbasi, 1999) ou d'une identification de la cognition humaine proposant que :

*People identify emotionally with the previously prepared solutions that they have encoded in memory. They tend to become emotionally attached to their current repertoire of encoded solutions, even as the problems they face evolve. As a consequence, reliance on prepared solutions dominates search.*  
(Jones & Thomas, 2013 : 277)

En revanche, les politiques d'exemption du paiement des soins formulées par les États africains, souvent fondées sur des motivations électorales et clientélistes (Olivier de Sardan & Ridde, 2014), n'ont jamais eu un soutien d'une telle ampleur de la part des organisations internationales, si ce n'est de l'Union Européenne pour des raisons humanitaires (ECHO). Les patientes et les patients n'auront finalement que très peu profité de ces dizaines de millions d'euros

32. Voir le chapitre de Beaugé et al.

consacrés au FBR. Les agentes et les agents de santé auront bénéficié de primes durant quelques années, voire simplement quelques mois comme au Mali<sup>33</sup> et au Sénégal<sup>34</sup>. Les gagnant-e-s sont peut-être les responsables nationaux et nationales qui auront pu aussi obtenir (souvent sans que cela ne se dise trop fort car on touche ici aux enjeux de corruption) des incitatifs financiers (et politiques) importants et un positionnement prépondérant au sein de l'appareil d'État<sup>35</sup>; les cabinets de consultants nationaux et internationaux et de consultants nationales et internationales (le recours à ces cabinets est aussi au cœur des instruments du NPM (Sturdy *et al.*, 2021), dont la pandémie de COVID-19 a permis de reparler) et les ONGs nationales et internationales chargées des aspects de contrôle et de vérification qui ont vu augmenter significativement leur chiffre d'affaires et leur capital technique. Ils et elles en ont en effet profité pour développer leurs expertises (africaines) et tenter de les vendre à l'échelle continentale (Gautier, Coulibaly, *et al.*, 2019) pour mieux faire voyager le modèle FBR (Falisse, 2019; Olivier de Sardan *et al.*, 2017) ou pour obtenir des postes dans la haute administration de leur État, à l'OMS ou la Banque mondiale. Il est notoirement connu que sous le leadership de Gro Harlem Brundtland de 1998 à 2003, de nombreux et nombreuses économistes et auteurs et autrices du rapport de 1993 de la Banque mondiale ont été recruté-e-s par l'OMS, faisant ainsi voyager idées, vocabulaires et personnes. On se souviendra que les rares études publiées sur le coût-efficacité du FBR ont montré combien cette solution n'était ni efficiente ni même vraiment rentable (Antony *et al.*, 2017; Turcotte-Tremblay *et al.*, 2016) tant les coûts de suivi et de contrôle sont démesurés pour organiser les paiements des prestataires (au Bénin, dans le modèle de FBR promu par la Banque mondiale, pour chaque dollar payé aux fournisseurs et fournisseuses de soins, 0,50 dollar étaient utilisés pour la vérification de l'atteinte des résultats). On est donc loin des conseils donnés par la Banque mondiale en 1993 affirmant que « *governments have a responsibility*

33. Voir le chapitre de Zitti *et al.*

34. Voir le chapitre de Bodson et Zongo, et Bodson (2021)

35. Au Burundi, le FBR « permet à une élite technocratique, appréciée par les bailleurs et les promoteurs internationaux du FBP pour sa compétence technique, d'affirmer sa place au sein du ministère » (Falisse, 2019 : 94).

to spend well, to get « value for money, » whenever they devote public resources to health » (p. 53). En outre, les nombreuses études pourtant réalisées sur le sujet n'ont finalement jamais été rendues publiques par la Banque mondiale (par exemple au Cameroun sur ses coûts ou au Bénin et au Niger sur l'absence de son efficacité; l'absence d'efficacité du FBR au Cameroun par rapport au simple fait de fournir des fonds supplémentaires sans les lier à la performance n'a été publié qu'en mai 2021; de Walque *et al.*, 2017). On reconnaît ici le rôle stratégique de la diffusion des connaissances et le pouvoir lié à son contrôle dans un contexte de gouvernance globale (Fillol & Ridde, 2020; Gautier & Ridde, 2018).

En attendant les résultats des réformes d'achats stratégiques, ce livre me semble être une démonstration de la récurrence des solutions techniques empruntant des instruments liés à l'idéologie du NPM et la financiarisation de la santé. Nous sommes au cœur de la mobilisation des concepts de la dépendance au sentier où les choix du futur sont guidés par les politiques du passé (Sabatier & Weible, 2014), d'autonomie des instruments (Veselý, 2021) et de la problématisation de l'accès aux soins dans une perspective poststructurelle (Gautier, De Allegri, *et al.*, 2019). À la fin de l'histoire, les perdant-e-s sont évidemment toujours les mêmes : les populations pauvres qui n'ont pas les moyens de payer leur accès aux soins. Aucune démagogie ou populisme dans mon propos ni de vision simpliste ou radicale<sup>36</sup> des responsables entre les méchant-e-s du Nord et les gentil-le-s du Sud, simplement un constat effarant autant que récurrent. Pourtant, les décideurs et décideuses des ministères de la Santé et des finances en Afrique subsaharienne connaissent ces réalités et ont des membres de leurs familles proches (ou éloignées) qui font face à des dépenses catastrophiques permanentes. Ces responsables, même lorsqu'ils et elles sont tout en haut de la pyramide hiérarchique et peuvent être évacué-e-s en Europe pour se soigner (la pandémie de COVID-19 a

36. «The radicalist/rejectionist camp, on the other hand, holds that development management is so intimately connected with neocolonialist power relations and "managerialist" control that actions taken by development managers are invariably detrimental to the interests of developing countries, and particularly of the poor residing in those countries(see Gulrajani 2010; Mowles 2010)» (Brinkerhoff & Brinkerhoff, 2013 : 377).

une nouvelle fois mis au jour ces privilèges!), souffrent des appels téléphoniques quotidiens pour payer les soins de leurs proches. Les agentes et agents de santé qui doivent appliquer les politiques d'exemption du paiement des soins (Ridde *et al.*, 2018) savent pourtant bien que cette solution est pertinente. Ces politiques d'exemption sont critiquées (à juste raison) notamment pour les retards dans les processus de remboursement aux formations sanitaires qui doivent fournir les soins gratuitement, mais les responsables des finances dans les ministères africains savent bien que ces exemptions ne pourront être utiles que s'ils et elles envoient les budgets à temps et en quantité suffisante pour les compenser et permettre au centre de santé de continuer d'acheter des médicaments (Olivier de Sardan & Ridde, 2014). Ainsi, les expertes et experts du Nord comme du Sud connaissent bien tous ces défis, même si on peut imaginer qu'ils et elles aient un peu oublié leurs expériences de terrain de jeunesse en tant que *Peace Corps* ou étudiant-e-s (ils et elles ont souvent fait leurs terrains d'études dans ces pays ou sur ces sujets). On peut aussi espérer qu'ils et elles lisent la myriade d'articles scientifiques qui montrent que leurs solutions empruntées au NPM (paiement direct, mutuelles, FBR) ne fonctionnent pas, ni empiriquement ni théoriquement (Paul *et al.*, 2021), notamment dans les contextes d'Afrique subsaharienne où parfois le pouvoir politique et la gouvernance sont faibles. Tous les pays ne sont pas comme le Rwanda<sup>37</sup> qui peut imposer le passage d'une cotisation volontaire à obligatoire (ce que très peu de personnes savent en Afrique de l'Ouest) pour l'assurance de santé à leur population (dont les dimensions du modèle, en oubliant les aspects coercitifs, ont été sélectionnées stratégiquement (Gautier & Ridde, 2018)). Falisse (2019 : 90), revenant à l'origine du concept de modèle voyageur proposé par Rottenburg, nous dit bien qu'il « y aura toujours une forme de traduction, de résistance et d'acculturation au modèle ». Le Mali, quant à lui, a essayé d'instaurer une cotisation obligatoire pour ses fonctionnaires, mais les responsables ont très vite reculé devant les refus catégoriques, même si cela a finalement été possible quelques années plus tard (Touré & Ridde, 2020). En effet, la confiance envers le système de

37. Voir le chapitre de Chemouni



santé dans son ensemble est l'un des mécanismes essentiels à la réussite des politiques d'exemption du paiement des soins en Afrique (Robert *et al.*, 2017) et des réformes de santé en général (Gilson, 2003). L'histoire nous a appris depuis bien longtemps qu'un système de santé est, au-delà du soin, un système social où les idées et les valeurs sont centrales à son efficacité (Whyle & Olivier, 2020). Les incitatifs financiers, dès lors, n'ont qu'un rôle minimal dans ces processus. Il y a plus de 15 ans, je posais déjà la question en réponse à une synthèse biaisée publiée par une équipe de la Banque mondiale sur le FBR « Construire la confiance ou acheter des résultats? » (Ridde, 2005).

Ainsi, il n'est pas étonnant qu'une revue systématique des interventions de type FBR organisées dans 36 pays à faible et moyen revenus vienne de conclure que « les mécanismes clés par lesquels le paiement à la performance peut fonctionner n'étaient pas clairement liés à la composante d'incitation financière » (Singh *et al.*, 2021 : 13). Pourquoi avoir dépensé autant d'énergie et d'argent pour une solution ancrée dans le NPM dont tout le monde devait savoir, en amont, qu'elle n'allait pas fonctionner? Pourquoi cet instrument du FBR a-t-il suivi le même processus aveugle que celui du paiement direct : projets pilotes avec des conditions contrôlées et donc irréelles, évaluations peu scientifiques et centrées sur l'efficacité au détriment des processus et de la pertinence ou avec des conflits d'intérêts majeurs<sup>38</sup>, passage à plus grande échelle sans évaluation rigoureuse ou sans tenir compte de leurs résultats, échecs partiels ou complets puis finalement, mise en quarantaine discursive (paiement direct), évolution sémantique pour faire profil bas (FBR vs achat stratégique) ou disparition du débat comme au Bénin? Nous pourrions peut-être trouver la réponse dans l'analyse que propose Abimbola (2020 : 11) à propos de l'usage des méthodes expérimentales pour évaluer le FBR :

38. En 2021, une revue m'a demandé d'évaluer un article pour un numéro spécial sur le FBR... quelle ne fut pas ma surprise de lire un article écrit par quatre consultants en total conflit d'intérêt sur le sujet, sans citer aucune référence scientifique (que je connaissais) démontrant l'inverse de ce qu'ils osaient affirmer sans preuve à l'appui. S'ils ont tenté c'est qu'ils pensent que cela est possible de publier un tel article!

Qui est le public de ces essais contrôlés randomisés? Le regard de l'étranger? C'est peut-être un moyen plus facile de convaincre les bailleurs de fonds et les gouvernements distants et sans méfiance, qui accepteront le résultat aussi peu réfléchi que le cliché déployé par les entrepreneurs politiques.

La mise sous silence du problème central: le financement public

Tout le monde sait bien qu'en poursuivant ces solutions minimalistes, on ne s'attaque finalement pas au vrai problème des systèmes de santé, celui du financement public. En effet, la part des dépenses de santé prise en charge directement par les ménages est encore énorme en Afrique (tableau 1, dernière colonne). En 1978, un groupe de travail de l'OMS disait pourtant déjà « *the most obvious solution is to increase government financing* » (WHO Study group, 1978 : 21). On sait aussi que le fractionnement (ancien et) actuel du financement des systèmes de santé (Fillol *et al.*, 2020) n'est évidemment pas propice à la CSU, pas plus que la guerre des clochers (dessin de la couverture du livre) entre les solutions soutenues par différents bailleurs de fonds internationaux dans un contexte où certains gouvernements dépendants financièrement de ces derniers ne disposent pas d'un leadership fort sur les solutions (Brinkerhoff & Brinkerhoff, 2013; Gautier & Ridde, 2017). Les questions du pouvoir et des idées (supra) sont bien souvent au cœur de ces enjeux, influençant ainsi les choix des instruments politiques, que ce soit les politiques publiques en général (Béland, 2010) ou les politiques d'exemption du paiement des soins en Afrique par exemple (Béland & Ridde, 2016). Prenons deux exemples pour illustrer ces influences externes dans le choix des solutions (encadré 1).

## Encadré 1. Deux exemples des querelles de chapelles dans le choix des instruments de la CSU

Au Bénin, deux modèles différents de FBR ont été mis en place pendant plusieurs années. Quatre bailleurs de fonds internationaux (d'un côté la Banque mondiale, le Fonds mondial et Gavi, et de l'autre l'agence de coopération belge (Enabel)) se sont battus pendant des années pour faire valoir leur approche à coup de projets, d'expertises et de budgets, une bataille qui a conduit à la mise à l'échelle nationale du FBR (un des rares cas en Afrique de l'Ouest). Les évaluations réalisées, dont l'une par un consultant sénégalais de la Banque mondiale, ont montré que le modèle de la Banque mondiale était inefficace et inefficent. Face à ce constat, la décision de Gavi et du Fonds mondial a été de commander une nouvelle évaluation, cette fois à un chercheur belge connu pour ses idées en faveur de l'instrument FBR et ni plus ni moins actionnaire d'une firme vendant ses services de gestion de données aux pays organisant le FBR. Pourtant, les résultats ne furent pas plus concluants. La plupart des rapports d'évaluation concluant à l'inefficacité et l'inefficience du modèle FBR soutenu par la Banque mondiale n'ont toutefois jamais été publiés. Plusieurs missions conjointes ont bien tenté de trouver un compromis entre les bailleurs et les acteurs nationaux et actrices nationales. Mais cela n'a jamais été possible en raison de querelles de chapelles, d'idéologies et d'enjeux de pouvoir (Paul, Lamine Dramé, *et al.*, 2018). Finalement, les bailleurs de fonds se sont tous retirés, parfois avant même les échéances budgétaires, et le FBR a aujourd'hui totalement disparu du pays, non sans être considéré comme un échec notoire (Bodson, 2021).

Au Sénégal, la poursuite du volet « protection financière » de la CSU a d'abord été proposée à travers l'extension des mutuelles communautaires dans toutes les communes du pays. Cette solution a largement été poussée par un cabinet de consultance américain (Abt Associates) financé par la coopération américaine (USAID). Si on peut se questionner sur l'expertise de ce pays d'Amérique du Nord concernant les mutuelles communautaires<sup>39</sup>, il faut se souvenir de l'influence historique de ce cabinet dans les années 1980 sur le déploiement du paiement direct en Afrique (Kelley Lee & Goodman, 2002). Ce cabinet a également été au cœur de l'organisation des assises nationales de la santé en 2013<sup>40</sup> avec notamment la présence d'un économiste sénégalais ayant participé au développement des mutuelles au Rwanda (encore!) et sous le leadership de personnes très proches du pouvoir présidentiel (dont un anthropologue qui prendra ensuite la direction de l'Agence nationale de la couverture maladie universelle en 2015). Puis, ENABEL a proposé un modèle différent, en misant sur la mise en commun au niveau départemental et la professionnalisation (Bossyns *et al.*, 2018). Mais cette proposition a connu une résistance qui a retardé le démarrage du projet de plusieurs années et l'a limité à deux départements seulement. Les résultats de cette proposition nouvelle sont aujourd'hui si probants, même après l'arrêt du projet financé par la Belgique (Mbow *et al.*, 2020), que l'État a décidé de s'en inspirer. Il commence

39. Dans les années 1970, les États-Unis étaient semble-t-il le plus grand bailleur de fonds, notamment avec \$3,4 millions pour un projet de santé rurale dans le Sine Saloum (WHO Study group, 1978).

40. Année du lancement en septembre du Plan Stratégique de Développement de la Couverture Maladie Universelle 2013-2017 et octobre de la gratuité des soins des moins de cinq ans.

à tester une certaine forme de professionnalisation dans les autres départements du pays et la coopération du Luxembourg appuie le transfert du modèle à d'autres départements. Mais quelques années ont certainement été perdues.

Ces deux exemples montrent que les enjeux de pouvoir sont bien souvent situés autour du choix de certaines solutions très spécifiques mais ne renvoient jamais vraiment à la question fondamentale, soit celle du financement public national. Pourtant, si l'on revient à la question des sources de financement, nous savons que plus elles sont regroupées dans un seul panier commun public (*pooled financing*), plus les pays s'inscrivent vers la CSU (Lozano *et al.*, 2020). Tant que les États subsahariens ne se décideront pas à consacrer une partie plus importante de leur budget au secteur de la santé (tableau 1), qu'ils organiseront des mutuelles avec une adhésion volontaire ou mettront en place un FBR entièrement financé par l'extérieur, cela n'aura pas d'impacts forts sur l'accès aux soins et le renforcement des systèmes de santé. Le groupe de plaidoyer d'anciens et d'anciennes hauts dirigeants et dirigeantes du monde (The Elders) a ainsi énoncé à ce sujet la lapalissade suivante : « S'il y a une leçon que le monde a apprise, c'est que l'on ne peut atteindre la CSU que grâce à un financement public » (Yates, 2021 : 472). Il n'en reste pas moins que cette question n'est pas vraiment abordée dans les arènes publiques, au-delà des rapports et des discours (WHO, 2020a).

L'OMS a par exemple lancé ces dernières années une série de travaux sur ce qu'elle appelle des financements innovants. Les besoins sont en effet énormes à cet égard tel que le révèle une très récente revue systématique des stratégies de financement pour la CSU : « It is evident from the review that innovative health financing strategies in SSA are needed » (Ifeagwu *et al.*, 2021 : 1).

Pourtant, les propositions de l'OMS restent tristement superficiels (comme déjà les propositions de 1978 (WHO Study group, 1978)) et cherchent à trouver des sommes dérisoires en proposant

de taxer les communications téléphoniques, le tabac ou encore les billets d'avions. Par exemple au Mali, en 2015, des ateliers participatifs ont été menés pour sélectionner des mécanismes de financement sur la base d'une liste de 24 propositions des consultant-e-s, les cinq retenues pour une analyse approfondie ont été une taxe sur l'alcool, les ressources minières, la téléphonie, les billets d'avion et les transactions financières. Mais les conclusions des consultant-e-s sont sans appel :

La proposition d'une taxe supplémentaire sur les ressources minières paraît difficile... De plus, il existe un manque de transparence sur les taxes payées par ces entreprises et sur les quantités effectivement extraites. Ce manque de transparence pose un problème de responsabilité de la part des décideurs envers leur population. Le secteur minier a un énorme potentiel mais requiert une forte volonté politique pour la mise en place d'une taxe. (Traoré & Brikci, 2016 : 28)

Dans leurs calculs finaux et recommandations générales au Gouvernement du Mali, les consultant-e-s ne retiendront pas la possibilité de taxer le secteur minier et ne proposeront qu'une taxe sur les billets d'avion, l'alcool et le secteur téléphonique. Ils et elles affirment même que « une taxe additionnelle sur les ressources minières ... n'est pas envisageable dans le contexte économique et politique actuel » (Traore & Brikci, 2016 : 7). L'exemple sénégalais montre lui aussi qu'au-delà des aspects techniques, ce sont la volonté politique et l'espace fiscal qui sont déterminants pour la CSU (Paul, Ndiaye, *et al.*, 2020). En 2020, le budget de l'État consacre autant de subsides aux secteurs de la santé (5%) et de la protection sociale (6%) qu'aux secteurs de la défense (5%) et de l'ordre public (5%). En outre, les subventions publiques pour les initiatives d'exemption du paiement des soins en 2019 (17 milliards F CFA) sont presque équivalentes du montant des taxes (5%) prélevées sur l'exportation en or du pays (CRES, 2021). Le gouvernement du Burkina Faso avait lui aussi manqué de détermination en ignorant les résultats d'une étude du Fonds monétaire international (FMI) proposant d'arrêter la subvention inefficace du prix des hydrocarbures au profit d'un programme de transfert monétaire direct aux plus pauvres (Kadio *et*

al., 2018). Les enjeux politiques et sociaux de cette suppression d'une taxe profitant aux moins pauvres avaient pris le dessus des besoins des populations « subalternes ».

Ainsi, la plupart des études de ce type buttent sur le défi de mobiliser l'énorme potentiel financier de l'industrie extractible par exemple, pourtant en plein essor en Afrique de l'Ouest (Ridde et al., 2015). Faire évoluer les codes miniers en faveur de la CSU semble bien difficile et les compagnies minières internationales font tout pour continuer à réduire la capacité des États à gouverner ce secteur lucratif. La perspective idéologique que l'on vient de décrire dans le domaine de la santé est aussi présente dans le secteur des ressources extractives où les économistes orthodoxes réclament la libéralisation des marchés et l'évitement fiscal des entreprises privées. Les indicateurs de la Banque mondiale (*Doing business*<sup>41</sup>) pour classer les pays en fonction de leur réglementation favorable aux entreprises sont un bel exemple de cette approche. Au Mali, le récent code minier de 2019, qui n'est pas rétroactif, a limité à trois ans le taux réduit d'imposition à 25% des impôts sur les sociétés alors qu'il était de 15 ans dans le précédent code de 2012 (Zitti & Diawara, 2021). En outre, presque 20% des recettes courantes de l'État malien en 2017 proviennent de ce secteur extractif. Pourtant, alors que le pays a exporté, en 2016, 1024 milliards FCFA de ressources minérales, on ne retrouve que 241 milliards FCFA en revenus. Le comité de l'Initiative pour la transparence dans les industries extractives affirmait « qu'une vingtaine de sociétés avaient exporté de l'or sans détenir un permis d'exploitation ou sans figurer au cadastre minier en 2016 » (Zitti & Diawara, 2021 : 13). Si l'industrie minière doit effectuer des paiements sociaux, ils ne représentaient que 0,6% des revenus, sans compter les défis liés à leur traçabilité. Nous pourrions multiplier les exemples dans la région et ailleurs dans le monde évidemment, les industries occidentales étant au centre des questionnements. Les chiffres peuvent être rapidement vertigineux lorsque l'on évoque l'évasion/ évitement fiscale et la corruption (Coderre, 2019). Par exemple, il

41. <https://www.banquemonddiale.org/fr/news/feature/2019/10/24/doing-business-2020-sustaining-the-pace-of-reforms>

est estimé qu'entre 2000 et 2010, l'Afrique subsaharienne a perdu 50 milliards de dollars de capitaux illicites, dont 56% provenaient du secteur extractif. Pire encore

*according to the Global Financial Integrity, the continent bears the most disproportionate burden of unrecorded cross-border financial outflows as a percentage of gross domestic product (GDP), representing approximately 8.6 per cent of GDP. (UN ECA, 2017 : 2)*

Au Malawi, les avantages fiscaux octroyés à une compagnie minière australienne entre 2009 et 2014 ont représenté 43\$ millions, soit le salaire annuel de 17000 infirmiers ou infirmières (ActionAid, 2015). On se souviendra que le coût d'un paquet de services essentiels de santé au niveau mondial a été estimé à 34\$ par personne en 2001, puis à 44\$ par l'OMS en 2009 et 60\$ en 2015 (OMS, 2015). Ces chiffres occultent bien évidemment des disparités entre les pays mais ils donnent une idée de l'ampleur des besoins et de la capacité à y répondre en mobilisant des fonds publics. Mais on retrouve, encore une fois ici, notre ami le NPM, et ce sont essentiellement les critères d'efficience (que le rapport de 1993 de la Banque mondiale avait mis en avant à la suite, notamment, de l'OMS en 1978 (WHO Study group, 1978)) et d'efficacité qui sont prioritaires dans le choix du contenu de ces pays pour le type d'interventions retenu, les enjeux d'équité ou de besoins des populations étant largement oubliées dans ces études (Hayati *et al.*, 2018).

## Conclusion

Cet ouvrage collectif a pour ambition de partager en français les connaissances scientifiques les plus récentes sur les stratégies contemporaines pour tendre vers la CSU en Afrique subsaharienne et notamment les réformes liées à son financement. L'introduction propose une réflexion globale sur la base des chapitres, qui montrent tous, selon les pays et les stratégies, la permanence de la mobilisation d'instruments politiques largement inspirés du *New Public Management* dont les défis sont largement connus et l'efficacité très



relative. Pourtant, ces instruments perdurent et les idées de celles et ceux qui tentent de les mettre en avant, parfois même de les imposer dans un contexte de dépendance à l'aide internationale, montrent combien les enjeux de pouvoir sont au cœur des réformes des systèmes de santé. Rien de nouveau toutefois dans ce domaine (Erasmus & Gilson, 2008) même s'il faut sans cesse le rappeler (Topp, 2020). Plus qu'une question simplement technique, la transformation des systèmes de santé, et notamment celle de leurs modes de financement, est un enjeu politique majeur où les valeurs et les idéologies sont sources de propositions de solutions. Nous l'avons vu, elles correspondent parfois davantage à la thèse d'une poignée d'expert-e-s (du Nord comme du Sud) qu'aux données probantes et à l'état des connaissances scientifiques. Mais, si les instruments des politiques publiques étaient basés sur la science, cela se saurait (Fillol *et al.*, 2020)! Ainsi, ce collectif d'autrices et d'auteurs a réalisé des études empiriques rigoureuses et mobilisé des théories et cadres conceptuels pertinents à leurs contextes afin de partager des connaissances scientifiques permettant de mieux comprendre l'émergence, la mise en œuvre, les effets et les perspectives de ces réformes dans quelques pays d'Afrique subsaharienne lors de la dernière décennie. Il reste évidemment encore beaucoup à faire pour que ces pays s'approchent de l'idéal de la CSU, mais nous espérons que les analyses offertes (sans paiement direct) dans ce livre sauront éclairer les réflexions, et rêvons un peu, les décisions.

## Références

- Abbasi, K. (1999). The World Bank and world health: Healthcare strategy. *BMJ*, 318(7188), 933-936. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7188.933>
- Abiiro, G. A., & De Allegri, M. (2015). Universal health coverage from multiple perspectives: A synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC International Health and Human Rights*, 15(17). <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0056-9>
- Abimbola, S. (2020). Evidence as cliché: Using trials to tamper with governance. *CODESRIA Bulletin*, 4, 9-15.

- ActionAid. (2015, 17 juin). *An Extractive Affair*. <https://actionaid.org/publications/2015/extractive-affair>
- Amnesty International. (2009, 31 décembre). *Giving life, risking death. Maternal mortality in Burkina Faso*. Amnesty International Publications. <https://www.amnesty.org/en/documents/afr60/001/2009/en/>
- Amri, M. M., Jessiman-Perreault, G., Siddiqi, A., O'Campo, P., Enright, T. & Di Ruggiero, E. (2021). Scoping review of the World Health Organization's underlying equity discourses: Apparent ambiguities, inadequacy, and contradictions. *International Journal for Equity in Health*, 20(70). <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01400-x>
- Antony, M., Bertone, M. P. & Barthes, O. (2017). Exploring implementation practices in results-based financing: The case of the verification in Benin. *BMC Health Services Research*, 17(204). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2148-9>
- Balique, H., Ouattara, O. & Ag Iknane, A. (2001). Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé Publique*, 13(1), 35-48.
- Batifoulier, P. (2013). Faire payer le patient: Une politique absurde. *Revue du MAUSS*, 41(1), 77-92. <https://doi.org/10.3917/rdm.041.0077>
- Belaid, L., Cloos, P. & Ridde, V. (2017). Mobiliser des représentations ethnoculturelles pour expliquer les disparités d'accès aux soins de santé au Burkina Faso. *Canadian Journal of Public Health*, 108, 56-61. <https://doi.org/10.17269/cjph.108.5628>
- Béland, D. & Cox, R. H. (dir.). (2011). *Ideas and politics in social science research*. Oxford University Press.
- Béland, D. & Ridde, V. (2016). Ideas and policy implementation: Understanding the resistance against free health care in Africa. *Global Health Governance*, 10(3), 9-23.
- Béland, D. (2010). The idea of power and the role of ideas. *Political Studies Review*, 8(2), 145-154. <https://doi.org/10.1111/j.1478-9302.2009.00199.x>

- Bodson, O. (2021). *Le financement basé sur les résultats au Bénin et au Sénégal: Un levier pérenne de changement de pratiques des agents de santé?* [Thèse de doctorat en sciences politiques et sociales]. Université de Liège.
- Boidin, B. (2014). *La santé, bien public mondial ou bien marchand: Réflexions à partir des expériences africaines*. Presses universitaires du Septentrion.
- Bossyns, P., Ladrière, F. & Ridde, V. (2018). *Une assurance maladie à grande échelle pour le secteur informel en Afrique subsaharienne. Six ans d'expérience au Sénégal rural 2012 - 2017* (Studies in Health Services Organisation & Policy, 34, 2018). ITG Press. <https://www.itg.be/files/docs/shsop/shsop34.pdf>
- Brinkerhoff, D. W. & Brinkerhoff, J. M. (2013). Development management and policy implementation. Relevance beyond the global South. Dans E. Araral, S. Fritzen, M. Howlett, M. Ramesh, & X. Wu (dir.), *Routledge handbook of public policy* (274-383). Routledge.
- Celle, E. (2021). Quel droit à la santé pour les populations pauvres au Maroc? La longue gestation du Régime d'assistance médicale (RAMED). Dans M. Borgetto, M. Chauvière & W. Tamzini (dir.), *La protection sociale au Maghreb et en France. Regards croisés* (181-192). Mare & Martin.
- Coderre, M. (2019). *Maximisation et mobilisation des revenus du secteur minier en Afrique subsaharienne: Quelles stratégies pour favoriser le développement?* [Rapport, Revue de littérature (2)]. Accès à la santé, ressources minières et politiques publiques en Afrique subsaharienne, Université du Québec à Montréal.
- Diagne, A. & Sylla F. (2021). *Soutenabilité budgétaire du Programme national de couverture maladie universelle du Sénégal* (Rapport provisoire). CRES.
- D'Adesky, J. (2017). Subalternité. Dans *Anthropen*. <https://doi.org/10.17184/eac.anthropen.056>
- De Ferranti, D. (1985). *Paying for health services in developing countries* [World Bank Staff Working Papers]. World Bank.

- De Walque, D., Robyn, P. J., Saidou, H., Sorgho, G. & Steenland, M. (2017). *Looking into the performance-based financing black box: Evidence from an impact evaluation in the health Sector in Cameroon* [Policy Research Working Paper, (8162)]. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/27969>
- Deville, C., Hane, F., Ridde, V. & Touré, L. (2018). *La Couverture universelle en santé au Sahel: La situation au Mali et au Sénégal en 2018* (Working Papers, (40), p. 38). CEPED.
- Erasmus, E. & Gilson, L. (2008). How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation. *Health Policy & Planning*, 23(5), 361-368.
- Evans, R., Barer, M. & Stoddart, G. (1993). User fees for health care: Why a bad idea keeps coming back (Or, what's health got to do with it?). *Canadian Journal on Aging / Revue Canadienne Du Vieillessement*, 14, 360-390.
- Falisse, J. B. (2019). Au-delà du modèle voyageur? Usage stratégique et hybridation du financement basé sur la performance (FBP) dans la santé au Burundi. *Politique africaine*, 156, 83-100.
- Fassin, D. (2000). Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'oeuvre. *Ruptures*, 7(1), 58-78.
- Fillol, A., Kadio, K. & Gautier, L. (2020). L'utilisation des connaissances pour informer des politiques publiques: D'une prescription technocratique internationale à la réalité politique des terrains. *Revue française des affaires sociales*, 4, 103-127. <https://doi.org/10.3917/rfas.204.0103>
- Fillol, A. & Ridde, V. (2020). Gouvernance globale et utilisation des connaissances pour l'action: *Revue francophone de recherche sur le transfert et l'utilisation des connaissances*, 4(2). <https://doi.org/10.18166/tuc.2020.4.2.15>
- Gage, A. & Bauhoff, S. (2021). The effects of performance-based financing on neonatal health outcomes in Burundi, Lesotho, Senegal, Zambia and Zimbabwe. *Health Policy & Planning*, 36(3), 332-340. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa191>

- Gaudillière, J.-P., Beaudevin, C., Gradmann, C., Lovell, A. & Pordié, L. (2020). *Global health and the new world order historical and anthropological approaches to a changing regime of governance*. Manchester University Press.
- Gautier, L., Coulibaly, A., De Allegri, M. & Ridde, V. (2019). From Amsterdam to Bamako: A qualitative case study on diffusion entrepreneurs' contribution to performance-based financing propagation in Mali. *Health Policy & Planning*, 34(9), 656-666. <https://doi.org/10.1093/heapol/czz087>
- Gautier, L., De Allegri, M. & Ridde, V. (2019). How is the discourse of performance-based financing shaped at the global level? A poststructural analysis. *Globalization and Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0443-9>
- Gautier, L. & Ridde, V. (2017). Health financing policies in Sub-Saharan Africa: Government ownership or donors' influence? A scoping review of policymaking processes. *Global Health Research and Policy*, 2(23).
- Gautier, L. & Ridde, V. (2018). Did the learning agenda of the World Bank-administrated Health Results Innovation Trust Fund shape politicised evidence on performance-based financing? A documentary analysis. *Sociedade e Cultura*, 21(2). <https://doi.org/10.5216/sec.v21i2.56310>
- Gautier, L., Tosun, J., De Allegri, M. & Ridde, V. (2018). How do diffusion entrepreneurs spread policies? Insights from performance-based financing in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 110, 160-175. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.032>
- Gélinas, J. B. (2000). *La globalisation du monde. Laissez faire ou faire? Écosociété*.
- Ghanbari, M. K., Behzadifar, M., Doshmangir, L., Martini, M., Bakhtiari, A., Alikhani, M. & Bragazzi, N. L. (2021). Mapping research trends of universal health coverage from 1990 to 2019: Bibliometric analysis. *JMIR Public Health and Surveillance*, 7(1). <https://doi.org/10.2196/24569>
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social science & medicine*, 56(7), 1453-1468.

- Gilson, L. (dir.) (2012). *Recherche sur les politiques et les systèmes de santé*. *Manuel de Méthodologie. Version abrégée*. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la Santé. [https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr\\_readerabridgedfrench.pdf?ua=1](https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_readerabridgedfrench.pdf?ua=1)
- Gilson, L., Kalyalya, D., Kuchler, F., Lake, S., Organa, H. & Ouendo, M. (2000). The equity impacts of community financing activities in three African countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 15(4), 291-317. doi:10.1002/hpm.599.
- Handayani, K., Sijbranda, T. C., Westenberg, M. A., Rossell, N., Sitaresmi, M. N., Kaspers, G. J. & Mostert, S. (2020). Global problem of hospital detention practices. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(8), 319-326. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2020.10>
- Hayati, R., Bastani, P., Kabir, M. J., Kavosi, Z., & Sobhani, G. (2018). Scoping literature review on the basic health benefit package and its determinant criteria. *Globalization and Health*, 14(26). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0345-x>
- Howlett, M. P. (2011). *Designing public policies: Principles and instruments*. Routledge.
- Ifeagwu, S. C., Yang, J. C., Parkes-Ratanshi, R. & Brayne, C. (2021). Health financing for universal health coverage in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *Global Health Research and Policy*, 6(8). <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00190-7>
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J.-P. (dir.) (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. APAD, Karthala.
- Jones, B. D. & Thomas, H. F. (2013). Bounded rationality and public policy decision-making. Dans E. Araral, S. Fritzen, M. Howlett, M. Ramesh & X. Wu (dir.), *Routledge handbook of public policy* (273-286). Routledge.
- Jones, C., Gautier, L. & Ridde, V. (2021). A scoping review of theories and conceptual frameworks used to analyse health financing policy processes in sub-Saharan Africa. *Health Policy & Planning*, 1-17 (sous presse). <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa173>

- Kadio, K., Dagenais, C. & Ridde, V. (2018). Politique nationale de protection sociale du Burkina Faso: Contexte d'émergence et stratégies des acteurs. *Revue française des affaires sociales*, (1), 63-84.
- Kaul, M. (1997). The New Public Administration: Management innovations in government. *Public Administration and Development*, 17(1), 13-26. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-162X\(199702\)17:1<13::AID-PAD909>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-162X(199702)17:1<13::AID-PAD909>3.0.CO;2-V)
- Klasa, K., Greer, S. L. & van Ginneken, E. (2018). Strategic purchasing in practice: Comparing ten european countries. *Health Policy*, 122(5), 457-472. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.014>
- Koulidiati J. L., De Allegri M., Lohmann J. et al. (2021). Impact of performance-based financing on effective coverage for curative child health services in Burkina Faso: Evidence from a quasi-experimental design. *Tropical Medicine & International Health*. doi: 10.1111/tmi.13596.
- Kumar, S. & Watkins, R. (2017). *The art of designing and implementing study tours: A guide based on the art of knowledge exchange methodology*. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/28405>
- Lee, K. & Goodman, H. (2002). Global policy networks: The propagation of health care financing reform since the 1980s. Dans K. Lee, K. Buse & S. Fustukian (dir.), *Health policy in a globalising world* (97-199). Cambridge University Press.
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. Russel Sage Foundation.
- Louart, S., Bonnet, E. & Ridde, V. (2020). Is patient navigation a solution to the problem of « leaving no one behind »? A scoping review of evidence from low-income countries. *Health Policy & Planning*, 36(1), 101-116. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa093>
- Lozano, R., Fullman, N., Mumford, J. E. et al. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: A

- systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1250-1284. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)
- Martin, B. (2015). *L'adieu à l'humanitaire? Les ONG au défi de l'offensive néolibérale*. Éditions Charles Léopold Mayer.
- Mathauer, I., Mathivet, B. & Kutzin, J. (2017). Free health care policies: Opportunities and risks for moving towards UHC. *World Health Organization*.
- Mathauer, I., Dale, E., Jowett, M. & Kutzin, J. (2019). Purchasing health services for universal health coverage: How to make it more strategic? *World Health Organization*.
- Mbow, N. B., Senghor, I. & Ridde, V. (2020). The resilience of two professionalized departmental health insurance units during the COVID-19 pandemic in Senegal. *Journal of Global Health*, 10(2), 1-6. <https://doi.org/10.7189/jogh.10.020394>
- McCoy, D., Hall, J. A. & Ridge, M. (2012). A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. *Health Policy & Planning*, 27(6), 449-466.
- McIsaac, M., Kutzin, J., Dale, E. & Soucat, A. (2018). Results-based financing in health: From evidence to implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(11), 730-730A. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.222968>
- Mills, A., Bennett, S., Russell, S. & Attanayake, N. (2001). *The challenge of health sector reform: What must governments do?* Palgrave.
- Mladovsky, P., Ndiaye, P., Ndiaye, A. & Criel, B. (2015). The impact of stakeholder values and power relations on community-based health insurance coverage: Qualitative evidence from three Senegalese case studies. *Health Policy & Planning*, 30(6), 768-781. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu054>
- Mladovsky, P. (2020). Fragmentation by design: Universal health coverage policies as governmentality in Senegal. *Social Science & Medicine*, 260(113153). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113153>



- Mwase, T., Lohmann, J., Hamadou, S., Brenner, S., Somda, S.M.A., Hien, H., Hillebrecht, M. & De Allegri, M. (2020). Can combining performance-based financing with equity measures result in greater equity in utilization of maternal care services? Evidence from Burkina Faso. *International Journal of Health Policy and Management*. doi:10.34172/ijhpm.2020.121.
- Moulin, A.-M. (2021). Guérir en Afrique ou le silence qui parle. Dans A. Desclaux, A. Diarra & S. Musso (dir.), *Guérir en Afrique: Promesses et transformations* (postface). L'Harmattan, coll. Anthropologies & Médecines.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2021). *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà*. Karthala.
- Olivier de Sardan, J.-P., Diarra, A. & Moha, M. (2017). Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: The case of maternal health. *Health Research Policy and Systems*, 15(60). <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0213-9>
- Olivier de Sardan, J.-P. & Ridde, V. (dir.) (2014). *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Karthala.
- OMS. (2015). *Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle. Rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Équitable*. Organisation mondiale de la Santé; WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/185069>
- Paganini, A. (2004). The Bamako Initiative was not about money. *Health Policy and Development*, 2(1), 11-13.
- Paul, E., Albert, L., Bisala, B. N. et al. (2018). Performance-based financing in low-income and middle-income countries: Isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health*, 3(1). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000664>
- Paul, E., Bodson, O. & Ridde, V. (2021). What theories underpin performance-based financing? A scoping review. *Journal of Health Organization and Management*, 35(3), 344-381. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0161>

- Paul, E., Brown, G. W., Ensor, T., Ooms, G., van de Pas, R. & Ridde, V. (2020). We shouldn't count chickens before they hatch: Results-based financing and the challenges of cost-effectiveness analysis. *Critical Public Health*, 31(3). <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1707774>
- Paul, E., Lamine Dramé, M., Kashala, J.-P., Ekambi Ndema, A., Kounnou, M., Codjovi Aïssan, J. & Gyselinck, K. (2018). Performance-based financing to strengthen the health system in Benin: Challenging the mainstream approach. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(1), 35-47. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.42>
- Paul, E., Ndiaye, Y., Sall, F. L., Fecher, F. & Porignon, D. (2020). An assessment of the core capacities of the Senegalese health system to deliver Universal Health Coverage. *Health Policy OPEN*, 1(100012). <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100012>
- Paul, E., Sieleunou, I. & Ridde, V. (2018, mars). Comment utiliser l'expérience de financement basé sur les résultats (FBR) pour rendre l'achat des services de santé plus stratégique au Bénin? *Cahiers Réalisme*, (15). <http://www.equitesante.org/wp-content/uploads/2018/03/Numero-15-Mars-2018.pdf>
- Pigeon-Gagné, É. (2021). « même s'ils sont guéris, on dit qu'ils sont des fous »: Une étude ethnographique sur la stigmatisation des troubles de santé mentale dans la ville de Bobo-dioulasso [Thèse de doctorat en psychologie]. Université du Québec à Montréal.
- Prince, R. (2017). Universal health coverage in the Global South: New models of healthcare and their implications for citizenship, solidarity, and the public good. *Michael*, 14(2), 153-172.
- Renault, E. (2008). Le néolibéralisme et sa pensée critique. *Lignes*, 1(25), 102-119. <https://www.cairn.info/revue-lignes-2008-1-page-102.html>
- Ridde, V. (2005). Performance-based partnership agreements for the reconstruction of the health system in Afghanistan. *Development in Practice*, 15(1), 4-15.

- Ridde, V. (2011). Is the Bamako Initiative still relevant for West African health systems? *International Journal of Health Services*, 41(1), 175-184.
- Ridde, V. (2015). From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: A story of pilot projects and public policies. *BMC Health Services Research*, 15(3), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-15-S3-S6>
- Ridde, V. & Jacob, J. P. (2013). *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*. Academia, L'Harmattan.
- Ridde, V. (2005). Building trust or buying results? *The Lancet*, 366(9498). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67689-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67689-1)
- Ridde, V., Aho, J., Ndao, E. M., Benoit, M., Hanley, J., Lagrange, S., Fillol, A., Raynault, M.-F. & Cloos, P. (2020). Unmet healthcare needs among migrants without medical insurance in Montreal, Canada. *Global Public Health*, 15(11) 1-14. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1771396>
- Ridde, V., Bonnet, E., Kadio, K., Louart, S. & De Allegri, M. (2019). Demographics in the service of universal health coverage: Examples in West Africa. *Humanitarian Alternatives*, 12, 33-48.
- Ridde, V., Campbell, B. & Martel, A. (2015). Mining revenue and access to health care in Africa: Could the revenue drawn from well-managed mining sectors finance exemption from payment for health? *Development in Practice*, 25(6), 909-918. <https://doi.org/10.1080/09614524.2015.1062470>
- Ridde, V. & Fillol, A. (2021). La santé mondiale. Dictionnaire en ligne *Anthropen* <https://revues.ulaval.ca/ojs/index.php/anthropen>
- Ridde, V., Leppert, G., Hien, H., Robyn, P. J. & De Allegri, M. (2018). Street-level workers' inadequate knowledge and application of exemption policies in Burkina Faso jeopardize the achievement of universal health coverage: Evidence from a cross-sectional survey. *International Journal for Equity in Health*, 17(5). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0717-5>

- Ridde, V. & Ouattara, F. (2015). *Des idées reçues en santé mondiale*. Presses de l'Université de Montréal; Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- Ridde, V., Pérez, D. & Robert, E. (2020). Using implementation science theories and frameworks in global health. *BMJ Global Health*, 5(4). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002269>
- Ridde, V., Queuille, L. & Ndour, M. (2014). Nine misconceptions about free healthcare in sub-Saharan Africa. *Development Studies Research*, 1(1), 54-63. <https://doi.org/10.1080/21665095.2014.925785>
- Robert, E. & Ridde, V. (2013). Global health actors no longer in favor of user fees: A documentary study. *Globalization and health*, 9(29). <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-29>
- Robert, E. & Ridde, V. (2016). Quatre principes de recherche pour comprendre les défis des systèmes de santé des pays à faible et moyen revenu. *Canadian Journal of Public Health*, 107, e362-e365. <https://doi.org/10.17269/cjph.107.5533>
- Robert, E., Ridde, V., Rajan, D., Sam, O., Dravé, M. & Porignon, D. (2019). Realist evaluation of the role of the Universal Health Coverage Partnership in strengthening policy dialogue for health planning and financing: A protocol. *BMJ Open*, 9(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022345>
- Robert, E., Samb, O. M., Marchal, B. & Ridde, V. (2017). Building a middle-range theory of free public healthcare seeking in sub-Saharan Africa: A realist review. *Health Policy & Planning*, 32(7), 1002-1014. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx035>
- Rodin, J. & De Ferranti, D. (2012). Universal health coverage: The third global health transition? *The Lancet*, 380, 861-862.
- Rose, R. (2005). *Learning from comparative public policy. A practical guide*. Routledge.
- Roth, C. (2012). The Nivaquine children' - the intergenerational transfer of knowledge about old age and gender in urban Burkina Faso. Dans W. Röder & K. deJong (dir.), *Alter(n) anders denken. Kulturelle und biologische Perspektiven*. Böhlau Verlag.

- Sabatier, P. A. & Weible, C. M. (dir.) (2014). *Theories of the policy process* (Third edition). Westview Press, a member of the Persus Books Group.
- Singh, N. S., Kovacs, R. J., Cassidy, R., Kristensen, S. R., Borghi, J. & Brown, G. W. (2021). A realist review to assess for whom, under what conditions and how pay for performance programmes work in low- and middle-income countries. *Social Science & Medicine*, 270. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113624>
- Soors, W., Dkhimi, F. & Criel, B. (2013). Lack of access to health care for African indigents: A social exclusion perspective. *International Journal for Equity in Health*, 12(91). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-91>
- Soucat, A. & Kickbusch, I. (2020). Global common goods for health: Towards a new framework for global financing. *Global Policy*, 11(5), 628-635. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12875>
- Sturdy, A. J., Kirkpatrick, I., Reguera, N., Blanco-Oliver, A. & Veronesi, G. (2021). The management consultancy effect: Demand inflation and its consequences in the sourcing of external knowledge. *Public Administration*. <https://doi.org/10.1111/padm.12712>
- The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals. (2009). *Leading by example – Protecting the most vulnerable during the economic crisis* [Rapport]. Office of the Prime Minister of Norway. <https://reliefweb.int/report/world/leading-example-protecting-most-vulnerable-during-economic-crisis-global-campaign>
- Thiongane, O. (2021) En Afrique, la notion d'hésitation vaccinale est un modèle voyageur. *The Conversation*. <https://theconversation.com/en-afrique-la-notion-dhesitation-vaccinale-est-un-modele-voyageur-158035>
- Topp, S. M. (2020). Power and politics: The case for linking resilience to health system governance. *BMJ Global Health*, 5(6). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002891>
- Touré, L. & Ridde, V. (2020). The emergence of the national medical assistance scheme for the poorest in Mali. *Global Public Health*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1855459>

- Traore, M. & Brikci, N. (2016). *Le financement de la santé au Mali à travers les sources de financement innovantes* [Rapport final]. Oxford Policy Management, OMS, MSAH
- Turcotte-Tremblay, A.-M., De Allegri, M., Gali-Gali, I. A. & Ridde, V. (2018). The unintended consequences of combining equity measures with performance-based financing in Burkina Faso. *International Journal for Equity in Health*, 17(109). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0780-6>
- Turcotte-Tremblay, A.-M., Spagnolo, J., De Allegri, M. & Ridde, V. (2016). Does performance-based financing increase value for money in low- and middle- income countries? A systematic review. *Health Economics Review*, 6(30). <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0103-9>
- UN ECA. (2017). *Impact of illicit financial flows on domestic resource mobilization: Optimizing revenues from the mineral sector in Africa*. United Nations. Economic Commission for Africa. Special Initiatives Division. African Minerals Development Center; African Union Commission.
- Van de Poel, E., Flores, G., Ir, P. & O'Donnell, O. (2016). Impact of performance-based financing in a low-resource setting: A decade of experience in Cambodia. *Health Economics*, 25(6), 688-705. <https://doi.org/10.1002/hec.3219>
- Vesely, A. (2021). Autonomy of policy instrument attitudes: Concept, theory and evidence. *Policy Sciences*, 54, 441-455. <https://doi.org/10.1007/s11077-021-09416-4>
- Vuarin, R. (2000). *Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation, ou « Venez m'aider à tuer mon lion »*. L'Harmattan.
- Waelkens, M.-P., Werner, S. & Bart, C. (2017). Community health insurance in low- and middle-income countries. Dans *International Encyclopedia of Public Health* (82-92). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00082-5>
- WHO. (2020a). *Global spending on health 2020: Weathering the storm*. World Health Organization.

- WHO. (2020b). *Strategy Report: Engaging the private health service delivery sector through governance in mixed health systems*. World Health Organization.
- WHO Study group. (1978). *Financing of health services* [Technical report series 625]. World Health Organization.
- Whyte, E. & Olivier, J. (2020). Social values and health systems in health policy and systems research: A mixed-method systematic review and evidence map. *Health Policy & Planning*, 35(6), 735-751. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa038>
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford University Press.
- Yates, R. (2021). Pooled public financing is the route to universal health coverage. *The Lancet*, 397(10273), 472. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00225-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00225-7)
- Zeng, W., Shepard, D. S., Nguyen, H., Chansa, C., Das, A. K., Qamruddin, J. & Friedman, J. (2018). Cost-effectiveness of results-based financing, Zambia: A cluster randomized trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(11), 760-771. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.207100>
- Zitti, T. & Diawara, A. (2021). *Défis et opportunités du secteur minier malien à couvrir les services sociaux: Cas de la couverture sanitaire universelle* [Rapport]. Accès à la santé, ressources minières et politiques publiques en Afrique subsaharienne.

# Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

## Réformes en Afrique subsaharienne



Sous la direction de **Valéry Ridde**

Préface de **Ndèye Bineta Mbow Sane**



# Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

*Réformes en Afrique subsaharienne*

SOUS LA DIRECTION DE VALÉRY RIDDE

QUÉBEC : ÉDITIONS SCIENCE ET BIEN COMMUN



*Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? de Valéry Ridde est sous une licence [License Creative Commons Attribution - Partage dans les mêmes conditions 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), sauf indication contraire.*

Titre : Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?

Sous la direction de Valéry Ridde

Caricature en couverture : Damien Glez

Design de la couverture : Kate McDonnell

Édition et révision linguistique : Élisabeth Arsenault

ISBN pour l'impression : 978-2-925128-08-3

ISBN pour le ePub : 978-2-925128-10-6

ISBN pour le PDF : 978-2-925128-09-0

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2021

Dépôt légal – Bibliothèque et Archive nationale Canada

Ce livre est publié sous licence [Creative Commons CC BY-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) et disponible en libre accès à <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/>

Éditions science et bien commun

<http://editionscienceetbiencommun.org>

3-855 avenue Moncton

Québec (Québec) G1S 2Y4

Diffusion : [info@editionscienceetbiencommun.org](mailto:info@editionscienceetbiencommun.org)