

# Table des matières

<b>Introduction : Diagnostic d'une politique publique : les exemptions de paiement pour les soins de santé au Sahel</b> <i>J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde</i> .....	5
---	---

## PREMIÈRE PARTIE

### LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT ET LEUR CONTEXTE PUBLIC ET SANITAIRE

<b>1. Les spécificités des politiques publiques et des systèmes de santé en Afrique sahéenne</b> <i>J.-P. Olivier de Sardan et V. Ridde</i> .....	15
Les politiques publiques .....	16
Les systèmes de santé .....	23
<b>2. De la généralisation à la suppression du paiement direct. Une histoire de politiques publiques et de projets pilotes</b> <i>V. Ridde</i> .....	31
Des économistes et un zombie : la disparition du consensus en faveur du paiement direct .....	32
Des politiques publiques de paiement ou d'exemption peu efficaces	34
Des projets pilotes indispensables mais inexploités/inexploitables ...	42
Les défis de l'utilisation des projets pilotes pour la mise en forme des politiques publiques .....	47

<b>3. La quantité sans la qualité ? Mises en forme et mises en œuvre des politiques d'exemptions de paiements au Sahel</b>	
<i>J.-P. Olivier de Sardan</i> .....	51
La mise en forme des nouvelles politiques d'exemptions de paiement .....	53
La mise en œuvre et les effets des politiques d'exemptions de paiement .....	70
Conclusion : la qualité et la quantité .....	81

## DEUXIÈME PARTIE

### LA MISE EN FORME DES POLITIQUES D'EXEMPTIONS DE PAIEMENT

<b>4. Émergence et formulation des exemptions de paiement des services liés au paludisme au Burkina Faso</b>	
<i>M. Yaogo, A. Kagambega et D. Dabiré</i> .....	87
Introduction .....	87
Émergence et formulation des décisions sur la subvention des CTA ..	90
Le cas des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MILDA) .....	93
Gratuité ou subvention : les arguments contrastés des acteurs et des usagers .....	94
Une gestion difficile de la complexité de plusieurs mesures d'exemptions enchâssées .....	96
Conclusion .....	99
<b>5. La mise en place des gratuités des années 2000 au Mali : sida, césarienne et paludisme</b>	
<i>F. Koné</i> .....	101
Introduction .....	101
VIIH-sida : l'accès gratuit aux ARV .....	103
La gratuité de la césarienne .....	106
La gratuité de la prise en charge du paludisme .....	110
Conclusion .....	113

<b>6. Émergence, formulation et financement de la politique d'exemptions de paiement des soins au Niger</b>	
<i>A. Ousseïni</i> .....	115
La démarche méthodologique .....	116
L'émergence de la politique d'exemptions .....	117
La mise en place de la politique de l'exemption .....	121
Les remboursements des factures de la gratuité .....	131
Conclusion .....	139

## TROISIÈME PARTIE

**LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES D'EXEMPTIONS  
DE PAIEMENT**

<b>7. Les stratégies d'adaptation des agents de première ligne en contexte de gratuité au Niger</b>	
<i>A. Diarra et A. Ousseïni</i> .....	143
Introduction : « Donner corps » aux chiffres... ..	143
Les tâtonnements du début .....	146
Heurs et malheurs dans la mise en œuvre .....	148
Conclusion : ... pour rompre avec le discours du « même si des efforts ont été réalisés... » .....	155
<b>8. Analyse de la mise en œuvre de la politique de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans le district sanitaire de Djibo, Burkina Faso</b>	
<i>L. Belaid et V. Ridde</i> .....	157
Introduction .....	157
Résultats .....	162
Discussion .....	176
Conclusion .....	182
<b>9. La gratuité comme révélateur des dysfonctionnements ordinaires du système de santé au Mali. Approche comparée des exemptions de paiement concernant le sida et la césarienne</b>	
<i>L. Touré</i> .....	183
Introduction .....	183
La politique de gratuité des traitements du sida : une mise à distance et sous contrôle du service public .....	184

La politique de gratuité de la césarienne : une mesure pleinement intégrée dans le système de santé publique .....	191
Les politiques de gratuité : un révélateur des dysfonctionnements du système de santé au Mali .....	195
Conclusion .....	197

#### **10. Mise en œuvre de la gratuité des traitements contre la tuberculose et le sida au Burkina Faso**

<i>B. Konaté, R. Zerbo et M. Yaogo</i> .....	199
Introduction : d'une gratuité à l'autre .....	199
Mise en œuvre de la gratuité du traitement de la tuberculose .....	201
Mise en œuvre de la gratuité des ARV .....	204
Appréciations de la gratuité par les acteurs et les bénéficiaires .....	207
Discussion .....	208
Conclusion .....	210

#### **11. Les exemptions de paiement du traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Une politique qui dérange**

<i>L. Touré et Y. Sanogo</i> .....	211
Introduction .....	211
Un démarrage improvisé de la mise en œuvre, et déjà les premières résistances .....	212
Les pratiques des professionnels de santé réduisent la portée d'une politique complexe à mettre en œuvre .....	215
Une politique profondément déstabilisatrice .....	224
Conclusion .....	229

#### **12. Presse sous influence, presse sans opinion. Traitement des politiques de gratuité des soins par les presses écrites nigérienne et malienne**

<i>F. Escot et A. Ousseïni</i> .....	233
Grands traits du contexte de la presse écrite qu Niger et au Mali .....	234
Une adhésion globale aux mesures de gratuité jugées « salvatrices » .....	236
Le cas du Niger .....	237
Le cas du Mali .....	239
Les rhétoriques dominantes .....	242
Conclusion .....	245

## QUATRIÈME PARTIE

## LES EXEMPTIONS DE PAIEMENT SOUS RÉGIME D'ONG

<b>13. Médecins sans frontières et l'Alliance médicale contre le paludisme au Mali</b>	
<i>F. Koné</i> .....	249
MSF pour relever des défis .....	250
La politique de MSF à Kangaba .....	251
Des résultats séduisants .....	254
Des stratégies locales de relèvement annoncées mais non appliquées .....	256
AMCP : poursuivre l'œuvre de MSF .....	257
Conclusion .....	260
<b>14. Appui de proximité et appui bureaucratique. Autour de deux projets pilotes d'accouchement gratuit au Niger</b>	
<i>A. Diarra</i> .....	263
Introduction .....	263
Un district contrasté .....	265
Deux projets pilotes pour un district .....	266
Saisir l'opportunité d'un contexte favorable .....	268
S'adapter au contexte local : les matrones .....	270
Poursuivre par la passation de relais .....	272
Les écueils des deux expériences .....	272
Le périmètre de gratuité des services obstétricaux .....	274
La pérennité et la mise à grande échelle sont-elles assurées ? .....	277
Conclusion .....	280
<b>15. Les exemptions de paiement par l'ONG Terre des hommes dans le district sanitaire de Tougan, Burkina Faso</b>	
<i>R. Zerbo et M. Yaogo</i> .....	281
Introduction .....	281
Fonctionnement du système d'exemptions mis en place par TDH .....	284
Perceptions et appréciations des effets des exemptions du paiement par TDH .....	286
De l'expérience de TDH aux enjeux de la capitalisation, du passage à l'échelle de la pérennisation des initiatives d'exemptions .....	289
Conclusion .....	290

<b>16. Addiction à l'aide, sevrage ou impuissance ? Les ONG médicales face aux systèmes de santé</b>	
<i>J.-P. Olivier de Sardan</i> .....	293
Une gratuité à deux vitesses .....	294
Les appuis de proximité et la pérennisation locale .....	294
Le passage à l'échelle .....	298
Conclusion .....	301

## CINQUIÈME PARTIE

**QUELQUES EFFETS DES POLITIQUES D'EXEMPTIONS  
DE PAIEMENT**

<b>17. La surcharge de travail et les politiques d'exemptions de paiement au Burkina Faso et Niger</b>	
<i>A. Ly, S. Kouanda et V. Ridde</i> .....	305
Méthodologie .....	306
Résultats .....	309
Une politique de ressources humaines qui doit s'adapter à la politique de gratuité .....	317
Conclusion .....	318
<b>18. Les effets du changement du mode de remboursement sur les coûts des accouchements. Centres de santé des districts sanitaires de Boussé et de Zorgho au Burkina Faso</b>	
<i>J. Kiendrebeogo, D. Yugbaré Belemsaga et S. Kouanda</i> .....	319
Introduction .....	319
Résultats .....	322
Discussion .....	331
Conclusion .....	338
<b>19. Les effets des mesures d'exemptions et de subvention des traitements anti-paludéens sur la fréquentation des centres de santé au Mali. Analyse longitudinale dans quatre districts</b>	
<i>R. Heinmüller et V. Ridde</i> .....	341
Introduction .....	341
Résultats globaux .....	345

Résultats par district .....	347
Résultats par centre de santé .....	348
Discussion .....	350
Conclusion .....	354

## **20. Les effets des politiques d'exemptions sur les finances communautaires au Mali et au Niger**

<i>Y. Kafando, V. Ridde</i> .....	355
Introduction .....	355
Résultats .....	358
Discussion .....	367
Conclusion .....	369

### SIXIÈME PARTIE

#### **DÉBATS EXPERTS ET DÉBATS CITOYENS AUTOUR D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE**

## **21. Les exemptions de paiement : controverses et malentendus autour d'une recherche. Les chercheurs et le débat citoyen**

<i>J.-P. Olivier de Sardam</i> .....	373
« En mettant l'accès sur les problèmes, vous allez décourager les bailleurs de fonds » .....	375
« En mettant l'accès sur les problèmes, vous faites le jeu des opposants à la gratuité des soins » .....	376
« Il faut s'intéresser à ce qui marche, et non à ce qui ne marche pas » .....	377
« Les propos et les comportements que vous rapportez ne sont pas représentatifs, ce sont des exceptions que vous montez en épingle » .....	378
« Ce que vous dites n'est pas nouveau, nous le savons déjà » .....	379
Conclusion .....	381

## **22. La conférence nationale sur la gratuité des soins au Niger : des interactions nécessaires**

<i>M. Moha et V. Ridde</i> .....	383
Introduction .....	383
Contexte de la conférence .....	384
Méthodologie .....	385

Analyse du processus d'organisation de la CNGS du Niger .....	386
Les effets de la CNGS .....	397
Conclusion .....	402

**Conclusion : Une contribution des méthodes mixtes à l'étude  
des politiques publiques : complémentarités et difficultés**

<i>V. Ridde, J.-P. Olivier de Sardan</i> .....	403
Introduction .....	403
Notre recours aux méthodes mixtes .....	405
Analyse réflexive sur l'usage des méthodes mixtes dans notre recherche .....	410
Conclusion .....	414

<b>Bibliographie</b> .....	417
----------------------------	-----

<b>Liste des acronymes</b> .....	453
----------------------------------	-----

<b>Liste des figures et des tableaux</b> .....	459
--	-----

<b>Les auteurs</b> .....	463
--------------------------	-----



## INTRODUCTION

# **Diagnostic d'une politique publique : les exemptions de paiement pour les soins de santé au Sahel**

Jean-Pierre OLIVIER de SARDAN  
et Valéry RIDDE

Au Burkina Faso, au Mali et au Niger, plusieurs mesures sectorielles d'exemptions de paiement pour les usagers (appelées « gratuités des soins » dans le langage courant) ont été prises dans les années 2000. Elles se sont parfois ajoutées ou superposées à des politiques de fortes subventions permettant une réduction significative des tarifs de certains soins et médicaments.

Ces trois pays étaient – et restent encore – depuis l'Initiative de Bamako de la fin des années 1980 sous un régime global de recouvrement des coûts au point de délivrance, ou plus exactement de paiement partiel des prestations et médicaments par l'utilisateur<sup>1</sup>. Rappelons ici que le recouvrement des coûts a toujours connu, pour des raisons de santé publique, diverses exceptions sectorielles par pathologie ou par activité. Les vaccinations de masse (JNV) ou de routine dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV), les soins relatifs à la tuberculose, à la lèpre, au noma, ou au ver de Guinée, les mesures

---

1. Ce recouvrement est très partiel, dans la mesure où les sommes tarifées aux usagers ne tiennent pas compte des salaires, investissements et frais récurrents payés par l'État, et ne représentent qu'une faible partie du budget global de la santé (on parle souvent d'un ordre de grandeur de 5 % au niveau des États ; *cf.* Nolan et Turbat 1995 ; Gilson 1997).

contre les épidémies, sont par exemple restés gratuits pour les usagers<sup>2</sup>. Il était également prévu dans l'initiative de Bamako un système d'exonération de paiement pour les patients dans l'incapacité financière de payer les soins, mais ce système n'a jamais vraiment été mis en place<sup>3</sup>.

Cette exclusion des plus vulnérables, comme les mauvais indicateurs de santé en Afrique, compromettant toute atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), expliquent les nombreuses critiques qui se sont développées depuis la fin de années 1990, au sein des ONG, du monde de la recherche, et des organisations internationales, contre le recouvrement des coûts (*cf.* Ridde, *infra*, chapitre 2). Cette pression croissante en faveur de l'abolition des barrières financières à l'accès aux soins se situe désormais assez clairement dans une perspective de marche progressive vers une couverture universelle<sup>4</sup>.

Ce contexte explique pourquoi, au-delà des trois pays ici considérés, et à peu près au même moment, des politiques d'exemptions sectorielle ont été élaborées et mises en œuvre dans de nombreux pays en Afrique.

### *Les trois spécificités de cette recherche*

Notre programme de recherche a été élaboré en 2008. À cette époque, les études menées sur ces exemptions et leurs effets étaient très rares<sup>5</sup>. Depuis cette date, les travaux se sont multipliés, surtout en Afrique anglophone<sup>6</sup>. Ces publications témoignent toutes d'une augmentation significative de l'accès aux soins dans les populations ciblées par ces « gratuités ». Mais beaucoup d'effets indirects n'ont pas été étudiés, en particulier parce que les recherches disponibles au moment du démarrage de notre programme étaient (et restent pour une bonne part) surtout focalisées sur l'accès aux soins (et la corrélation entre exemptions et augmentation de la fréquentation des formations sanitaires) sans suffisamment prendre en compte d'autres dimensions, comme

- 
2. Il faut aussi noter que, à l'extérieur du système de santé public, mais parfois en coordination avec lui, des formations sanitaires de type caritatif, religieux ou associatif ont toujours délivré des soins à bas coût (ou, exceptionnellement, gratuits).
  3. Pour le Burkina Faso, *cf.* Ridde 2008 ; pour d'autres pays de la région, *cf.* Gilson *et al.* 2000.
  4. Autrement dit, des systèmes de santé accessibles à tous sans barrière financière pour qui que ce soit.
  5. *Cf.* Ridde et Morestin 2010.
  6. *Cf.* Meessen *et al.* 2011.

la qualité des soins, les perceptions des acteurs, les logiques institutionnelles et organisationnelles, ou les stratégies des personnels de santé<sup>7</sup>.

Autrement dit, la première spécificité du présent ouvrage est d'insérer les politiques d'exemptions dans le cadre plus vaste du fonctionnement quotidien des systèmes de santé des trois pays. De ce point de vue, les politiques d'exemptions de paiement subissent dans leur mise en œuvre les effets négatifs des dysfonctionnements des systèmes de santé<sup>8</sup> (*cf.* Touré, *infra*, chapitre 9). Parfois, elles les mettent en évidence, parfois elles les aggravent. Les nombreux travaux récents sur les exemptions de paiement mentionnent toutefois rarement la question de la qualité des soins, à quelques exceptions près (Macha *et al.* 2012 ; Gilson et McIntyre 2005). Et aucun n'a procédé à ce jour à une description détaillée des innombrables problèmes au quotidien que rencontrent tant les personnels de santé que les usagers dans la mise en œuvre des exemptions de paiement. Notre ouvrage permet donc de réintégrer la « question de la qualité » dans « la question de l'équité ».

Pour développer ce type d'analyses, il fallait recourir à d'autres méthodes, de type socio-anthropologique, complémentaires des méthodes quantitatives plus habituelles en santé publique (qui étaient également représentées dans notre programme). C'est donc une seconde spécificité de cet ouvrage : développer une expérience de combinaison entre approches ethnographiques et épidémiologiques, qualitatives et quantitatives (*cf.* Ridde et Olivier de Sardan, *infra*, conclusion)<sup>9</sup>. Cette combinaison est, dans la littérature existante, plus souvent souhaitée que réalisée, malgré des progrès récents dans le champ de la santé où les méthodes mixtes se développent (Pluye 2012), et pose des problèmes complexes : comment coproduire une problématique commune ? Comment chacune des deux approches peut-elle poser des questions auxquelles l'autre tentera de répondre ? Comment articuler les deux approches dans l'interprétation des données ? Comment éviter la sujétion d'une approche envers l'autre ?

Enfin, les politiques de santé (dont les mesures d'exemptions sont un exemple significatif) ne peuvent être uniquement investiguées dans une perspective de « santé publique ». Elles manifestent, dans le secteur spécifique de la santé, des propriétés que l'on retrouve dans bien d'autres secteurs. Un recours plus large à l'« analyse des politiques publiques » nous a semblé

- 
7. Parmi les rares exceptions, il faut citer, pour l'Afrique du Sud, Walker et Gilson 2004.
  8. Pour une analyse de certains de ces dysfonctionnements à partir d'enquêtes socio-anthropologiques menées en Afrique de l'Ouest, *cf.* Jaffré et Olivier de Sardan 2003.
  9. On doit y ajouter la réalisation d'un film documentaire par Malam Saguirou.

indispensable, et c'est là la troisième spécificité de cet ouvrage (*cf.* Olivier de Sardan et Ridde, *infra*, chapitre 1)<sup>10</sup>.

### *Pourquoi ces trois pays ?*

Dans une perspective comparative, le choix de ces trois pays se justifie d'abord parce qu'il s'agit de pays francophones, peu étudiés par rapport aux pays anglophones dans le domaine du financement de la santé en général, et des exemptions de paiement en particulier.

Mais ces trois pays limitrophes, qui partagent pour l'essentiel un même contexte sanitaire, social, économique et étatique<sup>11</sup>, offraient surtout un avantage spécifique. D'une part, ils ont choisi de recourir à des exemptions de paiement sectorielles (totales ou partielles), tout en restant dans le cadre général du recouvrement des coûts. Ils se distinguent ainsi d'autres politiques plus ambitieuses menées dans d'autres pays, comme le Ghana, la Tanzanie, ou l'Afrique du Sud, qui reposent sur un recours systématique à l'impôt, à la TVA ou aux assurances maladies (Macha *et al.* 2012 ; Gilson *et al.* 2012). Mais, d'autre part, ils ont chacun mis au point un dispositif institutionnel d'exemptions de paiement très spécifique, nettement différent des deux autres.

Nous avons délibérément opté, on le voit, pour un comparatisme de proximité, se référant à des contextes proches et similaires. Un tel comparatisme nous semble plus intéressant (et moins pratiqué) que les vastes comparatismes intra- ou inter-continentaux fréquents en épidémiologie et en santé publique, qui ne tiennent pas compte des profondes différences historiques, politiques ou culturelles entre les pays comparés.

Un autre motif du choix de ces pays a été l'existence de chercheurs compétents sur place, connaissant bien le fonctionnement « réel » des systèmes de santé (assez éloigné du fonctionnement officiel). Pour les enquêtes de type anthropologique plus particulièrement, cette maîtrise des contextes et des domaines de recherche est un facteur décisif. La présence au Niger d'un laboratoire internationalement reconnu (le LASDEL), qui a été l'institution pivot du programme de recherche, et qui avait déjà noué des

---

10. Nous nous situons ainsi dans la lignée de divers travaux qui ont tenté de relier empiriquement analyse des politiques publiques et analyse des systèmes de santé (*cf.* Ridde 2008 ; Gilson 2000).

11. Il faut toutefois noter de fortes disparités des personnels médicaux et paramédicaux : alors que le Burkina Faso a 0,5 médecin et 5,7 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants, le Mali en a respectivement 0,8 et 4,3, et le Niger 0,2 et 1,4.

collaborations tant avec le Mali et le Burkina Faso qu'avec l'Université de Montréal a été aussi un atout important<sup>12</sup>.

### *Le programme de recherche*

Cet ouvrage est l'aboutissement final de quatre années de travaux menés au Burkina Faso, au Mali et au Niger par un programme de recherche intitulé « *L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest (Mali, Burkina Faso, Niger)* ». Coordonné par J.-P. Olivier de Sardan (LASDEL, Niger) et V. Ridde (Université de Montréal, Canada), ce programme a réuni de nombreux chercheurs du Burkina Faso, du Canada, du Mali et du Niger, que l'on retrouvera comme auteurs des divers chapitres de ce livre. Le financement provient d'un partenariat entre le CRDI (Canada) et l'AFD (France)<sup>13</sup>.

Cette recherche a déjà donné lieu à diverses publications partielles, sous forme d'articles (*cf.* en particulier le numéro d'*Afrique contemporaine*, n° 243, 2012/3), mais aussi de rapports et de documents de travail (*cf.* *Études et Travaux du LASDEL* n° 99, 96, 92, 91, 89), ainsi que de notes de recherche (*policy briefs*) ou de brochures de synthèse (Ridde et Olivier de Sardan 2012). Mais cet ouvrage déborde très largement ces publications éparses et ne comporte aucun texte déjà publié, il reprend de façon beaucoup plus systématique, complète et structurée les principaux résultats du programme, et propose de nombreuses analyses nouvelles, qui vont au-delà des seuls trois pays investigués.

### *La structure de l'ouvrage*

Une première partie présente l'enchâssement des exemptions de paiement dans les débats internationaux scientifiques et politiques actuels : (a) les interactions entre les politiques de gratuité, les systèmes de santé et les politiques publiques (Olivier de Sardan et Ridde, chapitre 1) ; (b) la problématique des inégalités d'accès aux soins et du financement du système de santé (Ridde, chapitre 2) ; et enfin une synthèse des apports spécifiques de l'analyse menée par notre équipe sur la mise en forme et la mise en œuvre des politiques de gratuité (Olivier de Sardan, chapitre 3).

---

12. Laboratoire d'études et de recherche sur les dynamiques sociales et le développement local ([www.lasdel.net](http://www.lasdel.net)).

13. Centre de recherche pour le développement international ; Agence française de développement.

Une seconde partie traite de la phase de mise en forme, autrement dit de l'émergence, de la formulation et de l'architecture des mesures d'exemptions de paiement, dans chaque pays (Yaogo, Kagambega et Dabiré, chapitre 4, pour le Burkina Faso ; Koné, chapitre 5 pour le Mali ; et Ousseïni, chapitre 6 pour le Niger).

La troisième partie porte quant à elle sur la phase de mise en œuvre (*implementation*) à travers diverses facettes de celle-ci : la gratuité pour les enfants de moins de 5 ans au Niger (Diarra et Ousseïni, chapitre 7) ; la subvention des accouchements au Burkina Faso (Belaid et Ridde, chapitre 8) ; la gratuité des césariennes et des traitements antirétroviraux (ARV) au Mali, en tant que révélateur des dysfonctionnements ordinaires du système de santé (Touré, chapitre 9) ; la gratuité des traitements de la tuberculose et des ARV au Burkina Faso (Konaté, Zerbo et Yaogo, chapitre 10) ; la gratuité des CTA au Mali (Touré et Sanogo, chapitre 11) ; et enfin la lecture qu'ont faite les presses nigérienne et malienne de cette mise en œuvre (Escot et Ousseïni, chapitre 12).

Nous avons choisi d'accorder une place particulière au rôle sur le terrain des organisations non gouvernementales (ONG), tant leurs apports, comme leurs limites, sont importants en ce qui concerne les exemptions de paiement en Afrique de l'Ouest. Cette quatrième partie inclut donc un chapitre 13 sur le rôle de Médecins sans frontières (MSF) à Kangaba au Mali (Koné), un chapitre 14 sur le rôle de Médecins du monde (MDM) à Keita au Niger (Diarra), et un chapitre 15 sur le rôle de Terre des hommes (TDH) à Tougan au Burkina Faso. Une réflexion comparative (Olivier de Sardan, chapitre 16) clôt cette partie.

Quant à la cinquième partie, elle analyse divers effets des politiques d'exemptions. Ainsi, l'accroissement présumé de la charge de travail est ramené à de plus justes proportions en ce qui concerne le Niger et le Burkina Faso, même si la situation du Niger reste préoccupante (Ly, Kouanda et Ridde, chapitre 17). Les effets de la politique de subvention des accouchements sur les coûts au Burkina Faso sont évalués (Kiendrebeogo, Belemsaga, et Kouanda, chapitre 18). Un chapitre analyse l'impact de l'exemption des CTA sur l'utilisation des services au Mali en notant une faible hausse (+ 30 %) des consultations, s'expliquant certainement par les dysfonctionnements de mise en œuvre (Heinmüller et Ridde, chapitre 19). Les conséquences des exemptions sur les finances communautaires sont examinées en ce qui concerne le Mali et le Niger : elles ne montrent aucun changement pour le premier cas mais de gros problèmes dans le second cas (Kafando et Ridde, chapitre 20).

Une sixième et dernière partie met en évidence les différents débats, ouverts ou cachés, publics ou experts, suscités par les politiques d'exemptions.

Celles-ci, en effet, suscitent des soutiens enthousiastes comme des oppositions larvées, et prennent place dans des espaces idéologiques, scientifiques et politiques traversés de contradictions et de conflits. Le chapitre 21 (Olivier de Sardan) prend comme exemple de ces confrontations notre propre programme de recherche et les difficultés qu'il a rencontrées auprès de divers acteurs. Le chapitre 22 (Moha, Ridde et Robert) analyse la tenue au Niger d'une conférence nationale sur la gratuité qui a permis des débats inédits, auxquels les professionnels de santé et les chercheurs ont participé activement.

La conclusion de cet ouvrage (Ridde et Olivier de Sardan) est méthodologique, et tente de déterminer l'apport de notre recherche au domaine, désormais en expansion, des méthodes mixtes.