

Les défis du passage à l'échelle et de l'application des connaissances d'une expérience d'exemption du paiement des soins pour les indigents au Burkina Faso

Valéry Ridde^{1,2,3,§}, Maurice Yaogo⁴, Yamba Kafando^{1,3}, Kadidiatou Kadio⁵, Moctar Ouedraogo⁴, Marou Sanfo⁶, Norbert Coulibaly⁶, Abel Bicaba⁵, Slim Haddad^{1,2}

¹ Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) (Canada)

² Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal (Canada)

³ Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS) du CNRST, (Burkina Faso)

⁴ Agence de formation, de recherche et d'expertise en santé pour l'Afrique (AFRICSAnté) (Burkina Faso)

⁵ Société d'étude et de recherche en santé publique (SERSAP) (Burkina Faso)

⁶ Ministère de la santé du Burkina Faso (Burkina Faso)

§ Auteur pour la correspondance

ADRESSES ÉLECTRONIQUES :

VR: valery.ridde@umontreal.ca

MY: yaogo@hotmail.com

YK : odnafak@yahoo.fr

KK : kadioka1@yahoo.fr

MO : mouedraogo.muraz@fasonet.bf

MS : drsanfo@yahoo.fr

NC : norbertcoulibaly@hotmail.com

AB : bicaba_tg@yahoo.fr

SH: slim.haddad@umontreal.ca

Résumé

Contexte

Face à l'exclusion des soins engendrée par le paiement direct dans les systèmes de santé en Afrique, il est prévu des systèmes d'exemption du paiement pour les indigents. Cependant, la mise en œuvre de ces mécanismes est aussi rare que les recherches opérationnelles sur ce sujet. Cet article analyse une recherche action visant à trouver une solution pertinente à l'accès aux soins des indigents dans un district rural du Burkina Faso.

La recherche

Cette recherche-action a démarré en 2007 afin d'étudier la faisabilité et l'efficacité d'un processus communautaire, participatif et financièrement pérenne d'exemption du paiement des soins pour les indigents. Une équipe interdisciplinaire de chercheurs du Burkina Faso et du Canada a été mobilisée pour documenter cette recherche action.

Les résultats et le partage des connaissances

Le processus de l'action a été très apprécié. La sélection des indigents a été efficace, elle a renforcé la solidarité locale mais la couverture a été réduite par le manque de moyens financiers locaux. De plus, les indigents font face à de multiples autres besoins que l'exemption du paiement des soins ne peut résoudre. Plusieurs stratégies d'application des connaissances ont été mises en œuvre afin de partager les résultats de recherche avec les populations, les décideurs locaux et nationaux.

Succès et difficultés du partenariat

L'approche de recherche mixte et interdisciplinaire a été indispensable à la compréhension de la complexité de ce processus communautaire. L'appropriation du processus et le partenariat avec les décideurs locaux ont été très efficaces. Ainsi, quatre autres districts du Burkina Faso et du Niger, sous l'impulsion d'une ONG, ont reproduit cette expérience. Cependant, les décideurs nationaux ne se sont pas intéressés à cette action et ils semblent encore peu préoccupés par les solutions favorisant l'accès aux soins des indigents.

Leçons apprises

Au plan de l'application des connaissances et du partenariat entre chercheurs et décideurs du niveau pépiphérique : i) impliquer dès la planification d'une recherche les utilisateurs potentiels des résultats ; ii) s'assurer d'un partenariat continu et soutenu entre chercheurs et utilisateurs ; iii) faire en sorte que les utilisateurs puissent participer à certaines activités de recherche ; iv) user de stratégies variées de dissémination des résultats ; v) impliquer les utilisateurs dans les activités de dissémination.

Introduction

L'accès au système de santé est notamment contraint par des facteurs géographiques, socio-culturels et financiers [1]. En Afrique, en général, et au Burkina Faso en particulier, il est demandé aux patients de payer les soins de santé lorsqu'ils viennent se soigner. Il n'existe pas de système d'assurance nationale de santé. Dans un pays où plus de 40% de la population vit sous le seuil de pauvreté, cette participation financière provoque de fortes inégalités. Par exemple, seulement 39 % des femmes pauvres accouchent auprès d'un personnel qualifié contre 91 % des riches [2]. Quatre vingt pour cent des pauvres sont obligés de s'endetter ou de vendre leurs avoirs pour payer leurs soins de santé [3].

Face à ce constat, les politiques de santé en Afrique ont toujours préconisé que les indigents, dans l'incapacité permanente de payer les soins [4], soient exemptés du paiement direct au point de service [5]. Mais rares sont les pays qui ont été en mesure de mettre en place de tels systèmes [6]. Nous

disposons de peu de connaissances dans le contexte africain, où l'économie est surtout informelle, sur les critères qui permettent de définir l'indigence et sur les processus qui peuvent conduire à les identifier. Pourtant, les décideurs du Burkina Faso réclament depuis 20 ans des connaissances pour organiser de telles mesures [7].

La recherche

C'est pour répondre à ce besoin en connaissances qu'une recherche-action a été mise sur pied à partir de 2005. Nos recherches précédentes avaient montré i) que l'interconnaissance villageoise permet d'identifier les indigents; ii) que les comités de gestion (COGES) des centres de santé, qui gèrent l'argent payé par les utilisateurs, disposent d'une certaine capacité financière pour exempter du paiement les indigents; iii) le besoin de réaliser des expériences dans le contexte national pour produire des connaissances locales dont le potentiel d'influence auprès des décideurs nationaux est important [8, 9].

Cette recherche-action [10] a démarré en 2007 dans le district sanitaire de Ouargaye (260.000 habitants, Centre-est du pays). L'objectif était d'étudier la faisabilité et l'efficacité d'un processus communautaire, participatif et fondé sur un financement endogène et pérenne, d'exemption du paiement des soins pour les indigents. Un financement endogène signifie que conformément à l'esprit de l'initiative de Bamako et aux textes réglementaires du Burkina Faso, l'exemption du paiement des soins pour les indigents est financée par les bénéfices effectués sur la tarification des consultations et la vente des médicaments auprès des patients qui fréquentent les centres de santé et qui sont en mesure de payer.

Entre 2005 et 2007, un processus de planification participatif des contours de l'action et de la recherche a été organisé. Tous les acteurs centraux et périphériques du ministère de santé et de celui de l'Action sociale ont été conviés à cette planification ainsi que les responsables communautaires et autres leaders locaux.

L'action réalisée en partenariat avec l'équipe du district sanitaire et de la direction provinciale de l'Action sociale a donc consisté à demander aux villageois dans la moitié des centres de santé (n=10) du district de sélectionner les personnes qu'ils considéraient comme indigentes [11]. En 2007, dans chaque village (n=124) a été mis en place un comité villageois de sélection (CVS) composé de sept personnes dont le mandat était de dresser une liste d'indigents. Près de 600 personnes ont été retenues. Les 10 COGES devant financer cette exemption sur la base de leurs bénéfices annuels pour assurer la pérennité de la prise en charge, il leur a été demandé de valider cette liste. Ils ont retenu 46% des personnes (n= 269), soit un peu moins de trois pour mille habitants. Environ la moitié de ces personnes sont des femmes

et plus de 60% ont plus de 50 ans. Toutes ces personnes ont reçu une carte officielle de la direction provinciale de l'action sociale leur permettant d'être exemptées du paiement des soins de première ligne ainsi que ceux délivrés à l'hôpital du district. Parmi ces indigents, 40% ont utilisé les services de santé dans l'année suivante pour un coût moyen de 1.300 F CFA (2,6\$US) par consultation.

Compte tenu des difficultés pour les agents de santé d'identifier les indigents sur la base d'une liste de 20 critères que nous leur avons fournis, ceux travaillant dans les autres centres de santé du district non concernés par l'expérience, ont réclamé sa reproduction. Ainsi, en 2010, l'expérience s'est étendue à l'ensemble des villages (n= 257) et des centres de santé (n=26) du district. Les comités villageois ont ainsi sélectionné 2.650 indigents et les COGES en ont retenu 1100, soit 41%. De même, après avoir effectué un voyage d'étude en 2008 à Ouargaye, l'équipe de deux autres districts du pays (Dori et Sebba) et ceux de deux districts du Niger voisin (Mayahi et Tera) ont testé l'action en 2009. Elle a été étendue début 2011 à l'échelle de tous les villages de Dori et Sebba. Les comités villageois ont ainsi sélectionné respectivement 1400 et 865 personnes et les COGES retenus 292 et 312 indigents. Au Niger, l'expérience pilote dans neuf centres de santé a permis de distribuer des cartes d'indigence à 244 personnes.

Concomitamment à cette action, de nombreuses activités de recherches ont été réalisées. Faut de place on ne détaillera pas ici toutes les méthodes employées, mais notons essentiellement que nous avons eu recours autant à des méthodes qualitatives que quantitatives et que nous avons étudié tant la pertinence, que les processus ou l'efficacité de l'action. Une équipe multi-disciplinaire du Canada et du Burkina Faso a été mobilisée pour répondre aux trois questions principales suivantes : i) l'action était-elle adaptée au contexte social, appréciée par les parties prenantes et ne stigmatisant pas les indigents ? ii) quel a été le processus de mise en œuvre de l'action, ses forces et ses faiblesses, ses adaptations locales ? iii) l'action a-t-elle permis de réduire les biais d'inclusion (sélectionner des personnes non indigentes) et d'exclusion (oublier des indigents) ?

Les résultats et le partage des connaissances

Un processus adapté, consensuel et participatif

Les résultats de la recherche ont montré que le processus de sélection communautaire était parfaitement adapté au contexte social et apprécié des populations et des agents de santé. Ainsi, nous avons montré que les communautés sont en mesure d'identifier les indigents dans leurs villages. En milieu rural, il n'est donc pas nécessairement utile d'attendre la définition d'une liste de critères d'indigence.

La requête des infirmiers, qui pourtant réclament de tels critères depuis 20 ans, d'un passage à l'échelle du district de ce mode de pré-identification est une preuve supplémentaire de la pertinence de l'approche communautaire.

Des besoins au-delà de l'accès aux soins

Le statut d'indigent n'a pas créé de stigmatisation sociale mais a révélé que l'accès aux soins n'était qu'un des multiples besoins (pas toujours perçu cependant) alors que la recherche-action s'était uniquement centrée sur cet aspect. En effet, la recherche s'est orientée sur l'accès financier aux soins de santé comme porte d'entrée de la compréhension de la faible, voir de l'absence, d'utilisation des services de santé de la part des indigents. Il s'agit d'une réponse à un besoin largement exprimé depuis longtemps, mais jamais considéré [9], par les acteurs du système de santé au Burkina Faso et par les populations. C'est en effet la première fois à notre connaissance qu'un tel processus communautaire était testé et que des cartes d'indigence ont été distribuées en milieu rural. Il s'agit donc de l'introduction d'une innovation importante. Cependant, les chercheurs et les intervenants ont aussi été rapidement confrontés aux limites d'une action centrée sur le déterminant financier de l'accès aux soins. Grâce à l'adaptation d'une méthode longitudinale d'étude de cas qualitative et quantitative [12], nous avons montré que les conditions de vie d'un échantillon de 20 indigents suivi pendant 12 mois et ayant reçu la carte n'avaient pas fondamentalement changé. De plus, leur recours aux centres de santé était notamment contraint par un état de santé très précaire, un isolement social, un manque de moyen de transport et une faible priorité accordée à la santé au regard de leur besoin de s'alimenter. Un enquêteur observait ainsi d'un indigent « il ne se soucie pas des soins mais de comment faire pour manger et se trouver un coin pour dormir ».

La littérature scientifique a montré depuis longtemps que la distance géographique, ou sociale entre les patients et les agents de santé, contribue aussi à l'utilisation des services (sans évoquer bien sûr les déterminants sociaux de la santé). Les chercheurs étaient évidemment au fait de ces connaissances mais ils ne pouvaient, dans une seule recherche-action – compte tenu de la difficulté de trouver des moyens pour réaliser des recherches dans ce domaine et selon cette approche – tenter de résoudre tous les problèmes d'accès. Mais les travaux de recherche à Ouargaye ont permis de remettre au jour cette double limite des actions centrées uniquement sur l'accès financier aux soins de santé : i) l'utilisation des services est contrainte par d'autres éléments que le seul paiement des soins, ii) la santé des indigents est influencée par de multiples facteurs au-delà du système de soins. Sans être une nouveauté scientifique, loin s'en faut, ces résultats militent pour l'organisation de recherches-actions plus holistiques et plus interdisciplinaires pour améliorer les conditions de vie des plus pauvres. Mais nous nous heurtons certainement là aussi aux limites des

modalités de financement de la recherche en santé, qui ne favorisent guère une telle démarche.

Une solidarité locale renforcée mais limitée

Le fait de remettre au jour le principe de solidarité à travers ce financement endogène a été salué par tous les acteurs. Mais cette solidarité locale a évidemment des limites. Il faut rappeler qu'au Burkina Faso presque la moitié de la population (46%) vit avec moins de 280 F CFA (0,5 \$US) par jour. Les communautés ont fait très peu d'erreurs d'inclusion car elles ont sélectionné des personnes véritablement très pauvres. En revanche, elles ont retenu à Ouargaye une infime partie de la population pauvre (0,36%) ou extrêmement pauvre (0,78%) alors que la proportion de personnes vivant sous le seuil d'extrême pauvreté est de 9% à l'échelle nationale [13]. Les résultats sont sensiblement les mêmes à Dori et Sebba où le contexte social est très différent mais où la couverture des indigents est restée très faible aussi, respectivement 0,13% et 0,36% de la population générale. L'explication centrale de cette sévère sélection tient au fait que le paiement de l'exemption repose sur un financement uniquement local. Compte tenu de leur capacité contributive, bien que les communautés auraient pu sélectionner un peu plus d'indigents, on ne peut décemment demander à des pauvres de financer l'accès aux soins de tous les très pauvres. Les bénéficiaires annuels des centres de santé permettraient de couvrir les besoins de 1.800 indigents par an, ce qui n'est pas négligeable, mais ne représenterait que 0,7% de la population du district de Ouargaye. L'effort actuel est déjà remarquable et montre que la solidarité locale peut être mobilisée. Mais l'État doit garantir, pouvoir Régalien s'il en est, l'accès aux soins des indigents. Cette recherche-action participe au développement des connaissances en la matière en Afrique [14, 15] et a démontré qu'il existe maintenant un processus faisable, adapté et efficace pour sélectionner les indigents. L'État et ses partenaires financiers devraient maintenant mobiliser plus de ressources pour augmenter la couverture de la prise en charge des indigents. La couverture des 9% de la population considérée comme extrêmement pauvre serait un minimum et les communautés pourraient être mobilisées pour les identifier. Il serait, de surcroît, nécessaire de tester la mise en place d'un fonds d'équité nationale, financé par l'État (et les collectivités locales) et ses partenaires, pour permettre une prise en charge d'un plus grand nombre d'indigents.

Des stratégies variées d'application des connaissances

Pour que les résultats soient utiles et utilisés, nous avons développé de multiples stratégies d'application des connaissances :

i) implication très tôt des utilisateurs potentiels des résultats dans la définition de l'action et des contours de la recherche : dès le processus de planification, toutes les principales

parties prenantes potentielles de la recherche-action ont été impliquées (direction régionale de la santé, équipe cadre de district, association burkinabè de santé publique, responsable centre du programme national de développement sanitaire, comités de gestion des centres santé) ;

ii) implication des partenaires locaux de l'action dans les processus de recherche et de présentation des résultats : des membres de l'équipe cadre du district de santé et de la direction départementale de l'Action sociale ont été impliqués dans de nombreuses activités (sélection des sites pilotes, information puis formation des acteurs communautaires dans tous les centres de santé, confection et signature des cartes d'indigences, etc.) ;

iii) présentation des résultats auprès des communautés et dans des rencontres nationales du ministère de la santé et d'intervenants : présenter dans les seules arènes scientifiques ne suffit pas, aussi, les résultats de la recherche ont été partagés lors de forum communautaires (**Figure 1**), lors des rencontres avec les équipes des districts, avec tous les agents de santé du district, lors de la conférence semestrielle de tous les directeurs régionales de la santé et de tous les médecins chefs des districts du pays, lors de la Table ronde nationale sur la protection sociale (<http://sites.google.com/site/protectionsocialeauburkinafaso/>), etc. ;

iv) présentation des résultats dans des conférences scientifiques nationales, régionales et internationales : afin de multiplier les processus de dissémination, des présentations scientifiques ont été effectuées au Burkina Faso, au Sénégal, en France, au Canada, en Suisse, en Belgique, etc. Un atelier a été spécifiquement organisé à Montreux lors du premier symposium sur la recherche concernant les systèmes de santé en novembre 2010 ;

v) organisation d'un atelier international au Burkina Faso : pour favoriser le partage d'expériences entre acteurs de terrain et renforcer les chances que les décideurs puissent intégrer cette problématique dans les politiques publiques, un atelier a été organisé en octobre 2010. Il a réuni pendant deux jours plus d'une soixante de participants et permis la présentation d'expériences similaires au Burkina Faso, au Cambodge, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Mali, en Mauritanie et au Niger.

vi) réalisation et distribution d'une note de politique (Policy Brief) : nous savons que les décideurs ne sont pas toujours disponibles pour lire de long rapport ou des articles scientifiques. Aussi, avons nous produit un court texte de 1.500 mots (quatre pages illustrées) afin de résumer les principaux résultats de cette recherche-action. Le document a été traduit en anglais et largement diffusé, tant en version papier au Burkina Faso qu'en version électronique dans les réseaux concernés par le sujet.

vii) production d'un film documentaire de 26' : pour favoriser la prise de conscience à l'égard de la problématique de l'indigence et disposer d'un outil visuel capable d'attirer l'attention, nous avons réalisé un film documentaire. Un cinéaste nigérien, réalisant par ailleurs un documentaire sur la problématique de la gratuité des soins dans le cadre d'une autre de nos recherches, s'est rendu à Ouargaye afin de donner la parole à tous les acteurs concernés. Le film sera diffusé dans le pays et pourra également être utilisé par le cinéaste dans des concours internationaux.

L'ensemble des produits d'application des connaissances est disponible sur un site Internet : <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/indigents.htm>.

Succès et difficultés du partenariat

Une pratique de recherche interdisciplinaire et mixte

Les enjeux du partenariat entre chercheurs se sont plus posés d'un point de vue interdisciplinaire que selon la dichotomie Nord/Sud. Les apprentissages ont été mutuels et la complémentarité des approches théoriques et méthodologiques mises en avant. Par exemple, les anthropologues effectuent le plus souvent leurs recherches selon un processus très inductif alors que les chercheurs en évaluation et santé publique organisent plus généralement leurs données sur la base d'un cadre d'analyse. Dans le cas présent, l'évaluation des processus s'est effectuée au regard de la théorie de l'action, donc des éléments décrivant la logique de l'action, mais sans pour autant contraindre la collecte des données qualitatives à cette seule dimension. L'utilisation de méthodes mixtes pour l'évaluation de l'action et la compréhension du processus a été très utile [16]. L'étude de 20 cas d'indigence, telle que décrite plus haut et adaptée d'une démarche méthodologique appliquée ailleurs [12], a permis de comprendre leur trajectoire de vie mais aussi de calculer leurs niveaux de dépenses. Les données qualitatives ont aussi été utiles pour contrecarrer la vision nécessairement réductrice, mais obligatoire pour l'évaluation de l'efficacité du ciblage [13], de la pauvreté vue sous l'angle économique [17]. Le calcul des données comptables des centres de santé [18] ont aussi été utiles pour informer les COGES de leurs capacités financières et comprendre leur capacité de prise en charge des indigents.

Dans le cadre de ce texte, il convient plutôt de discuter du partenariat entre chercheurs, décideurs et communautés, puisqu'il s'agit là de l'originalité de cette recherche-action.

Des relations étroites entre chercheurs et utilisateurs au plan local

Pour les chercheurs impliqués dans ce projet et préoccupés par l'application des connaissances [19], l'implication en amont, dès les premières réflexions sur l'action puis concernant sa planification, des responsables centraux et périphériques des ministères de la santé et de l'Action sociale était une condition favorable à l'utilisation des connaissances. La participation des communautés relevait du même propos mais visait aussi, et surtout, l'appropriation et la pérennité de l'intervention. Si cette seconde perspective a été relativement bien réussie, il faut constater que le partenariat avec les responsables a été souvent laborieux, surtout au niveau central.

Évidemment la proximité des relations entre chercheurs et décideurs ou praticiens au plan local constitue un facteur favorable à l'application des connaissances [20]. Le fait de proposer une solution concrète à des problèmes auxquels ces personnes sont confrontées au quotidien renforce leur intérêt et le partenariat [21]. Le processus participatif, le partage régulier des résultats de la recherche et la présence permanente du coordinateur de recherche dans cette région rurale et isolée les deux premières années du projet, sont autant de facteurs participant à l'explication de cette réussite. De même, les contacts réguliers et soutenus avec des membres d'une ONG intervenant dans les quatre districts (au Burkina Faso et au Niger) ayant décidé de reproduire l'expérience ont été essentiels.

Des décideurs nationaux peu préoccupés par la prise en charge des indigents

En revanche, l'appropriation de la démarche par les décideurs centraux, ceux qui font les politiques, est plus problématique, malgré nos multiples tentatives et présentations des données probantes issues de cette recherche. À l'image du comité interministériel sur la prise en charge des indigents créé en 2005 qui peine à se réunir, après deux ans d'efforts pour organiser un Forum national sur le sujet, nous n'avons pas pu impliquer les décideurs centraux. Ils n'ont jamais souhaité prendre le leadership de cette problématique. Nous avons finalement décidé de le faire nous même, en les invitant (avec peu de succès) à l'atelier national présenté plus haut, mais sans leur implication dans l'organisation. C'est comme si le constat fait il y a quelques années sur le peu d'intérêt des décideurs concernant cette problématique est encore valable [9, 22]. Une évaluation récente du Programme national de développement sanitaire (2001-2010) arrive au même constat « certaines recherches sur les indigents dans les districts ne sont pas valorisées au plan national » [23]. Les décideurs centraux ne font pas face au quotidien aux requêtes des indigents et ils sont accaparés par de multiples réunions, ateliers et autres missions. Lors d'une réunion en mars 2010 organisée par un groupe de

journalistes préoccupés par la question des plus pauvres, les responsables du ministère n'ont pas évoqué l'expérience de Ouargaye alors même qu'ils avaient été mis au courant lors de la dernière rencontre ministérielle sur la santé fin 2009 (CASEM), à l'instar de tous les directeurs centraux. Pourtant, le ministère reconnaît dans son analyse de la situation sanitaire nationale de 2010 préalable à la reformulation de sa politique sanitaire nationale le fait que « des initiatives de recherches sur ce sujet sont développées notamment dans la région du Sahel et du Centre Est » [24]. Cependant, nos dernières années d'implication sur le sujet montre qu'il n'existe pas de réelle volonté politique à résoudre ce problème complexe, tant au plan national qu'international. Par exemple au plan national, le pays s'est doté d'une politique ambitieuse de subvention des accouchements financée par le budget national où 20% des femmes considérées comme indigentes devraient bénéficier de l'exemption du paiement de cet acte. Or, soit les agents de santé et leurs responsables ne sont pas au courant de cette disposition, soit ils attendent que l'État leur fournisse des critères. Et pourtant, le document de mise en œuvre de cette politique stipule que l'un des critères donnant droit à l'exemption est le « statut d'indigent reconnu par la loi ou la communauté » [25]. Bien souvent, les responsables du ministère de la santé renvoient la balle à leurs collègues du ministère de l'Action sociale pour que des solutions soient suggérées. Bien que ce ministère soit le seul à pouvoir délivrer des certificats d'indigence, il ne dispose que de très peu de moyens pour effectuer sa mission, ses agents ne sont pas présents en dehors des villes et malgré le fait qu'ils soient des experts de l'indigence, ils n'ont ni une vision commune du sujet ni des critères de sélection normalisés [26]. Il suffirait donc de décider d'étendre l'expérience de Ouargaye.

Leçons apprises

Au plan des connaissances mises au jour par cette recherche concernant la prise en charge des indigents :

- Les communautés sont en mesure de sélectionner les personnes indigentes
- Le processus communautaire et participatif adopté n'a pas provoqué de stigmatisation sociale des indigents
- La réduction de la barrière financière de l'accès aux soins n'est pas suffisante pour répondre aux multiples besoins des indigents
- Les conflits d'intérêt en octroyant des soins sans paiement et les faibles capacités contributives locales réduisent le potentiel de couverture de l'approche communautaire de sélection des indigents
- Le manque d'intérêt des décideurs nationaux à l'égard de la prise en charge des indigents

Au plan de l'application des connaissances et du partenariat entre chercheurs et décideurs du niveau périphérique :

- Impliquer dès la planification de l'organisation d'une recherche les utilisateurs potentiels des résultats
- S'assurer d'un partenariat continu et soutenu entre chercheurs et utilisateurs
- Faire en sorte que les utilisateurs puissent participer à certaines activités de recherche
- User de stratégies variées de dissémination des résultats de recherche
- Impliquer les utilisateurs dans les activités de dissémination

Intérêts concurrents

Aucun intérêts concurrents.

Contributions des auteurs

VR, SH, MY et AB ont écrit les protocoles de recherche. YK et KK ont coordonné l'action en collaboration avec MS et NC. MY a organisé la collecte des données qualitatives avec VR, YK, KK et AB. MO a organisé la collecte des données quantitatives avec AB, VR et YK et les premières analyses avec SH, VR. Les analyses quantitatives ont été effectuées par SH et VR avec l'aide de Béatrice Nikiema. Les analyses qualitatives ont été effectuées par MY et VR. VR a écrit les premières versions de l'article. Tous les auteurs ont lu, amélioré et approuvé l'article final.

Remerciements

Cette expérience est le fruit d'un processus collaboratif qui implique de multiples personnes et organisations que nous ne pouvons ici toutes citer. Elles se reconnaîtront et nous les remercions très chaleureusement. La recherche a bénéficié d'un financement du Centre de Recherche en Développement International (CRDI) du Canada. Elle a aussi bénéficié du soutien de l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM), un partenariat de financement de la recherche réunissant les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Agence canadienne de développement international, Santé Canada, le Centre de recherches pour le développement international, et l'Agence de la santé publique du Canada. Valéry Ridde dispose d'une subvention de New Investigator des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Nous remercions également les réviseurs de cet article dont les commentaires nous ont permis d'en améliorer le contenu et la clarté des arguments.

Références

1. Gilson L, Schneider H: Understanding health service access: concepts and experience. In: Global Forum Update on Research for Health Volume 4 edn. Edited by Research GFFH. Geneva; 2008: 28-32.
2. Gwatkin D, Rustein S, Johnson K, Pande RP, Wagstaff A: Socio-economic differences in Health, Nutrition and Population in Burkina Faso. In.: HNP/Poverty Thematic Group of The World Bank; 2000: 28.
3. Kruk ME, Goldmann E, Galea S: Borrowing and selling to pay for health care in low- and middle-income countries. *Health Aff (Millwood)* 2009, 28(4):1056-1066.
4. Stierle F, Kaddar M, Tchicaya A, Schmidt-Ehry B: Indigence and access to health care in Sub-Saharan Africa *International Journal of Health Planning & Management* 1999, 14:81-105.
5. UNICEF: The Bamako Initiative : rebuilding health systems. In. New York: UNICEF- The Bamako Initiative Management Unit; 1995: 20.
6. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Organa H, Ouendo M: Strategies for promoting equity : Experience with community financing in three African countries. *Health Policy* 2001, 58(1):37-67.
7. Ministère de la Santé: Document national sur le renforcement des soins de santé primaires au Burkina Faso; projet de démarrage de l'Initiative de Bamako. In. Ouagadougou: Comité préparatoire de l'Initiative de Bamako; 1992: 73.
8. Ridde V: Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bull World Health Organ* 2003, 81(7):532-538.
9. Ridde V: "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Social Science & Medicine* 2008, 66:1368-1378.
10. Reason P, Bradbury H (eds.): Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice. London-Thousand Oaks-New Delhi: Sage Publications; 2001.
11. Ridde V, Yaogo M, Kafando Y, Sanfo O, Coulibaly N, Nitiema PA, Bicaba A: A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *J Epidemiol Community Health* 2010, 64:10-15.
12. Russell S: Illuminating cases : understanding the economic burden of illness through case study household research *Health Policy Plan* 2005:277-289.
13. Ridde V, Haddad S, Nikiema B, Ouedraogo M, Kafando Y, Bicaba A: Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees. *BMC Public Health* 2010, 10:631 (21 October 2010).

14. Coady D, Grosh M, Hoddinott J: Targeting of Transferts in Developing Countries: Review of Lessons and Experience. In. Washington: World Bank, IFPRI; 2004.
15. Conning J, Kevane M: Community based targeting mechanisms for social safety nets : a critical review. *World Development* 2002, 30(3):375-394.
16. Pluye P, Nadeau L, Gagnon M-P, Grad R, Johnson-Lafleur J, Griffiths F: Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes. In: *Approches et pratiques en évaluation de programme*. edn. Edited by Ridde V, Dagenais C. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2009: 123-141.
17. Hagberg S: Poverty in Burkina Faso. *Representations and Realities*. ULRICA. Uppsala University; 2007.
18. Kafando Y, Ridde V: Les ressources financières des comités de gestion du Burkina Faso peuvent améliorer l'équité d'accès au système de santé. *Cahiers Santé* 2010, 20(3):153-161.
19. Ridde V: Defying boundaries: globalisation, bureaucracy and academic exchange. *Promotion & Education* 2008, 15(1):3-4.
20. Hanney S, Gonzalez-Block M, Buxton M, Kogan M: The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems* 2003, 1(1):2.
21. Rochefort DA, Cobb RW: Problem definition : an emerging perspective. In: *The politics of problem definition shaping the policy agenda*. edn. Edited by Rochefort DA, Cobb RW. Lawrence, Kansas: University Press of Kansas; 1994: 1-31.
22. Ridde V: L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? *Lien social et Politiques* 2006, 55:149-163.
23. Bicaba A, Ouedraogo L, Biao MP: Plan national de développement sanitaire (PNDS). Evaluation finale. In. Ouagadougou: Ministère de la santé. SERSAP; 2010: 95.
24. Ministère de la Santé: Document de l'analyse de la situation sanitaire nationale. In. Ouagadougou: ministère de la santé.; 2010: 158.
25. Ministère de la Santé: Plan de mise en oeuvre de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso. In. Ouagadougou: Ministère de la Santé; 2006: 45.
26. Schoemaker-Marcotte C, Kadio K, Somé P-A, Ridde V: Les critères d'indigence dans les centres hospitaliers régionaux du Burkina Faso. In. Montréal: CRCHUM. Equipe de recherche sur la vulnérabilité et la santé Teasdale-Corti; 2010:

Figure 1 - Forum communautaire de présentation des résultats



CRÉDIT PHOTO: YAMBA KAFANDO

Forum communautaire de présentation des résultats effectué par un membre de l'équipe du district de santé de Ouargaye dans le village de Yourga (juin 2009)