

Un vivre ensemble en zone lotie rend difficile une approche communautaire de sélection des indigents de la ville de Ouagadougou au Burkina Faso

V. Ridde, C. Rossier, A. Soura, B. Fiacre, K. Kadio

RESUME

Au Burkina Faso, les indigents qui utilisent des centres de santé publics sont en principe exemptés du paiement des soins. Des essais ont démontré que le ciblage des indigents à base communautaire est efficace en milieu rural. Cependant, il reste à comprendre comment procéder au ciblage des indigents en ville. Cette recherche vise à évaluer un processus participatif de ciblage des indigents exonérés du coût des soins par le biais d'un fond communautaire dans un quartier formel (loti) et informel (non loti) dans la ville de Ouagadougou. Les résultats montrent que la couverture du ciblage des indigents est très basse : 0.33% (loti) et 0.22% (non loti) des habitants. Dans le quartier non loti, le niveau de pauvreté des individus sélectionnés est plus élevé que le niveau moyen des pauvres non sélectionnés. Par contre, certains indigents sélectionnés dans le quartier loti n'étaient pas parmi les plus démunis. Le processus a été difficile à organiser dans le quartier loti où les habitants se connaissaient moins bien et étaient peu disponibles. En revanche, le processus a bien fonctionné dans le quartier non loti. Le processus de sélection à base communautaire semble être une option pour les quartiers non lotis, mais d'autres stratégies doivent être conçues pour les quartiers lotis.

MOTS CLES: ciblage, à base communautaire, indigents, Burkina Faso, équité

INTRODUCTION

¹La couverture universelle en santé ne peut se comprendre sans une prise en charge des plus pauvres. Mais les enjeux du ciblage des interventions qui souhaitent améliorer le sort des plus pauvres sont nombreux et discutés depuis longtemps, tant au plan de l'économie politique (Gilson, Russell et al. 1995, Sen 1995, Mkandawire 2005) que concernant ses aspects sociaux ou plus simplement techniques (Gwatkin 2000, Coady, Grosh et al. 2004, Hanson, Worrall et al. 2007). En Afrique dans le domaine de la santé, cet enjeu est central, car dans la majorité des pays ont été formulés des systèmes d'exemption du paiement des soins pour les indigents, c'est-à-dire les personnes incapables de payer les frais demandés au point de service (Stierle, Kaddar et al. 1999). En effet, la plupart des pays imposent un paiement direct des soins au point de prestation de service, excluant ainsi les indigents de l'accès aux soins (James, Hanson et al. 2006). Cependant, les politiques d'exemption des années 1990 mises en œuvre en Afrique pour les indigents ont profité plus aux autres qu'à ces derniers (Leighton and Diop 1995). Ainsi, se pose la question de la manière dont on

¹ Ce chapitre est une version française d'un article publié en anglais dans une revue scientifique : <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/31/abstract>

sélectionne les indigents pour les exempter du paiement des soins afin d'avancer vers la couverture universelle en santé réclamée par l'Assemblée Mondiale de la Santé.

Dans les écrits scientifiques, il faut reconnaître que les débats sont jusqu'ici de nature plus théorique et conceptuelle que pratique. En effet, rares sont les expériences mises en œuvre dont les évaluations permettent de tirer des leçons pour améliorer les actions (Barrientos and Hulme 2010). Cette rareté des interventions étudiées est encore plus vraie lorsque l'on se tourne vers l'Afrique et ses villes (Morestin, Grant et al. 2009). Une revue des écrits réalisées au début des années 2000 montrait que 122 expériences avaient été réalisées dans 48 pays, mais seulement 13 en Afrique subsaharienne (Coady, Grosh et al. 2004).

Ce manque d'expériences évaluées étonne d'autant plus qu'il n'existe aucun consensus sur la méthode de ciblage la plus appropriée (catégorielle, géographique, individuelle, etc.) de même que sur le processus (communautaire, administratif, etc.) le plus adapté. La plupart des écrits mettant en avant l'importance d'adapter le ciblage au contexte particulier de sa mise en œuvre (Coady, Grosh et al. 2004) mais « *few studies document the critical « how and why » issues* » (Hanson, Worrall et al. 2007).

TRÈS PEU D'EXPÉRIENCES DE CIBLAGE DANS LES VILLES AFRICAINES

De surcroît, en Afrique subsaharienne francophone en particulier, très rares ont été les expériences de ciblage en milieu urbain. La plupart des écrits disponibles concernent le milieu rural (Aryeetey, Jehu-Appiah et al. 2010, Souares, Savadogo et al. 2010, Ridde, Yaogo et al. 2011, Samb and Ridde 2012, Honda and Hanson 2013, Ridde and Jacob 2013). Cette orientation rurale est logique car ce milieu concentre la proportion la plus importante des populations pauvres du continent. Cependant, l'urbanisation du continent est rapide et la pauvreté dans les villes africaines se développe. Par exemple au Burkina Faso, l'incidence de pauvreté s'est maintenu entre 2003 et 2009 en milieu rural (52,3% vs 52,8%) mais elle s'est accru en milieu urbain (19,9% vs 25,2%) (INSD 2009). Une expérience de ciblage dans un département urbain de la capitale de Mauritanie a intégré l'exemption du paiement des soins dans une mutuelle de santé. La sélection communautaire des indigents n'a pas bien fonctionné, obligeant les initiateurs à recourir par la suite à un processus plus administratif, sous la responsabilité d'une spécialiste (Criel, Bâ et al. 2010). Un système d'exemption du paiement des soins pour les indigents testé à Madagascar a eu un ciblage plus efficace en milieu urbain que rural, mais les effets ont été très limités dans les deux cas pour les patients (Honda and Hanson 2013). Au Ghana, une expérimentation comparant plusieurs processus avance qu'en milieu urbain, où l'incidence de la pauvreté est faible, il serait préférable d'utiliser la méthode du *means testing* (i.e. mesurant les ressources des individus), alors que l'approche participative et communautaire serait plus efficiente en milieu rural (Aryeetey, Jehu-Appiah et al. 2012). En effet, compte tenu de « *l'anonymat qui conduit à une certaine atomisation du social* » (Laurent 2012) dans les villes africaines, les approches participatives communautaires de ciblage des indigents peuvent être difficiles à mettre en œuvre (Coady, Grosh et al. 2004). Eu égard à la rareté des expériences de ciblage communautaire des indigents dans les villes africaines et à notre souhait de vérifier que ces

hypothèses de la difficulté des processus communautaire en ville étaient fondées, une expérimentation a été testée dans la capitale du Burkina Faso.

UNE INTERVENTION DE CIBLAGE DANS LA CAPITALE DU BURKINA FASO

L'intervention s'inscrit dans un processus de production de données probantes adaptées au contexte du Burkina Faso. Plusieurs processus de ciblage communautaires ont été récemment testés en milieu rural au Burkina Faso (Souares, Savadogo et al. 2010, Ridde, Yaogo et al. 2011). Cependant, pour soutenir les autorités qui ont décidé dans leur récente politique nationale de protection sociale d'exempter du paiement des soins les indigents du pays (ministère de l'Action sociale et de la solidarité nationale 2012), il faut aussi disposer de preuves spécifiques au contexte urbain, afin de favoriser un éventuel passage à l'échelle nationale des expériences locales qui pour l'instant ont été surtout en milieu rural (Ridde, Yaogo et al. 2011). Ainsi, un processus de ciblage participatif, conçu à partir des leçons d'une expérience en milieu rural (Ridde, Yaogo et al. 2011) et adapté au milieu urbain, a été mis en place en 2011-2012 à Ouagadougou, la capitale du Burkina Faso.

Pour favoriser l'évaluation, l'intervention a été mise en œuvre sur une partie du territoire couvert par l'Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO), dont les détails méthodologiques sont fournis ailleurs (Rossier, Soura et al. 2012). La zone couverte par l'OPO, qui n'est pas représentative de celle de la capitale, concerne cinq quartiers situés à la périphérie Nord de la ville. La population suivie par l'OPO est de 81 717 individus vivant dans 18 310 ménages en 2010, répartis entre deux quartiers viabilisés (Kilwin, Tanghin) et trois quartiers d'habitat spontané (« quartiers non lotis ») (Nonghin, Polesgo, Nioko 2). Ces derniers sont largement dépourvus d'assainissement public, d'adduction à l'eau potable, d'écoles et de services de santé publics. Plus de 30% de la population de Ouagadougou habiterait aujourd'hui dans des quartiers « non lotis » (Boyer and Delaunay 2009). Sur la base d'un indicateur de pauvreté calculé à partir des avoirs des ménages pour l'année 2009, on estime que 27,2% des habitants des zones loties couvert par l'OPO sont pauvres contre 65,6% dans les zones non loties (Soura and Lankoande 2011). Par comparaison, et en utilisant le même indicateur avec les données de l'Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages de 2007 (une enquête nationale), 24,2% de la population de Ouagadougou dans son ensemble et 73,1% du milieu rural Burkinabé sont pauvres.

L'expérience s'est déroulée dans deux zones représentant les contextes les plus contrastés du territoire de l'OPO, soit Kilwin (un quartier loti, urbain, qui a un niveau de richesse comparable à la moyenne de Ouagadougou) et Polesgo (un village rejoint par les quartiers non lotis de la ville au cours des années 2000, qui présente un niveau de pauvreté comparable à l'ensemble du milieu rural). Le choix méthodologique d'évaluation de deux études de cas contrastées permet d'utiliser la comparaison des interventions selon les contextes (Yin 2009, Yin and Ridde 2012). Chaque zone est reliée à un centre de santé et promotion sociale (CSPS), centre de première ligne du système de santé public, relevant de deux districts sanitaires différents. La zone OPO de Kilwin représente environ un tiers des habitants couverts par le CSPS du secteur 21 et celle de Polesgo représente environ un quart des habitants couverts par le CSPS de Polesgo.

L'intervention vise à sélectionner les indigents de ces quartiers de la ville afin de leur donner une carte d'exonération du paiement des soins dans le CSPS de leur aire sanitaire. La sélection des indigents a été effectuée par des comités de quartiers composés de sept membres bénévoles. Ces bénévoles ont été sélectionnés différemment en fonction du quartier. A Polesgo, la sélection a été réalisée par les agents de liaison communautaire de l'OPO, soit des personnes chargées des relations avec la communauté, qui connaissent bien le quartier. Comme l'OPO n'a pas pu mettre en place un système similaire dans les zones loties, donc à Kilwin, les contrôleurs des équipes d'enquêteurs de l'OPO ont choisi des délégués de comités, qui ont recrutés leurs propres membres.

Chaque comité était chargé de sélectionner les personnes qu'elles considèrent comme indigente. Aucun critère de sélection n'était remis, mais elle devait se faire sur la base d'une définition de l'indigence retenue après un processus participatif et consensuel élaborée au cours d'une des expériences en milieu rural burkinabé : « *une personne extrêmement démunie socialement et économiquement, incapable de se prendre en charge et sans soutien endogène ou exogène* » (Ridde, Yaogo et al. 2011). Toute définition de l'indigence est par nature sujette à caution et interprétation. Au moment où ces travaux ont été entrepris (2005/7), il n'existait aucune définition officielle de l'indigence dans le contexte du Burkina Faso². En outre, même si cette dernière existait, il ne semble pas réaliste de penser qu'une seule et unique définition nationale puisse exister. Chaque communauté dispose de sa propre perception de l'indigence. De plus, le fait que dans ce processus le financement de l'exemption du paiement des soins soit endogène, cela militait pour la production d'une définition, elle aussi endogène, donc adaptée aux contextes locaux. La liste des personnes considérées comme indigentes par les comités de quartier était ensuite proposée aux COGES (comité de gestion des CSPA) pour obtenir leur accord, puisque ce sont eux qui vont au final assurer le financement. En effet, pour assurer la pérennité de l'exemption, le financement est assuré par les fonds propres des CSPA, qui proviennent des bénéfices réalisés sur la vente des médicaments et des actes médicaux. Ces fonds sont gérés par les COGES, qui ont donc la responsabilité finale de décider de la liste des indigents retenus. Cette utilisation des fonds pour l'exemption des indigents est prévue depuis les années 1990 dans la politique nationale (Ministère de la Santé 1992). Une directive nationale rappelle aux CSPA qu'ils peuvent planifier cette prise en charge pour un montant maximum de 200.000 F CFA par an pour l'ensemble des indigents de leur aire de santé (ministère de la Santé 2009). À la fin du processus de ciblage, les indigents retenus dans la liste définitive des COGES ont été informés de leur droit à l'exemption du paiement des soins et ont reçu une carte officielle signée par le ministère de l'Action sociale, valable deux ans.

L'ensemble de ce processus, de l'information de toutes les parties prenantes au démarrage jusqu'à la distribution des cartes aux indigents s'est déroulé sur une période de 15 mois entre juin 2011 et août 2012. Cet article présente les résultats de l'évaluation des processus et de l'efficacité de cette intervention.

² Depuis 2012 une telle définition existe mais elle n'a pas connue et son processus de production est discutable.

MÉTHODES

Cette étude est une évaluation des processus et de l'efficacité. Dans le domaine de l'évaluation des interventions, l'analyse des processus vise à comprendre le fonctionnement de l'action, ses forces et ses faiblesses, ses difficultés et ses défis (Patton 2008). L'évaluation de l'efficacité est centrée dans cet article sur la couverture de l'intervention et les erreurs de ciblage (Ridde, Haddad et al. 2010).

L'évaluation des processus a eu recours à des méthodes qualitatives reposant sur des données primaires collectées par les auteurs (entrevues individuelles, n = 26). Dans le quartier de Kilwin, des entrevues individuelles en profondeur ont été réalisées avec des indigents sélectionnés (3 retenus sur la liste finale et 3 non retenus) et avec tous les délégués de comités de quartier (n=11). Dans le quartier de Polesgo, des entrevues individuelles en profondeurs ont été effectuées auprès des indigents (3 retenus sur la liste finale et 3 non retenus), et tous les délégués de comités de quartier (n=3). Rappelons que la zone de Kilwin est quatre fois plus grande que celle de Polesgo, ce qui explique le nombre plus réduit de comité de quartier à Polesgo, et les différences dans les personnes prenantes rencontrées pour l'évaluation.

Les entrevues ont été conduites le plus souvent en français, certains en Moré, la langue majoritaire à Ouagadougou. Elles ont été enregistrées, transcrites et traduites, sauf les entretiens avec les 12 indigents qui ont été exploités uniquement à partir de l'enregistrement audio. Toutes les entrevues visaient à obtenir le point de vue des personnes sur la mise en œuvre de l'intervention, ses difficultés, ses forces, les stratégies d'adaptation des acteurs, etc. Par la suite, une analyse thématique du contenu a permis de dégager les principaux éléments concernant la mise en œuvre de l'intervention. Ponctuellement, nous faisons référence aux travaux de maîtrise de deux étudiants de l'Université de Ouagadougou, qui ont étudié, sous notre direction, les processus de ciblage à mi-parcours (Assi 2012, Siolo 2012).

La couverture de l'intervention est la proportion d'indigents sélectionnés par les deux niveaux de comité par rapport à la population totale de l'aire de référence. En ce qui concerne les erreurs de ciblage, l'intervention vise à minimiser les biais d'inclusion (des personnes sélectionnées comme indigentes alors qu'elles ne le sont pas) et les biais d'exclusion (des personnes qui sont indigentes mais qui n'ont pas été sélectionnées). Nous ne disposons pas de données concernant les revenus ou les dépenses des ménages suivis par l'OPO. Cependant, une comparaison des caractéristiques individuelles et des profils socioéconomiques des ménages où vivent les indigents sélectionnés et les autres ménages de l'OPO non sélectionnés permet d'avoir une approximation de l'efficacité du ciblage. L'hypothèse que nous souhaitons tester est que les indigents retenus par les COGES vivent dans des ménages plus vulnérables que les habitants pauvres de la zone de référence non sélectionnés. Les données sont issues de l'enquête socio-économique auprès de tous les ménages réalisées par l'OPO en 2011 auprès de toute la population de la zone. Nous utilisons un indicateur de la pauvreté construit à partir des biens du ménage. Les ménages

sont catégorisés comme « pauvres » lorsqu'ils n'ont ni moto, ni voiture, ni télévision, ni réfrigérateur; des détails méthodologiques sont fournis ailleurs (Rossier, Soura et al. 2012, Rossier, Soura et al. 2013). La comparaison des moyennes et des proportions entre les groupes est réalisée grâce au test t.

Il faut souligner que nous n'avons pas analysé l'efficacité du ciblage concernant les indigents identifiés par les comités de quartiers puis non retenus par les COGES (n=1054). L'appariement des données notées pour chaque indigent sur les cahiers des comités de quartiers avec les données de la base de données de l'OPO nécessite en effet un déplacement de vérification à chaque domicile concerné, ce qui est relativement long et dépassait le budget alloué à cette évaluation.

L'étude a été autorisée par le comité d'éthique en santé du Burkina Faso et celui du Centre hospitalier de l'université de Montréal.

RÉSULTATS

Une très faible couverture

Le tableau 1 présente la couverture du ciblage dans les deux quartiers. Le nombre d'indigents retenus par les COGES est très faible et semblable dans les deux quartiers, soit environ trois indigents pour 1000 individus. Le nombre d'indigents présélectionnés par les comités de quartier varie lui fortement. Les données qualitatives montrent que les volontaires des deux quartiers ont interprété différemment la définition de l'indigence donnée au départ (voir *supra*).

Tableau 1 : Couverture de la sélection des indigents dans les deux quartiers de Ouagadougou

	Kilwin	Polesgo
Type de quartier	loti	non loti
Nombre total d'habitants (2011)	22 418	5 994
Nombre de comités de quartier	11	3
Nombre d'indigents retenus par les comités de quartiers	1 117	25
Couverture du ciblage des comités de quartier	5 %	0,4%
Nombre de COGES	1	1
Nombre d'indigents retenus par les COGES	75	13
Couverture du ciblage des COGES	0,33%	0,22%

À Kilwin, si certains volontaires communautaires sont restés fidèles à la définition donnée de l'indigence (qui incluait à la fois l'incapacité à se prendre en charge et l'absence de soutien social), d'autres lui ont donné un sens plus large en utilisant comme critères de sélection la difficulté à payer les soins en cas de maladie, l'insécurité alimentaire ou les conditions de logement : « *Quand tu vois quelqu'un que ça ne va pas chez lui, tu sais [qu'il est indigent], la personne n'a même pas un bon endroit où dormir, n'a pas à manger, quand tu regardes la cour de la personne, tu sens ça.* » (délégué de comité 8, Kilwin). C'est donc souvent une définition axée sur les besoins primaires qui a été retenue dans ce quartier formel, au niveau de vie comparable à la moyenne de Ouagadougou.

À Polesgo, où la grande majorité des habitants vit en dessous du niveau de pauvreté, comme en milieu rural, l'insatisfaction des besoins primaires ne permet pas de distinguer les indigents des autres, car elle est commune à la plupart des habitants. Les volontaires ont donc, comme en milieu rural, mis avant tout l'accent sur l'incapacité physique de l'individu à générer un revenu (handicap, vieillesse), combinée à un manque total de soutien familial. *« Nous regardons les gens qui sont invalides et ils n'ont pas de soutien quelconque matériel ou financier. [...] Ils ne peuvent pas travailler et on ne parle même pas de se prendre en charge quand ils sont malades parce qu'ils n'ont rien du tout et personne pour les aider »* (délégué de comité 1, Polesgo).

Le caractère très restrictif de la sélection des volontaires du quartier de Polesgo est confirmé par leur perception *a posteriori* : *« Il y a des indigents que nous n'avons pas recensé simplement parce que nous avons jugé que leur situation était moins grave que celle de ceux que nous avons choisis, mais nous voyons aujourd'hui que nous aurions dû les recenser également car certaines de ces personnes souffrent vraiment »* (délégué de comité 2, Polesgo).

Une efficacité différente selon les quartiers

Sur 88 indigents sélectionnés par la communauté puis les COGES dans les deux quartiers, 65 (78,3%) ont été inclus dans l'analyse sur l'efficacité. Dans certains cas, nous n'avons pas pu apparier les informations relevées par les comités et celles qui figurent dans les bases de l'OPO. Par ailleurs, cette population précaire est mobile. Or, les personnes présentes depuis moins de six mois ne figurent pas dans les bases de l'OPO. Enfin, l'information sur les biens des ménages n'est disponible que pour les ménages qui ont pu être interrogés lors du passage de 2011 de l'OPO (soit 91,3% des ménages), ce qui a également contribué à diminuer le nombre d'indigents inclus dans l'analyse de l'efficacité.

Le tableau 2 montre que les personnes sélectionnées à Polesgo sont plus pauvres que la moyenne des pauvres non sélectionnés. Les indigents n'ont aucun des biens susmentionnés (moto, voiture, télévision, réfrigérateur). De plus, leurs ménages ont moins souvent des téléphones portables (63%) comparés aux autres ménages pauvres (88%), mais un peu plus souvent des vélos (100% vs 91,6%). Les indigents sélectionnés à Polesgo sont plus souvent des personnes âgées, plus souvent des femmes, et habitent plus souvent dans des ménages dirigés par des femmes. Ils sont rarement en activité économique (17% contre 66% pour l'ensemble des personnes pauvres), et lorsque c'est le cas, ils sont toujours actifs dans le secteur informel. Les indigents sélectionnés sont toujours sans instruction, contre 65% des personnes classées comme « pauvres » à Polesgo. Les caractéristiques des indigents découlent de la définition de l'indigence utilisée : les personnes âgées, les femmes, et les personnes sans instruction sont en effet plus souvent victimes de handicap incapacitant l'activité et d'isolation sociale.

A Kilwin, les indigents sélectionnés sont aussi plus souvent âgés, sans activité économique (54% contre 38%), et sans instruction (82% contre 50%), comparé à l'ensemble des pauvres du quartier. Par contre, les femmes ne sont pas surreprésentées parmi les indigents, et on s'aperçoit que les indigents sélectionnés possèdent, en moyenne, plus de biens que l'ensemble des pauvres du quartier : 51% des ménages des indigents retenus

possèdent une moto, 21% un téléviseur et 2% un réfrigérateur, alors que les ménages pauvres n'ont aucun de ces biens. Les indigents sélectionnés habitent dans des ménages qui ont tout autant de téléphones portables que les autres ménages pauvres.

Tableau 2 : comparaison des caractéristiques des indigents sélectionnés avec celles des personnes pauvres non sélectionnées

	KILWIN (LOTI)			POLESGO (NON LOTI)		
	Indigents sélectionnés (n=57)	Personnes pauvres non sélectionnées (n=1423)	p-valeur	Indigents sélectionnés (n=8)	Personnes pauvres non sélectionnées (n=1390)	p-valeur
Caractéristiques individuelles						
Age moyen	58,2 (55,0-61,4)	36,1 (35,4- 36,8)	0	48,9 (30,8-66,9)	36,5 (35,8-37,2)	0,01
Pourcentage de personnes de 60 ans et +	40,4 (27,6-53,1)	7,4 (6,1-8,8)	0	12,5 (0,0 - 40,2)	7,3 (5,9-8,6)	0,57
Pourcentage de personnes de sexe féminin	49,1 (36,1-62,1)	51,4 (48,8-54,0)	0,73	62,5 (22,0- 100)	48,6 (46,0- 51,3)	0,43
Pourcentage de personnes sans instruction	82,1 (72,1-92,2)	50,0 (50,4-55,6)	0	100	64,8 (62,3 -67,3)	0,07
Pourcentage de personnes sans activité	53,6 (40, -66,6)	38,3 (35,8-40,9)	0,02	83,3 (52,2 -100)	33,5 (31,0-36,0)	0,01
Pourcentage de personnes actives dans secteur informel	39,3 (26,5-52,1)	40,3 (37,7 -42,8)	0,88	16,7 (0,0-47,9)	43,9 (41,3-46,5)	0,18
Pourcentage de personnes salariées du privé	7,1 (0,4-13,9)	15,1 (13,2-17,0)	0,1	0	20,0 (17,9-22,1)	0,22
Caractéristiques des ménages						
Pourcentage de ménages possédant un vélo	40,3 (27, -53,1)	83,2 (81,2 -85,1)	0	100	91,6 (90,2 -93,1)	0,39
Pourcentage de ménages possédant une moto	50,9 (37,9-63,8)	0	0	0	0	
Pourcentage de ménages ayant un poste téléviseur	21,0 (10,5-31,6)	0	0	0	0	
Pourcentage de ménages ayant un réfrigérateur	1,8 (1,6 - 5,2)	0	0	0	0	
Pourcentage de ménages avec téléphone (portable)	91,2 (83,9-98,6)	91,6 (90,2-93,1)	0,91	62,5 (22,0 -100)	87,6 (85,8 -89,3)	0,03
Pourcentage de ménages avec logement en banco	35,1 (22,7-47,5)	30,8 (28,4-33,2)	0,49	100	97,9 (97,2-98,7)	0,68
Pourcentage de ménages dirigés par une femme	29,8 (17,9-41,7)	24,2 (22,0-26,5)	0,34	37,5 (0,0-78,0)	16,3 (14,4-18,3)	0,11

Le rôle des relations sociales dans le processus de sélection en ville

Contrairement à Polesgo (quartier non loti), une partie des indigents sélectionnés à Kilwin (quartier loti) ne sont donc pas parmi les plus pauvres du quartier si on se réfère aux biens possédés par les ménages. Ces résultats s'expliquent de plusieurs manières. Tout d'abord, les listes rendues au COGES n'ordonnaient pas les personnes selon le degré d'indigence. Or, nous avons vu plus haut que les volontaires de Kilwin (contrairement à ceux de Polesgo) ont interprété de manière variable la définition de l'indigence, provoquant ainsi une certaine hétérogénéité dans les indigents sélectionnés. Le COGES n'avait aucun moyen de faire un tri éclairé entre ces différentes catégories d'indigents, et n'a donc pas retenu systématiquement les plus pauvres dans les listes proposées.

Ensuite, à Kilwin, certains comités de quartier avouent qu'ils ont parfois opéré des choix à partir d'informations incomplètes. « *Très souvent, il y a des gens [sur qui] nous n'avons pas pu avoir certaines informations, notamment s'il n'y a pas des gens qui leurs viennent en aide* » (délégué de comité 8, Kilwin). Dans d'autres comités de quartier, la méconnaissance des habitants était telle que les membres n'ont pas pu établir une liste d'indigents en se concertant, comme ils étaient censés le faire. Rompant les règles fixées au début de l'intervention, certains comités ont sillonné leur quartier en posant des questions dans chaque ménage. Alertés par l'opération, certains résidents ont biaisé leurs réponses. « *Il y a certaines personnes qui peuvent nous dire qu'elles n'ont pas de l'aide alors que ce n'est pas le cas. Comme nous avons recensé les gens sur la base de leurs déclarations, je ne peux pas affirmer avec certitude que tous les gens que nous avons sélectionnés sont effectivement des gens qui n'ont aucune aide* » (délégué de comité 7, Kilwin). De plus, les membres du COGES qui devaient établir la liste finale des indigents, ont eux aussi une connaissance très imparfaite des habitants de leur quartier qui est très vaste : « *Puisque nous ne connaissons pas tout ce monde-là [...] on était embarrassé [pour choisir dans la liste]* » (représentant COGES, Kilwin) (Assi 2012).

Par contraste, les comités de quartier de Polesgo étaient constitués de personnes originaires de la localité. Ce village, anciennement implanté en bordure de la ville de Ouagadougou, n'a été incorporé dans la capitale par l'avancée des quartiers non lotis que depuis quelques années. Même si les personnes installées plus récemment ne sont pas toutes connues parfaitement des comités, leur degré de connaissance des habitants du quartier reste important. « *Je suis né dans ce quartier et depuis je suis ici, je suis un autochtone d'ici et j'ai aujourd'hui 32 ans, de ce fait je pense que je connais assez ce quartier, même si dans le non loti aujourd'hui il y a toujours de nouveaux arrivants. Les autres membres [...] je les connais tous il y a bien longtemps parce que nous sommes dans le quartier ensemble, ils connaissent aussi bien la zone que moi.* » (délégué de comité 1, Polesgo).

Outre les problèmes liés à l'anonymat relatif de Kilwin, l'opération a été entachée par des cas de collusion. Nous avons ainsi constaté que les indigents sont parfois tous concentrés dans le voisinage immédiat du délégué d'un comité de quartier. Ailleurs, ce sont des membres du comité et leurs familles qui sont inscrites sur les listes d'indigents. Les membres des comités dans ce quartier ont par ailleurs témoigné avoir subi de fortes pressions pour inscrire des personnes sur les listes, pressions sans doute exacerbées du fait

du manque de discrétion de l'opération menée parfois au porte à porte. Certains comités ont ainsi sélectionné des personnes par complaisance, pour éviter les tensions avec les populations, comme l'illustre cette situation vécue par un délégué :

« Il y a une femme qui est venue vers un autre membre du comité pour exiger qu'on la recense et ma collègue est venue m'expliquer, je lui ai alors dit de la recenser et si elle est retenue c'est sa chance aussi. Sinon, elle est une fonctionnaire retraitée et son mari également était un fonctionnaire retraité, mais ce dernier est décédé il n'y a pas très longtemps mais elle continue de percevoir les deux pensions, avec tout ça elle dit de la recenser et comme nous ne voulons pas des histoires nous l'avons fait » (délégué de comité 11, Kilwin).

La manière dont les comités de quartiers ont été constitués a sans doute contribué à favoriser la survenue de cas de collusion. À Kilwin, il a été difficile d'identifier des membres volontaires pour faire partie des comités de quartiers, tout comme ces derniers ont eu de la peine à identifier des indigents. Ainsi, il a été décidé d'identifier uniquement les délégués des comités de quartier, puis à leur demander de constituer leur propre comité de bénévoles. Le délégué était parfois au final le seul à agir.

À Polesgo en revanche, les membres des comités de quartiers ont été tous désignés par des agents de liaison communautaire de l'OPO. Un certain degré de contrôle s'est de ce fait exercé au sein même des comités de quartier par les membres eux-mêmes. Ces membres avaient en effet tous été désignés par une tierce personne (l'agent de liaison), ils étaient actifs et pouvaient se contredire. Ainsi, à Polesgo, certains noms ont été éliminés de la liste des indigents proposés au cours des délibérations internes au comité, car les membres ont estimé qu'ils étaient douteux. De plus, à Polesgo, le COGES a agi comme une instance de contrôle supplémentaire : l'infirmier rapporte ainsi avoir rayé un cas de collusion suspecté de la liste proposée par les comités (Siolo Mada Bebelou 2012).

DISCUSSION

Limites méthodologiques

Il faut d'emblée noter que cette recherche, portant sur deux études de cas, est exploratoire, la première à notre connaissance dans la capitale du Burkina Faso. Par ailleurs, les fonds investis pour la prise en charge des indigents suivaient les directives locales, afin de rendre l'expérience viable et pérenne. De ce fait, l'expérience a abouti à un très faible nombre d'indigents sélectionnés. Le nombre restreint d'indigents retenu et l'impossibilité de disposer des données individuelles de ceux sélectionnés par les comités de quartier (1054 non sélectionnés au final par les COGES) limitent la portée des analyses statistiques possibles. Ainsi, l'expérience doit surtout être utile pour analyser le processus mis en œuvre et moins son efficacité. Il faut cependant noter que les défis méthodologiques de l'évaluation du ciblage dans la capitale du Burkina Faso ne sont pas nouveaux. D'autres chercheurs en ont aussi fait l'expérience pour disposer de données sur le niveau de richesse ou pour retrouver les ménages pour l'évaluation (Ouattara and Sandström 2010).

La confirmation des conflits d'intérêt et du besoin d'un financement étatique

Cette étude confirme la présence d'un conflit d'intérêt car la très faible couverture des indigents devant bénéficier de l'exemption du paiement financé par les COGES s'explique, d'une part, par le faible montant officiellement dévolu à cette prise en charge (200.000 F CFA par CSPS) et, d'autre part, par le fait que ce montant soit tiré des bénéfices réalisés par la vente locale des médicaments et des consultations aux usagers des CSPS. Dans les expériences réalisées en Afrique où le financement était également endogène et local, le même défi d'une très faible couverture a été constaté, ne dépassant pas les 1% (Criel, Bâ et al. 2010, Ridde, Haddad et al. 2010, Honda and Hanson 2013). En revanche, lorsque les communautés ne sont pas en conflit d'intérêt et le financement de l'exemption est apporté par une source externe du niveau local, la couverture peut s'approcher des besoins des plus pauvres, comme cela a été montré au Burkina Faso ou au Cambodge (Noirhomme, Meessen et al. 2007, Souares, Savadogo et al. 2010). Au Burkina Faso, une étude a montré que compte tenu de la faible utilisation des CSPS à cause de l'imposition d'un paiement direct auprès des usagers, les ressources générées localement permettraient de fournir les soins gratuits à moins de 1% de la population (Kafando and Ridde 2010). Le recours à un financement supplémentaire, provenant de l'État ou de ses partenaires, devient donc essentiel si l'on veut élargir la couverture du ciblage dans un tel contexte. Il sera assurément utile d'analyser l'efficacité et les processus de mise en œuvre du ciblage de 20% de la population (adaptant le processus participatif décrit dans ce chapitre) qui sera considérée comme indigente dans le cadre d'un projet de la Banque Mondiale déployé en 2014 à l'échelle de 12 districts du pays (associé à un financement basé sur les résultats des CSPS).

Le défi de trouver un processus adapté au vivre ensemble des villes africaines

En milieu urbain, le ciblage communautaire est rarement utilisé car « *close neighbors may not know each other well and boundaries between "communities" may be very blurry* » (Coady, Grosh et al. 2004). Cependant, ce niveau d'interconnaissance peut varier d'un quartier à l'autre, y compris dans une capitale comme Ouagadougou où nous avons vu que deux types, pour simplifier, d'organisations sociales existent. Le contrôle social communautaire caractérisant Polesgo a permis le respect des règles du ciblage et a écarté les risques de collusion. Ce contrôle social communautaire est typique d'une structure sociale villageoise, reproduite ici en ville, et ressemble parfaitement aux résultats des expériences menées ailleurs en milieu rural du Burkina Faso (Ridde, Yaogo et al. 2011). Polesgo était en fait un village de la périphérie de Ouagadougou qui est devenu un quartier informel de la capitale au milieu des années 2000. Près d'un actif sur cinq dans la partie du quartier suivie par l'OPO reste occupé aujourd'hui dans l'agriculture (Rossier, Soura et al. 2011). Cependant, les résultats du processus de sélection des indigents obtenus à Polesgo ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des zones non loties des villes au Burkina Faso sans vérification. Des recherches supplémentaires pourraient être effectuées afin de tester d'autres processus participatifs dans des zones non loties différentes de celle de cette recherche.

Dans le quartier loti de Kilwin, nous avons vu combien l'absence d'un tissu social serré à une échelle mésoscopique (car ce tissu existe au niveau microscopique comme une rue ou

des regroupements religieux, associatifs ou professionnels) pouvait en partie expliquer les difficultés de mise en œuvre du processus de sélection des indigents. Cependant, il faut aussi noter que cette faible interconnaissance de quartier n'a pas été le seul frein aux procédures de ciblage communautaire en milieu urbain. En effet, il s'est avéré difficile dans les deux quartiers de mobiliser des volontaires, ce qui a été plus facile en milieu rural au Burkina Faso (Souares, Savadogo et al. 2010, Ridde, Yaogo et al. 2011). Les frais encourus (dédommagements divers) ont été bien plus élevés qu'en milieu rural, et la procédure a traîné par manque de motivation des personnes impliquées (15 mois ont été nécessaires pour mener à bien l'intervention). C'est aussi à Kilwin que l'on a vu les comités ne pas respecter les règles qui avaient été fixées pour la mise en œuvre de l'intervention. Cette entorse à la fidélité de l'intervention n'est pas mauvaise en soit, puisque l'innovation de l'implantation est parfois essentielle à son efficacité (Perez, Lefevre et al. 2011). Mais dans cette étude, cela n'a pas été le cas.

Cette différence entre les quartiers d'une même ville confirme les expériences passées de l'OPO. Par exemple, il n'a pas été possible d'établir des agents de liaison communautaire dans les quartiers lotis suivis par l'OPO, malgré une tentative de plus d'une année en 2009-2010. Contrairement aux quartiers non lotis, les agents de liaison désignés dans les quartiers lotis n'ont pas été intéressés par un travail faiblement rémunéré. Ensuite, ils ne semblaient pas relayer efficacement les informations au sein de la communauté, contrairement à ce qui s'est passé dans les quartiers non lotis. Cela évoque le fait que les communautés locales sont une réalité dans les quartiers non lotis suivis (où la perspective du lotissement agit comme une force intégrative informelle puissante), contrairement aux quartiers lotis de la ville (où les interactions entre voisins sont fortes mais se limitent souvent au pâté de maisons, et où des regroupements qui ne coïncident pas avec les limites du quartier, comme les églises, rassemblent les individus).

CONCLUSION

Les résultats de cette recherche dans la capitale ainsi que celles entreprises en milieu rural pourraient être utiles pour soutenir l'État dans la mise en œuvre de trois récentes politiques où la prise en charge des indigents est prévue. Mais pour cela, il faut évidemment que les processus soient adaptés aux différents contextes (urbain/rural) et que l'État apporte des sources de revenus supplémentaires pour éviter les conflits d'intérêt que nous avons évoqués précédemment. D'abord, la politique nationale de protection sociale formulée en 2012 annonce la volonté de l'État d'exempter du paiement des soins les indigents après notamment un processus de sélection communautaire tel que celui qui est l'objet de cet article (ministère de l'Action sociale et de la solidarité nationale 2012). Ensuite, l'Assurance maladie universelle est en cours de formulation; une loi devrait être promulguée au sein de laquelle un fonds pour la prise en charge des indigents sera prévu. Enfin, la politique de subvention des accouchements financée par l'État avec l'exemption du paiement pour les indigentes reste une réalité qu'il faudrait mettre en œuvre (Ministère de la Santé 2006, Ridde V., Agier I. et al. 2014).

Il devient donc essentiel, maintenant, d'organiser les processus qui devraient conduire à l'identification des indigents. Ailleurs, il a déjà été avancé que le processus communautaire et participatif de sélection des indigents pouvait certainement être adopté à l'échelle nationale pour le milieu rural (Ridde, Yaogo et al. 2011, Ridde, Bonnet et al. 2013). En milieu urbain, cette recherche exploratoire montre que ce processus communautaire et participatif ne semble pas le plus pertinent à mettre en œuvre dans les quartiers lotis. D'autres expériences communautaires pourraient être explorées en milieu urbain. Cependant, contrairement au milieu rural, les professionnels du ministère de l'Action sociale sont présents, disponibles et experts du sujet. Ils connaissent les critères qui devraient conduire à la sélection des indigents (Ridde and Sombie 2012). Ce qui leur manque sont certainement les moyens de réaliser leur travail car ils sont la plupart du temps confinés dans leurs services, faute de ressources pour se rendre dans les quartiers afin d'identifier les indigents avant que ces derniers se rendent dans les centres de santé, ce qui est exceptionnel bien entendu. Cependant, d'autres recherches pourraient être mise en œuvre en milieu urbain pour comprendre en quoi la mobilisation des associations locales et des associations de quartier pourrait soutenir ces agents du ministère de l'Action sociale.

REMERCIEMENTS

Le processus communautaire dans les deux quartiers a été organisé selon un processus participatif qui a mobilisé de très nombreuses personnes, que nous ne pouvons pas toutes citer ici, mais que nous remercions chaleureusement. Nous remercions également les agents de santé des deux CSPS et les autorités sanitaires des districts pour leur disponibilité. Cette recherche a été financée par une subvention catalyseur des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC). Valéry Ridde dispose d'une bourse salariale des IRSC (New Investigator). L'OPO est financé par Wellcome Trust (grant number WT081993MA). Nous tenons enfin à remercier Patrick Gogognon et Matthew R. Hunt pour leur relecture d'une version précédente du chapitre.

BIOGRAPHIES

Valéry Ridde est professeur agrégé de l'École de santé publique de Montréal, chercheur au centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal (CRCHUM). L'ensemble de ses travaux de recherche sont accessibles gratuitement sur le site : <http://www.equitesante.org>

Clémentine Rossier est professeure assistante à l'Institut d'études démographiques et du parcours de vie (I-DEMO) de l'Université de Genève. Ses thématiques de recherche sont la contraception, l'avortement et la fécondité au Burkina Faso et en France. Elle a appuyé la mise en oeuvre du site de surveillance démographique de Ouagadougou entre 2008 et 2013, et s'est intéressée dans ce cadre aux questions d'inégalités de santé en milieu urbain africain.

Abdrmane Soura est enseignant-chercheur à l'Institut supérieur des sciences de la population/Université de Ouagadougou. Il est titulaire d'un diplôme d'Ingénieur en Statistique et d'un Doctorat en Démographie de l'Université Catholique de Louvain

(Belgique). Il a une grande expérience en matière de collecte et d'analyse de données en population et santé. Il a été un acteur clé de la conception de l'Observatoire de Population de Ouagadougou dont il est par ailleurs le responsable.

Bazie Fiacre est titulaire d'une maîtrise en sociologie de l'université de Ouagadougou. Il est actuellement assistant de recherche à l'institut supérieur des sciences de la population (université de Ouagadougou) au sein de l'unité de recherche population et santé.

RÉFÉRENCES

- Aryeetey, C. G., C. Jehu-Appiah, E. Spaan, B. D'Exelle, I. Agyepong and R. Baltussen (2010). "Identification of poor households for premium exemptions in Ghana's National Health Insurance Scheme: empirical analysis of three strategies." Tropical Medicine & International Health **15**(12): 1544-1552.
- Aryeetey, G. C., C. Jehu-Appiah, E. Spaan, I. Agyepong and R. Baltussen (2012). "Costs, equity, efficiency and feasibility of identifying the poor in Ghana's National Health Insurance Scheme: empirical analysis of various strategies." Tropical Medicine & International Health **17**(1): 43-51.
- Assi, B. (2012). Evaluation du processus de ciblage communautaire des indigents dans un contexte urbain: cas du district sanitaire de Sign Nonghon, Ouagadougou, Burkina Faso. . Ouagadougou, Mémoire de Master Professionnel Population et Santé, Institut Supérieur des Sciences de la Population, Université de Ouagadougou.
- Barrientos, A. and D. Hulme, Eds. (2010). Social protection for the poor and poorest. Concepts, policies and politics, Palgrave Macmillan.
- Boyer, F. and D. Delaunay (2009). Peuplement de Ouagadougou et développement urbain. Rapport provisoire. Ouagadougou, IRD.
- Coady, D., M. Grosh and J. Hoddinott (2004). Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Experience. Washington, World Bank, IFPRI.
- Criel, B., A. S. Bâ, F. Kane, M. Noirhomme and M.-P. Waelkens (2010). Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : le fonds d'indigence de Dar-Naim en Mauritanie. Antwerp, ITG Press.
- Gilson, L., S. Russell and K. Buse (1995). "The Political Economy of User Fees with Targeting: Developing Health Financing Policy." Journal of International Development **7**(3): 369-401.
- Gwatkin, D. (2000). The current state of knowledge about targeting the health programs to reach the poor. Washington DC, World Bank
- Hanson, K., E. Worrall and V. Wiseman (2007). Targeting services towards the poor: A review of targeting mechanisms and their effectiveness. Health, Economic Development and Household Poverty From Understanding to Action. A. Mills, S. Bennett and L. Gilson. New York, Routledge 134-154.
- Honda, A. and K. Hanson (2013). "Do equity funds protect the poor? Case studies from north-western Madagascar." Health Policy & Planning **28**(1): 75-89.
- INSD (2009). Enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages 2009. Ouagadougou, Institut National de la Statistique et de la Démographie.
- James, C. D., K. Hanson, B. Mc Pake, D. Balabanova, D. Gwatkin, S. S. Morris, I. Hopwood, C. Kirunga, R. Knippenberg, B. Meessen, A. Preker, Y. Souteyrand, A. Tibouti, P. Villeneuve and

- K. Xu (2006). "To retain or remove user fees? Reflections on the current debate in low and middle-income countries " Applied Health Economic Health Policy **5**(3): 137-153.
- Kafando, Y. and V. Ridde (2010). "Les ressources financières des comités de gestion du Burkina Faso peuvent améliorer l'équité d'accès au système de santé." Cahiers Santé **20**(3): 153-161.
- Laurent, P.-J. (2012). "Engager l'anthropologie du développement à prendre en considération le malaise post colonial." Bulletin de l'APAD **34-6**(Novembre 2012): 29-80.
- Leighton, C. and F. Diop (1995). Protecting the Poor in Africa : Impact of Means Testing on Equity in the Health Sector in Burkina Faso, Niger, and Senegal. Bethesda MD, Health Financing and Sustainability (HFS) Project. Abt Associates Inc.: 29.
- ministère de l'Action sociale et de la solidarité nationale (2012). Politique nationale de protection sociale. Plan d'actions 2012-2014. Ouagadougou: 40.
- Ministère de la Santé (1992). Document national sur le renforcement des soins de santé primaires au Burkina Faso; projet de démarrage de l'Initiative de Bamako. Ouagadougou, Comité préparatoire de l'Initiative de Bamako: 73.
- Ministère de la Santé (2006). Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso. Ouagadougou, Ministère de la Santé: 65.
- ministère de la Santé (2009). Directive de planification 2010. Ouagadougou, DEP.
- Mkandawire, T. (2005). Targeting and Universalism in Poverty Reduction, UNRISD. Social policy and Development Programme Paper Number 23: 22.
- Morestin, F., P. Grant and V. Ridde (2009). Criteria and processes for identifying the poor as beneficiaries of programs in developing countries. Montreal, CRCHUM : <http://www.equitesante.org/equity-of-access-to-healthcare/>: 8.
- Noirhomme, M., B. Meessen, F. Griffiths, P. Ir, B. Jacobs, R. Thor, B. Criel and W. Van Damme (2007). "Improving access to hospital care for the poor: comparative analysis of four health equity funds in Cambodia." Health Policy Planning **22**(4): 246-262.
- Ouattara, A. and S. Sandström (2010). Responding to high food prices: evidence from a voucher programme in Burkina Faso. Revolution: From Food Aid to Food Assistance - Innovations in Overcoming Hunger. S. Were Omamo, U. Gentilini and S. Sandström, WFP: 19-32.
- Patton, M. Q. (2008). Utilization-focused Evaluation. Thousand Oaks-London-New Delhi, Sage Publications.
- Perez, D., P. Lefevre, M. Castro, L. Sanchez, M. E. Toledo, V. Vanlerberghe and P. Van der Stuyft (2011). "Process-oriented fidelity research assists in evaluation, adjustment and scaling-up of community-based interventions." Health Policy and Planning **26**: 413-422.
- Ridde, V., E. Bonnet, A. Nikiema and K. Kadio (2013). "A spatial analysis of a community-based selection of indigents in Burkina Faso." Global Health Promotion **20**((1 Suppl)): 10-19.
- Ridde, V., S. Haddad, B. Nikiema, M. Ouedraogo, Y. Kafando and A. Bicaba (2010). "Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees." BMC Public Health **10**(631).
- Ridde, V. and J. P. Jacob (2013). Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels. Louvain-La-Neuve, Academia-L'Harmattan.

- Ridde, V. and I. Sombie (2012). "Street-level workers' criteria for identifying indigents to be exempted from user fees in Burkina Faso." Tropical Medicine and International Health **17**(6): 782-791.
- Ridde, V., M. Yaogo, Y. Kafando, K. Kadio, M. Ouedraogo, A. Bicaba and A. Haddad (2011). "Targeting the worst-off for free health care: a process evaluation in Burkina Faso." Evaluation and Program Planning **34**(4): 333-342.
- Ridde, V., M. Yaogo, Y. Kafando, K. Kadio, M. Ouedraogo, M. Sanfo, N. Coulibaly, A. Bicaba and S. Haddad (2011). "Challenges of Scaling Up and of Knowledge Transfer in an Action Research Project in Burkina Faso to Exempt the Worst-off from Health Care User Fees." BMC International Health & Human Rights **11**(Suppl 2): S9.
- Ridde V., Agier I., Jahn A., Mueller O., Tiendrebéogo J., Yé M. and D. A. M. (2014). "The impact of user fee removal policies on household out-of-pocket spending. Evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso." The European Journal of Health Economics **In Press**.
- Rossier, C., A. Soura, B. Baya, G. Compaore, B. Dabire, S. Dos Santos, G. Duthe, B. Gnoumou, J. F. Kobiane, S. Kouanda, B. Lankoande, T. Legrand, C. Mbacke, R. Millogo, N. Mondain, M. Montgomery, A. Nikiema, I. Ouili, G. Pison, S. Randall, G. Sangli, B. Schoumaker and Y. Zourkaleini (2012). "Profile: the Ouagadougou Health and Demographic Surveillance System." Int J Epidemiol **41**(3): 658-666.
- Rossier, C., A. Soura and B. Lankoande (2013). "Migration et santé à la périphérie de Ouagadougou. Une première analyse exploratoire." Revue Quételet / Quételet Journal **1**(1): 91-118.
- Rossier, C., A. Soura, B. Lankoande and M. R. (2011). Observatoire de Population de Ouagadougou. Données du R0, R1 et R2 : rapport descriptif. <http://www.issp.bf/OPO>. Ouagadougou, ISSP.
- Samb, O. and V. Ridde (2012). "Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso ? L'implication des populations dans la sélection des bénéficiaires." Afrique Contemporaine **3**(243): 33-48.
- Sen, A. (1995). The Political Economy of Targeting. Public spending and the poor : theory and evidence. D. Van de Walle and K. Nead. Baltimore, published for The World Bank by the Johns Hopkins University Press: 11-24.
- Siolo Mada Bebelou, M. (2012). Evaluation de processus du ciblage communautaire des indigents en milieu urbain. Cas de Polesgo, quartier non urbanisé de Ouagadougou. Ouagadougou, Mémoire de Master Professionnel Population et Santé, Institut Supérieur des Sciences de la Population, Université de Ouagadougou.
- Souares, A., G. Savadogo, H. Dong, D. Parmar, A. Sie and R. Sauerborn (2010). "Using community wealth ranking to identify the poor for subsidies: A case study of community-based health insurance in Nouna, Burkina Faso." Health and Social Care in the Community **18**(4): 363-368.
- Soura, A. and B. Lankoande (2011). Areas in urban DSS : are they poorer than rural areas ? INDEPTH scientific conference 24-27 October 2011. Maputo, Mozambique.
- Stierle, F., M. Kaddar, A. Tchicaya and B. Schmidt-Ehry (1999). "Indigence and access to health care in sub-saharan Africa." International journal of health planning and management **14**: 81-105.

Yin, R. K. (2009). Case Study Research: Design and Methods. Los Angeles, Calif., Sage Publications.

Yin, R. K. and V. Ridde (2012). Théorie et pratiques des études de cas en évaluation. Approches et pratiques en évaluation de programme. Seconde édition. V. Ridde and C. Dagenais. Montréal, Presses de l'Université de Montréal: 177-193.