

Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'empowerment des communautés au Burkina Faso

Oumar M. Samb¹, Valéry Ridde, Ph.D^{2,3}

RÉSUMÉ

Objectif : Cette recherche évalue l'impact des interventions de subvention du paiement des soins sur le pouvoir d'agir (*empowerment*) des membres des Comités de gestion (Coges) communautaires des services de santé et de leur organisation au Burkina Faso.

Participants : La collecte des données s'est effectuée en 2010 dans huit centres de santé primaire pendant six mois auprès de 140 personnes.

Lieu : Trois districts sanitaires du Burkina Faso (Dori, Sebba et Ouargaye).

Intervention : Depuis 2006, le gouvernement subventionne 80 % des coûts des soins obstétricaux et néonataux d'urgence pour les femmes enceintes. Depuis 2008, une ONG prend en charge les 20 % restant et elle subventionne à 100 % les soins pour les enfants de moins de cinq ans à Dori et Sebba. De plus, une stratégie communautaire d'exemption du paiement pour les indigents a été organisée dans ces trois districts.

Résultats : Les interventions ont renforcé le pouvoir d'agir des membres des Coges et de leur organisation. Cela se traduit par une plus grande capacité à s'impliquer dans la résolution des problèmes de santé de la communauté. L'intervention de l'ONG spécifiquement à Dori et Sebba fait que le renforcement du pouvoir d'agir y est plus grand qu'à Ouargaye.

Conclusion : La subvention du paiement des soins au point de service est porteuse d'un fort potentiel de renforcement du pouvoir d'agir des membres des Coges et de leur organisation.

Mots clés : exemption; paiement direct; Burkina Faso; *empowerment*; effets sociaux; communauté; pouvoir d'agir

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2012;103(Suppl. 1):S20-S25.

Pour relancer la politique des soins de santé primaires, plusieurs États africains ont formulé, sous l'égide de l'OMS et de l'Unicef, une politique publique dénommée Initiative de Bamako (IB). Son objectif était de favoriser l'accessibilité universelle aux systèmes de santé en favorisant la participation des communautés à la gestion des formations sanitaires et en mettant en place une politique de recouvrement des coûts fondée sur le paiement direct des patients lorsqu'ils consultent¹. Mais cette participation financière a limité l'accès aux soins, notamment pour les femmes² et les indigents, ces derniers étant considérés dans l'incapacité permanente de payer³. Or, les dispositions prévues pour exempter du paiement les indigents n'ont jamais été effectives⁴ et le concept de participation communautaire a été interprété presque exclusivement sous l'angle de la participation financière⁵. Pourtant, les soins de santé primaires renvoyaient à un idéal de justice qui voulait que les populations soient associées aux décisions concernant leur santé⁶.

Toute volonté de réduire les inégalités sociales de santé et d'améliorer l'état de santé des groupes défavorisés doit passer par une réduction des barrières financières à l'accès aux soins de santé⁷, et un renforcement du pouvoir d'agir (*empowerment*) des communautés⁸.

Ainsi, plusieurs pays ont décidé à partir des années 2000 d'organiser des interventions de subvention du paiement des soins, faisant en sorte que les patients n'aient plus à payer directement lorsqu'ils viennent au point de service. De nombreuses recherches ont évalué les effets de ces interventions sur l'utilisation des ser-

vices ou les dépenses de santé, mais aucune ne semble encore avoir été réalisée pour analyser leurs effets sociaux⁹. Par effets sociaux, nous entendons les changements induits au niveau du pouvoir et de l'autonomie des communautés. Ainsi, le but de la présente recherche est d'analyser l'impact social de ces politiques sur le renforcement du pouvoir d'agir au Burkina Faso.

PARTICIPANTS, LIEU ET MESURE D'INTERVENTION

Les bénéficiaires des interventions sont les femmes, les enfants de moins de cinq ans et les indigents considérés comme vulnérables dans le contexte du Burkina Faso.

Affiliations des auteurs

1. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal, QC
2. Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, QC
3. Chercheur, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal, QC

Correspondance : Oumar Malle Samb, DMSP, Université de Montréal, Pavillon 1430 Boul du Mont-Royal, bureau 1108, Montréal, QC H2V 4P3, Tél. : 514-652-5204, Courriel : oumar.malle.samb@umontreal.ca

Sources de financement : Cette recherche a été financée grâce à une bourse doctorale obtenue dans le cadre du programme Population et santé en Afrique (PPSA), financée par la fondation Bill et Melinda Gates. Elle a aussi bénéficié du soutien du Programme de recherche « L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest », codirigé par le Lasdel (Niger) et l'Université de Montréal (Canada), financé par l'AFD et le CRDI. Valéry Ridde est New Investigator (nouveau chercheur) des IRSC.

Remerciements : Nous remercions les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche, nos enquêteurs, le personnel de l'ONG Help, ainsi que toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de l'enquête de terrain.

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

Tableau 1. Récapitulatif des interventions et du contexte

District sanitaire (DS)	Dori (DS1)	Sebba (DS2)	Ouargaye (DS3)
Population cible et pourcentage de subvention du paiement des soins (%)	Femmes enceintes (100 %) Enfants de moins de 5 ans (100 %) Indigents (100 %)	Femmes enceintes (100 %) Enfants de moins de 5 ans (100 %) Indigents (100 %)	Femmes enceintes (80 %) Indigents (100 %)
Financement	État + ONG + Communauté	État + ONG + Communauté	État + Communauté
Groupe social majoritaire	Peulh	Peulh	Mossi
Nombre de CSPS	17	11	25
Nombre d'habitants	290 000	170 000	260 000

Source : MS/DEP, annuaire statistique 2008.

Contexte

Le Burkina Faso est un pays sahélien de 15 millions d'habitants qui vivent en majorité en milieu rural (77 %). Il fait partie des pays les plus pauvres au monde avec une espérance de vie faible (57 ans en 2008) et des taux de mortalité élevés¹⁰. Les interventions se déroulent en lien avec le système de santé.

Dans les années 80, le pays débutait une ère de décentralisation avec les premiers centres de santé et de promotion sociale (CSPS) qui constituent le premier niveau de contact avec la population où on assure les services de première ligne (soins et accouchements). Les CSPS sont dirigés par un infirmier chef de poste (ICP) et gérés par des membres issus de la communauté au moyen des comités de gestion (Coges). Les Coges gèrent le produit de la vente des médicaments essentiels génériques (MEG) et des consultations curatives, ce qui assure le fonctionnement du CSPS.

L'une des recommandations majeures de l'Initiative de Bamako est que les bénéficiaires du paiement direct soient utilisés partiellement pour financer l'accès gratuit des indigents aux services de santé. Or très rares sont les Coges à avoir délivré des soins gratuits aux indigents, préférant thésauriser ou utiliser à d'autres fins leurs bénéfices¹¹.

Interventions

Les interventions se déroulent dans trois districts (Tableau 1).

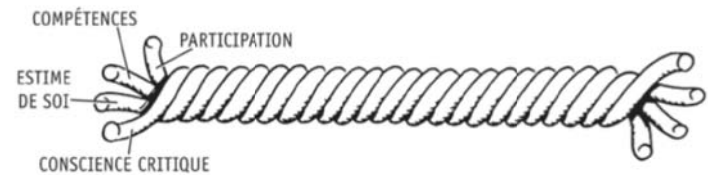
Les femmes enceintes et les enfants

Le gouvernement a mis en place en 2006 une politique nationale de subvention de 80 % des coûts des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)¹². En 2008, une ONG a décidé de compléter cette stratégie et de prendre en charge la part des 20 % réclamée aux femmes pour les accouchements et les césariennes dans les districts de Dori et de Sebba, où elle subventionne aussi à 100 % les soins des enfants de moins de 5 ans. Ainsi, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont totalement exemptés du paiement des soins au point de service. L'intervention repose sur la subvention par un tiers payeur (l'ONG et l'État) qui rembourse les Coges des soins fournis gratuitement. En plus, l'ONG renforce le plateau technique des CSPS, forme les agents de santé et renforce les capacités de gestion et de gouvernance des membres des Coges¹³. Ce renforcement des Coges les hisse au statut de partenaire actif dans le pilotage de l'intervention.

Les indigents

À la suite d'une recherche action¹¹ démontrant la faisabilité d'un processus de sélection des indigents par les communautés dans le district de Ouargaye, les Coges utilisent leurs fonds propres pour accorder l'exemption du paiement des soins aux indigents sélectionnés par des comités villageois de sélection (CVS). L'efficacité de l'approche a permis le passage à l'échelle dans tout le district de Ouargaye en 2010 ainsi que son extension dans les deux autres districts (Dori et Sebba). Cette exemption pour les indigents dans le

Figure 1. Dimension de l'empowerment individuel



Source : Réf. 14

Tableau 2. Caractéristiques des participants

Échantillonnage	Dori et Sebba	Ouargaye	N
Entrevues individuelles (EI)			
Membre des Coges (MC)	8	8	16
Utilisateurs ou non des services de santé	8	8	16
Autorités administratives	4	4	8
Infirmiers Chef de Poste (ICP)	4	4	8
Femmes enceintes et allaitantes	20	20	40
Indigents	8	8	16
Total	52	52	104
Entrevues de groupe (EG)			
Coges	4 (N=20)	4 (N=16)	8 (N=36)

Tableau 3. Liste des thèmes abordés durant les entrevues : thèmes principaux et sous thèmes couverts

Pouvoir d'agir individuel	
Participation	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de décision • Implication dans les activités • Capacité d'agir
Compétence	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition de connaissances et d'habiletés • Acquisition de compétences • Exécution des activités
Estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> • Perception de soi • Perception de son action
Conscience critique	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilité sociale • Conscience politique • Volonté d'agir
Pouvoir d'agir organisationnel	
Participation	<ul style="list-style-type: none"> • Niveau de participation dans le CSPS • Implication dans les activités et décisions du CSPS • Relation avec l'autorité sanitaire du district (ECD)
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> • Connaissance de l'organisation • Formation • Maillage et capacité à mettre en place des initiatives
Reconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat • Légitimité et crédibilité • Perception du Coges par les populations
Conscience critique	<ul style="list-style-type: none"> • Perception du Coges par ses membres • Clarification des enjeux • Perception des problèmes de la communauté • Initiatives et changements sociaux

L'efficacité de l'approche a permis le passage à l'échelle dans tout le district de Ouargaye en 2010 ainsi que son extension dans les deux autres districts (Dori et Sebba). Cette exemption pour les indigents dans le

Tableau 4. Synthèse de l'impact des interventions sur les différentes dimensions du pouvoir d'agir

Pouvoir d'agir individuel		
	Dori/Sebba	Ouargaye
Participation	= bon La plupart des membres sont impliqués au quotidien	= moyen une participation limitée aux périodes de mobilisation sociale
Compétences	= bon des connaissances pratiques sur la gestion et la sensibilisation	= moyen la formation est insuffisante et limitée à certains
Estime de soi		= fort un renforcement de la confiance et de l'estime de soi
Conscience critique		= bon une prise de conscience des inégalités d'accès aux soins et une grande volonté de les réduire
Pouvoir d'agir organisationnel		
	Dori/Sebba	Ouargaye
Participation	= bon renforcement du pouvoir des Coges dans la gestion du CSPS	= moyen des Coges trop dépendants envers l'équipe cadre de district
Compétences	= bon un meilleur partage des connaissances au sein du Coges	= moyen compétence organisationnelle limitée car la formation est réservée à quelques personnes
Reconnaissances		= fort Renforcement de la crédibilité des Coges
Conscience critique		= bon une meilleure clarification par le Coges de ses responsabilités

Légende : (niveau d'impact) : fort/bon/moyen/faible

district de Ouargaye s'ajoute à la subvention de 80 % des coûts des SONU pour les femmes enceintes.

L'une des innovations de ces interventions est qu'elles sont mises en œuvre en étroite collaboration avec les membres de la communauté, notamment à travers les Coges et les CVS. Ainsi, au-delà des effets souhaités sur l'augmentation de l'utilisation des services, il est attendu qu'elles produisent aussi des effets sociaux, notamment en augmentant le pouvoir d'agir des communautés et de leur organisation.

Objectif de l'étude

Il s'agit d'évaluer l'impact des interventions de subvention du paiement des soins sur le pouvoir d'agir des membres des Coges et de leur organisation.

CADRE D'ANALYSE ET MÉTHODE

L'analyse des effets des interventions sur le pouvoir d'agir repose sur l'utilisation du cadre conceptuel de Ninacs¹⁴, créé dans le contexte du Canada mais dont l'utilisation s'est montrée possible dans les pays du Sud^{15,16}.

Selon ce cadre, l'empowerment individuel (Figure 1) opère sur quatre plans : la participation (*participation aux prises de décision*), les compétences (*acquisition des connaissances et développement des habiletés chez l'individu*), l'estime de soi (*amour de soi et valorisation de sa contribution*) et la conscience critique (*acceptation d'une responsabilité personnelle pour le changement*). C'est l'enchaînement de ses quatre étapes, tel les quatre fils d'une même corde qui permet le passage d'un état avec peu de pouvoir à un autre où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix. De la même manière, quatre étapes définissent l'empowerment organisationnel : la participation (*implication et participation de l'organisation dans les décisions la concernant*), les compétences (*fruit de la mise en commun des compétences de ses membres et du transfert du savoir entre eux*), la reconnaissance (*crédibilité et légitimité de l'organisation, pour ses membres et le milieu qui l'entoure*) et la conscience critique (*capacité d'analyse des enjeux pour ses membres*). Le cheminement de ces quatre étapes permet à l'organisation d'acquérir une capacité d'action et d'arriver à répondre efficacement aux besoins des individus¹⁴.

Pour rendre compte de l'effet des interventions sur le pouvoir d'agir, la recherche vise à comprendre l'amélioration perçue par les parties prenantes des interventions sur les quatre dimensions conceptuelles du pouvoir d'agir, tant pour les individus que pour les Coges.

Le devis de recherche est une étude de cas multiples reposant sur l'utilisation de données qualitatives. Nos cas sont constitués des trois interventions de subvention. La population à l'étude est composée de huit centres de santé où se déroulent ces interventions. Pour Dori, le choix est contraint dans la mesure où il n'existe que quatre centres de santé et de promotion sociale (CSPS) où s'applique l'intervention sur les indigents. En revanche, en ce qui concerne Ouargaye, dix CSPS participent à l'intervention. Ainsi, les quatre CSPS ont été choisis au regard du critère d'homogénéité ethnique des populations. Les données qualitatives proviennent de trois instruments de collecte qui ont été utilisés au cours d'une enquête de terrain qui a duré six mois en 2010.

Des entrevues individuelles (n=104) et de groupe (8 : n=36) ont été effectuées auprès des principales parties prenantes (Tableau 2). Un interprète habitué aux enquêtes qualitatives a été sollicité lorsque nécessaire. Pour la sélection des participants, tous les groupes d'acteurs ont été d'abord identifiés (échantillonnage par homogénéisation), puis à l'intérieur de chaque groupe, on a pris les profils les plus divers afin de croiser les points de vues (diversification interne)¹⁷. Ces entrevues ont porté sur les dimensions du cadre d'analyse opérationnalisées dans le Tableau 3. L'étude documentaire a reposé sur les supports de formations, des rapports d'activités et des plans d'action des trois interventions.

Pour l'analyse, toutes les entrevues ont été retranscrites en français à partir de l'enregistrement numérique. Les données ont été codifiées à partir des thèmes et des catégories prédéfinies (Tableau 3). Le matériel a été analysé avec le logiciel QDA-Miner selon une démarche thématique¹⁸. Cette recherche a été approuvée par les comités d'éthique de l'Université de Montréal et du Burkina Faso.

RÉSULTATS

Aucune différence particulière n'a été observée entre les districts de Dori et de Sebba. Ainsi, la comparaison des résultats (Tableau 4) se fonde principalement entre ces deux districts et celui de Ouargaye.

Pouvoir d'agir individuel : les membres des Coges

Participation

Un grand dynamisme des membres des comités de gestion (MC) est constaté à travers l'implication dans les campagnes de sensibilisation à l'utilisation des services et à l'entretien du CSPS : « *On s'occupe de tout, on garde l'argent, on part payer les médicaments. On contrôle toutes les entrées et les sorties* » (EG*, D1#42).

À Dori/Sebba, la participation s'accompagne d'une plus grande régularité des réunions et d'un rôle plus actif dans la gestion quotidienne du CSPS : « *Les réunions, ce n'est pas comme avant car le projet a tout le temps des réunions. Chacun a donc constamment en tête ce qu'il doit faire et ne peut pas l'oublier* » (EG, D1#39). En revanche, à Ouargaye, la participation semble encore confinée aux périodes de mobilisation sociale : « *À part les réunions mensuelles, les restes des jours, ça ne regarde que le président et le trésorier* » (MC, D3#90).

Compétence

Une majorité des MC s'estiment plus compétente grâce à une meilleure connaissance de leurs missions et l'acquisition de nouvelles habiletés en matière de sensibilisation et de gestion : « *Nous sommes plus formées sur les questions de sensibilisation, à gérer et développer notre dépôt pharmaceutique* » (EG, D2#25). Ce sentiment est plus marqué à Dori/Sebba grâce notamment à la formation donnée par l'ONG. Cependant, il semble subsister un problème commun à tous les Coges, soit l'analphabétisme de leurs membres. Ainsi, plusieurs infirmiers chef de poste (ICP) doivent s'impliquer directement dans l'organisation : « *On est obligé de faire le rapport mensuel, de remplir le livre de trésorerie, normalement c'est le trésorier qui doit le faire* » (ICP, D2#41).

Estime de soi

L'impact le plus fort de ces interventions observé dans les trois districts concerne le plan psychologique. « *Auparavant, j'étais gêné quand je sensibilisais car on n'aidait pas les gens, mais aujourd'hui je suis vraiment serein car je sais que leur prise en charge est assurée* » (EG, D1#39). L'effritement de l'image négative des MC a amélioré leurs relations avec la communauté : « *La population trouve que c'est bien, même en cours de route, certains me disent que dans le village, le fait qu'on aide les femmes enceintes et les pauvres, c'est bien* » (MC, D3#55).

Conscience critique

Une prise de conscience s'est opérée dans les trois districts avec un changement d'attitude, notamment par rapport à la question de l'indigence. Jadis adeptes de la thésaurisation au détriment de l'équité « *ayant peur de faire tomber le dépôt* » (MC D3#54), les MC sont devenus plus sensibles à l'équité dans l'accès aux soins de santé. La formation reçue a joué un rôle prépondérant : « *Avant, on n'avait pas compris, on s'est rendu compte que les indigents sont avec nous et méritent de l'aide* » (MC, D3#75).

Pouvoir d'agir organisationnel : les Coges

Participation

L'implication des Coges a été déterminante dans les interventions : « *C'est nous qui sommes à la tête de ce travail, ... on peut dire pratiquement que c'est à nous que le travail a été confié* » (EG, D1#38). À Dori/Sebba, le Coges a renforcé son rôle dans la gestion du CSPS.

* EG=Entrevues de groupe

L'initiative sur les indigents est vécue comme un moment de regain de la participation communautaire, surtout que : « *l'État n'a pas mis sa main* » (MC, D3#90). Cependant, cette marque d'autonomie des Coges semble être restreinte par la tutelle encore toute puissante de l'autorité sanitaire du district (Équipe Cadre du District), surtout à Ouargaye : « *Il n'y a pas une activité que nous allons mener sans que le district [ECD] ne soit au courant même si c'est une activité exclusivement Coges. On n'a pas le plein droit d'agir* » (MC, D3#66).

Compétences

Les différentes réunions et formations ont permis de développer une compétence organisationnelle : « *Avant le Coges était là juste pour la forme ... Aujourd'hui, nous pouvons nous même former des gens, nous savons comment gérer notre centre* » (EG, D1#39). La mise en commun des compétences individuelles au service du Coges a renforcé son pouvoir vis-à-vis des agents de santé : « *Dans le passé nous ne pouvions rien leur reprocher, aujourd'hui nous leurs reprochons leurs erreurs quand ils en font* » (MC, D3#75). Au niveau du partage des connaissances, l'appui des techniciens de l'ONG à Dori/Sebba constitue un facteur facilitant dans le transfert du savoir.

Reconnaissance

Le fait de donner des soins gratuits a valorisé le travail des Coges. La population salue les subventions : « *Je les félicite, c'est bien. Ils ont fait ce que moi en tant que chef je devais faire* » (D3#53). La suspicion de connivence entre les Coges et les agents de santé est « *définitivement effacé* » aux dires d'une autorité (D1#5), ce qui a contribué à renforcer leur crédibilité : « *On les écoute maintenant* » (D3#73).

Conscience critique

La prise en charge gratuite des indigents marque une rupture dans la démarche des Coges. Beaucoup ignoraient l'existence de cette possibilité pourtant officielle : « *Nous ne savions pas grand choses des textes* » (MC, D1#38).

Une prise de conscience collective vis-à-vis de l'accès aux soins se traduit par une volonté de pérenniser et d'étendre la démarche communautaire : « *Nous nous sommes rendus compte que le travail est bien, il y a de la bénédiction, nous allons encore choisir des indigents* » (MC, D3#54).

DISCUSSION

Cette recherche étant basée partiellement sur une intervention d'une ONG, le biais de désirabilité sociale¹⁹ était réel pour une partie des personnes interrogées. Cependant, nous avons insisté constamment sur notre indépendance par rapport à l'ONG. Pour limiter les biais d'interprétation liés à la traduction, nous avons tout au long des entrevues clarifié et vérifié auprès de nos informateurs le sens de leurs propos. Par ailleurs, les résultats de la recherche étant globalement similaires alors que les contextes sociaux des trois districts sont relativement différents, cela renforce la validité interne de l'étude et facilite la généralisation des résultats vers d'autres contextes du pays.

Globalement, les résultats montrent que les communautés sont parfaitement en mesure de s'impliquer dans la résolution de leurs propres problèmes sanitaires, comme le montre la prise en charge des indigents pilotée et financée exclusivement par les Coges. Cependant, il a fallu l'organisation d'une recherche-action (Ouar-

gaye) puis la présence d'une ONG (Dori/Sebba) pour inciter les communautés à considérer ce problème sans attendre les autorités administratives. Cela s'explique certainement par un contexte social où ces dernières ont encore un pouvoir immense, sont peu préoccupées par les indigents et où la société est très hiérarchisée. En outre, les interventions étudiées se déroulent selon des configurations différentes, de par les contextes sociaux (agriculteurs contre éleveurs) et le niveau d'implication des Coges. Cependant, au-delà des effets de contexte, nous pensons que la divergence des résultats concernant les Coges entre les districts de Dori/Sebba et Ouargaye s'expliquent grandement par la manière dont ils ont été impliqués dans ces interventions. À notre connaissance, aucune autre intervention concernant les Coges que celles ici étudiées n'a été mise en œuvre dans ces districts.

Les compétences : un déterminant majeur de la participation

L'absence de compétences techniques est un des facteurs essentiels de la faible participation des communautés aux décisions qui les concernent. À Ouargaye, où les formations ont été insuffisantes, l'implication des membres des Coges est restée faible à l'inverse de Dori/Sebba. Ce renforcement individuel est essentiel, car il est instrumental au pouvoir d'agir des organisations¹⁴. Ainsi, une relation étroite s'établit entre compétences et participation, tant le pouvoir de décider, d'accepter ou de refuser est intrinsèquement lié à la capacité du sujet, nous dit Sen²⁰, dont les compétences constituent une composante essentielle. De plus, les résultats s'inscrivent en cohérence avec d'autres recherches faites au Burkina Faso²¹ et au Mali²² qui montrent, au contraire, comment l'insuffisante compétence des Coges fait qu'ils se trouvent souvent dans l'incapacité d'exercer le rôle qui leur est réservé dans les systèmes de santé.

Estime de soi et confiance

L'imposition des paiements directs des soins est considérée par les communautés comme allant à l'encontre de leurs intérêts²³. Ainsi, la mise en place des interventions de subvention, de surcroît dans un contexte où le paiement direct et la vente des médicaments constituent la norme, est perçue positivement par toutes les personnes rencontrées. Pour les membres des Coges, la disparition des perceptions négatives à leur égard est supplantée par une meilleure perception de soi. L'effet valorisant se traduit par une plus grande implication dans le CSPA, attitude décrite par les théories psychologiques qui ont établi une relation entre une bonne perception de soi et l'agir motivationnel²⁴. Par ailleurs, au niveau organisationnel, l'effritement de la relation exclusivement marchande avec les populations, instaurée lors de la généralisation du paiement, favorise le renforcement de la crédibilité des Coges. Ceci a contribué à l'avènement d'un nouvel équilibre dans les rapports avec les agents de santé. Mieux outillés techniquement et plus exigeants envers leurs responsabilités, les Coges sont devenus des partenaires respectés, assumant un rôle d'interface entre les agents de santé et la population. La relation entre l'augmentation du pouvoir d'agir et une plus grande capacité de négociation est confirmée par une étude en Guinée-Conacry qui montre comment les responsables d'une mutuelle de santé ont poussé les agents de santé à plus de transparence dans la gestion, jusqu'à obtenir d'eux le remboursement des sommes détournées²⁵. Cependant ce gain de pouvoir par les communautés ne se traduit pas toujours par sa distribution équi-

table dans le Coges. Du fait des jeux de pouvoir, il arrive qu'il soit concentré entre les mains de quelques-uns²⁶.

De l'inertie au changement : l'importance de la conscience critique

La volonté affirmée des Coges de pérenniser l'initiative de subvention pour les indigents marque un tournant par rapport à l'accès aux soins des plus pauvres. Elle illustre l'importance du développement de la conscience critique dans la mise en place du changement. Bien que préconisée dans les textes administratifs, l'affectation d'une partie des bénéfices de la vente des médicaments pour favoriser la prise en charge des indigents n'a jamais été appliquée¹¹. L'inertie sur cette question est en partie liée à la conjonction de deux facteurs, soit l'ignorance de ces textes et la persistance des valeurs qui véhiculent les principes d'égalité plutôt qu'un traitement préférentiel. Voilà pourquoi, tout projet de transformation sociale doit prendre en compte les valeurs et croyances des personnes qui forment des éléments incitatifs du processus de changement²⁷. Le développement de la conscience critique à la base du changement a débuté avec la recherche action sur la prise en charge des indigents¹¹. Elle a notamment permis de modifier favorablement la vision des Coges en leur montrant qu'ils pouvaient, socialement et financièrement, améliorer l'accès aux soins des indigents de leur communauté. Rien n'est donc immuable. Des travaux dans le domaine de l'équité sociale ont en effet montré que la conception de la justice sociale n'a rien d'absolu dans une société, mais elle repose sur ce que ses membres considèrent comme juste²⁸. Autrement dit, les individus peuvent changer s'ils sont incités à voir le monde autrement et si leurs valeurs évoluent.

CONCLUSION

Cette étude menée au Burkina Faso montre que la subvention du paiement des soins est porteuse d'un fort potentiel de renforcement du pouvoir d'agir des membres des Coges et de leur organisation. La crédibilité qu'ils y gagnent apparaît comme un puissant incitatif à leur participation à la gestion décentralisée des centres de santé. Les communautés privilégient d'autres voies de participation communautaire que le seul paiement et sont disposés à prendre en charge leurs besoins sanitaires²⁹. Aussi, les résultats de cette recherche plaident en faveur d'un retour à l'esprit d'Alma Ata, notamment la gouvernance communautaire. Cependant, toute volonté de renforcer le pouvoir d'agir des communautés restera un vœux pieux si elle ne passe pas par un renforcement de leurs compétences³⁰ et une prise en compte des enjeux de pouvoir inhérents à toutes dynamiques communautaires, ce qui reste à étudier dans le contexte de ce type d'interventions.

RÉFÉRENCES

1. Tizio S, Flori Y-A. L'initiative de Bamako: santé pour tous ou maladie pour chacun? *Revue Tiers Monde* 1997;38(152):837-58.
2. Nanda P. Gender dimensions of user fees: Implications for women's utilization of health care. *Reprod Health Matters* 2002;10(20):127-34.
3. Stierle F, Kaddar M, Tchicaya A. Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa. *Int J Health Plan Manage* 1999;14(2):81-105.
4. Nyongator F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning* 1999;14(4):329-41.
5. Ridde V. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bull WHO* 2003;81:532-38.
6. Kahssay HM, Oakley P. Community involvement in health development: A review of the concept and practice. Genève : World Health Organization, 1999.

7. Richard V. Le financement de la santé en Afrique Sub-saharienne : le recouvrement des coûts. *Méd Trop* 2004;64(4):337-40.
8. Marmot M. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet - British Edition* 2008;372(9650):1661-69.
9. Ridde V, Morestin F. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy and Planning* 2011;26(1):1-11.
10. Hill K, Thomas K, Abouzahr C, Walker N, Say L, Inoue M, et al. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: An assessment of available data. *The Lancet - British Edition* 2007;370(9595):1311-19.
11. 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. *Soc Sci Med* 2008;66(6):1368-78.
12. Ministère de la sante. *Strategie nationale de subvention des accouchements et des soins obstetricaux et neonataux d'urgence au Burkina Faso*. Ouagadougou, Burkina Faso, 2006.
13. Ridde V, Heinmüller R, Queuille L, Rauland K. Améliorer l'accessibilité financière des soins de santé au Burkina Faso. *Global Health Promot* 2011;18(1):110-13.
14. Ninacs WA. *Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec : Les presses de l'Université de Laval, 2008.
15. Bernier M, Arteau M, Trudelle M. Former des intervenants pour intervenir en faveur du renforcement du pouvoir d'agir. *Can J Prog Eval* 2006;21:163-72.
16. Ridde V, Haddad S, Yacoubou M, Yacoubou I. Exploratory study of the impacts of Mutual Health Organizations on social dynamics in Benin. *Soc Sci Med* 2010;71(3):467-74.
17. Poupart J, Cellard A, Tremblay M-A. *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaetan Morin, 1997.
18. Miles M, Huberman M. *Analyse des données qualitatives*. Paris : De Boeck, 2003.
19. Olivier de Sardan J-P. *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant, 2008.
20. Sen AK. *Repenser l'inégalité. L'Histoire immédiate*. Paris : Éd. du Seuil, 2000.
21. Nitiéma A, Ridde V, Girard JE. L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest : le cas du Burkina Faso. *Int Pol Sci Rev* 2003;24(2):237-56.
22. Balique H. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé publique* 2001;13(1):35-48.
23. Gilson L. Trust in health care: Theoretical perspectives and research needs. *J Health Organ Manage* 2006;20(5):359-75.
24. Ruel PH. Motivation et représentation de soi. *Revue des sciences de l'éducation* 1987;13:239-59.
25. Criel B, Diallo A, Van der Vennet J, Waelkens M-P, Wiegandt A. La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes: le cas de la mutuelle de santé Maliando en Guinée-Conakry. *Trop Med Int Health* 2005;10(5):450-63.
26. Olivier de Sardan J-P. State bureaucracy and governance in Francophone West Africa: An empirical diagnosis and historical perspective, dans : Blundo G, Le Meur P-Y (Éditeurs), *The Governance of Daily Life in Africa: Ethnographic Explorations of Public and Collective Services*. Leiden : Brill, 2008;39-71.
27. Contandriopoulos AP, de Pourville G, Poullier J-P, Contandriopoulos D. A la recherche d'une troisième voie : Les systèmes de santé au XXI^e siècle, dans : Pomey M, Poullier J, Lejeune B (Éditeurs), *Santé publique : état des lieux, enjeux et perspectives*. Paris : Ellipses, 2000;637-67.
28. Sen AK. *Ethique et économie, et autres essais*. Paris : PUF, 1993.
29. Uzochukwu BS, Akpala CO, Onwujekwe OE. How do health workers and community members perceive and practice community participation in the Bamako Initiative programme in Nigeria? A case study of Oji River local government area. *Soc Sci Med* 2004;59(1):157-62.
30. Walley J, Lawn J, Tinkar A. Primary health care: Making Alma-Ata a reality. *The Lancet - British Edition* 2008;372(9642):1001-7.

ABSTRACT

Objective: This research project assesses the impact of care subsidy interventions on the empowerment of members of community health services Management Committees (MCs) and their organization in Burkina Faso.

Participants: The data collection took place in 2010 in 8 primary care centres over 6 months with 140 people.

Location: Three health districts of Burkina Faso (Dori, Sebba and Ouargaye).

Intervention: Since 2006, the government subsidizes 80% of emergency neonatal and obstetrical costs for pregnant women. Since 2008, an NGO assumes the remaining 20% and subsidizes 100% of health care costs for children under 5 in Dori and Sebba. In addition, a payment exemption strategy for indigents has been organized at the community level in all three districts.

Results: Interventions have strengthened MC members' and their organization's power to act. This has translated into an increased capacity to get involved in the resolution of health problems within the community. The NGO's intervention specifically in Dori and Sebba has led to even greater empowerment there than in Ouargaye.

Conclusion: Subsidizing care payments at points of service significantly enhances the potential for increasing the empowerment of MC members and their organization.

Key words: Exemption; direct payment; Burkina Faso; empowerment; social impacts; community; power to act