

# **Évaluation de l'efficacité du ciblage communautaire des indigents bénéficiaires de la gratuité des soins dans les districts sanitaires de Dori et de Sebba au Burkina Faso**

**Lassané Simporé  
Valéry Ridde  
Ludovic Queuille  
Adama Hema**

## **Résumé**

Pour favoriser l'accès aux soins des indigents, une stratégie pilote de leur prise en charge a été initiée par l'ONG HELP à Dori et à Sebba au Burkina Faso. Un processus participatif a permis une double sélection successive par les communautés de ces deux localités qui ont retenu 147 indigents reconnus par les autorités administratives. L'étude vise à évaluer l'efficacité de cette sélection.

Une enquête quantitative a été menée dans quatre aires sanitaires de Centres de santé primaire et sociale (CSPS) dans lesquelles on a administré des questionnaires à trois échantillons de ménages : des ménages des indigents retenus par les Comités de gestion (COGES) (n=140) ; des ménages des personnes identifiées comme indigentes par les Cellules de sélection des indigents (CSI), mais non retenus par les COGES (n=145) ; et des ménages d'utilisateurs des services de santé (n=145). Une analyse comparative des caractéristiques socioéconomiques et du niveau de pauvreté de ces échantillons avec ceux du milieu rural d'une enquête nationale (QUIBB 2003) a été utilisée pour cette étude.

Selon les résultats, 59 % des ménages identifiés par les CSI et 56 % des ménages sélectionnés par les COGES vivent avec un revenu moyen annuel inférieur à 100 814 F CFA, qui représente le seuil de pauvreté. Par contre, 27 % des ménages des utilisateurs des services de santé et 44% des ménages du milieu rural national vivent au-dessous du seuil de pauvreté. L'extrême pauvreté touche 16 % des ménages COGES et 17 % des ménages CSI, comparativement à 7 % des ménages utilisateurs et 9 % des ménages de l'enquête nationale.

En définissant l'indigence sur la base du seuil de pauvreté, le ciblage a permis de couvrir 0,21 % de la population éligible, mais aussi 0,16 % de la population non éligible.

Grâce au ciblage communautaire, nous avons pu sélectionner en majorité les plus pauvres, mais le taux de couverture reste très faible. En effet, même sans utiliser des techniques de mesure sophistiquées, ces populations ont su dresser une liste de personnes reconnues comme étant les plus pauvres. La question fondamentale reste celle d'améliorer la couverture tout en évitant les erreurs d'inclusion à la suite du ciblage dans les autres CSPPS. Il semble donc essentiel de pouvoir effectuer une analyse comparative des processus d'identification des indigents observés par les CSI et de la sélection finale accomplie par les COGES. Cela permettrait non seulement d'expliquer les choix très restrictifs des COGES, mais aussi de tirer les enseignements nécessaires à la généralisation du ciblage.

## **Introduction**

L'accessibilité financière aux soins reste un problème majeur au Burkina Faso (Ridde, 2012 ; INSD, 2002). Pour le cas particulier des indigents, le risque d'exclusion des services de soins est élevé en raison de la pratique de recouvrement des coûts dans le secteur public de santé (Ridde, 2005), puisque les indigents n'ont pas les moyens de payer les sommes requises. Les autorités du pays ont par conséquent mis en place depuis 2007 un groupe de travail interministériel pour réfléchir et proposer des modalités de prise en charge sanitaire des indigents. Cela a conduit à l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale qui est en voie d'être adoptée.

En attendant la mise en œuvre effective de cette politique, l'ONG HELP a pris l'initiative d'appuyer la prise en charge sanitaire des indigents dans les districts sanitaires de Dori et de Sebba, dans la région du Sahel burkinabè. Elle a proposé une méthode de financement endogène consistant à utiliser les réserves financières des Centres de santé et de promotion sociale (CSPPS), qui sont les services de santé périphériques, pour supporter les soins de ces personnes démunies dès le premier contact. Pour le démarrage de l'intervention, quatre CSPPS ont

été retenus, selon une méthode explicitée plus loin. C'est une phase pilote au cours de laquelle les indigents pouvant en bénéficier ont été sélectionnés selon une approche communautaire participative.

Il n'est pas toujours aisé d'identifier les personnes indigentes et de mettre en place les moyens de vérification qui permettent de s'assurer qu'elles sont effectivement les premières bénéficiaires des interventions. Ainsi, pour Conning et ses collaborateurs (2002), un ciblage à base communautaire peut se définir comme une méthode permettant d'établir une entente contractuelle avec des groupes communautaires ou des agents intermédiaires de la communauté qui se chargeront de la réalisation des activités de ciblage. Ces agents communautaires peuvent être désignés par des chefs coutumiers, des chefs religieux, des associations ou d'autres groupes sociaux. La responsabilité du choix des bénéficiaires est ainsi confiée à la communauté locale.

En procédant de la sorte, on permet à des personnes ayant une meilleure connaissance des membres de la communauté d'identifier les gens qui ont les besoins les plus importants. En effet, elles sont susceptibles d'apporter une meilleure information concernant les ménages les plus vulnérables, leur situation d'incapacité financière ou matérielle, les événements récents qui les ont affectés et les difficultés à satisfaire leurs besoins essentiels. C'est une méthode qui permet généralement d'accroître l'efficacité du ciblage tout en diminuant les erreurs d'inclusion et d'exclusion (Lembani, Martina et Mandala, 2006). Elle a aussi le potentiel d'assurer une réduction des coûts administratifs et de favoriser un meilleur suivi et une bonne responsabilisation de la communauté (Coady *et al.*, 2002). En revanche, l'influence négative que pourraient avoir des personnalités locales sur la sélection des bénéficiaires en constitue l'inconvénient majeur (Lembani, Martina et Mandala, 2006). Par exemple, un leader communautaire pourrait utiliser son autorité pour faire bénéficier des personnes avec qui il a des liens étroits à la place des vrais indigents.

La recherche menée pour évaluer l'efficacité communautaire de la sélection des indigents dans les quatre CSPS retenus visait à répondre aux questions suivantes :

- 1) Parmi les populations utilisatrices des services publics de santé, les ménages des indigents retenus par les Comités de gestion (COGES) des CSPS sont-ils plus pauvres que les ménages non retenus ?
- 2) Quel est le niveau de pauvreté des ménages des indigents retenus par rapport aux ménages du milieu rural à l'échelle nationale?
- 3) Quels sont les niveaux obtenus de couverture et d'efficacité du ciblage des indigents ?

L'idée de cette évaluation était d'apprécier le profil sociodémographique et de pauvreté des indigents identifiés par la méthode communautaire. Pour cela, nous avons comparé le niveau de vie des indigents retenus après la sélection finale des COGES et de ceux identifiés par la communauté mais non retenus, avec le niveau de vie de deux autres groupes. Le premier de ces deux groupes était constitué des utilisateurs des services de santé (dans un contexte où ils doivent payer les soins au point de service) ; et le second, des ménages du milieu rural national de l'Enquête du questionnaire des indicateurs de base de bien-être (QUIBB 2003), dont les données ont été actualisées.

De façon générale, la situation d'indigence traduit un état de pauvreté extrême, de dénuement, mais également une situation d'impuissance, d'incapacité à se prendre en charge ou à honorer ses frais de soins (Simporé, 2008). Dans le cadre de ce projet, l'ensemble des acteurs pour les districts de Dori et de Sebba ont retenu la définition communautaire de l'indigence formulée lors du processus de ciblage dans le district sanitaire d'Ouargaye (Ridde *et al.*, 2010) . Avant la mise en œuvre de la stratégie, un atelier a été organisé pour mettre en place une approche pertinente, appropriée et participative de prise en charge sanitaire des indigents dans les deux districts (HELP, 2009). L'atelier a regroupé les autorités de la région du Sahel, les responsables du ministère de la Santé, ceux de l'action sociale, et les communautés. Les participants ont décidé d'adopter cette définition selon laquelle l'indigent est « un démuné extrême socialement et économiquement, incapable de se prendre en charge et sans soutien endogène ou exogène ».

Ce chapitre a donc pour but de démontrer l'efficacité de la stratégie de ciblage communautaire expérimentée dans ce projet pilote. L'objectif principal était de rendre compte de l'efficacité de la sélection des indigents faite par les communautés dans les districts sanitaires mentionnés et d'en apprécier le potentiel pour protéger plus efficacement les plus pauvres contre les risques d'exclusion des services de santé.

## **Méthode**

### ***Le ciblage des indigents dans le cadre du projet***

Les districts de Dori et de Sebba, qui relèvent de la région sanitaire du Sahel, à l'extrême nord du Burkina Faso, présentent les indicateurs de santé et d'utilisation des services de santé les plus faibles du pays (Ministère de la Santé, 2009). C'est également une région qui, en raison des aléas climatiques peu favorables à la production agricole, et malgré l'importance de l'élevage, présente des risques importants d'insécurité alimentaire. Tout cela a contribué à y dégrader de manière particulière l'accès aux soins pour les malades indigents, d'où l'initiative de l'ONG HELP d'y mettre en œuvre des interventions en faveur de ces personnes.

Pour sélectionner les indigents dans ces deux districts sanitaires (Ridde, 2012 ; HELP, 2009), on a mis sur pied des CSI dans les villages des quatre CSPS concernés, soit deux à Dori (CSPS I et CSPS II) et deux à Sebba (CSPS III et CSPS IV). Ces CSPS ont été choisis en tenant compte des critères de leur viabilité financière (disponibilité de ressources financières dans les caisses du CSPS pour mener à bien l'expérience), du fonctionnement et de l'engagement des COGES à participer au projet pilote. Des formateurs issus de l'équipe cadre de district et de l'ONG HELP ont assuré la formation des membres des COGES et des agents de santé impliqués dans le processus. De concert avec les leaders communautaires (chefs de villages, chefs religieux, responsables d'associations), ils ont par la suite sélectionné, dans les villages, les membres des CSI qu'ils ont formés. Chaque CSI était composée de sept membres parmi lesquels on trouvait au moins deux femmes, et qui appartenaient à l'une ou l'autre des catégories suivantes selon le milieu : leaders religieux, membres de comités

villageois de développement, agents de santé communautaire et membres d'associations locales féminines ou d'autres associations volontaires locales. Cette composition permettait de faire représenter les femmes qui sont souvent mises à l'écart, d'inclure les leaders communautaires tout en maintenant un groupe léger pour faciliter les échanges et la prise de décision.

Une première sélection des indigents a été faite par ces CSI dans chaque village, et les listes des personnes issues de cette sélection devaient être validées par les COGES, car ce sont eux qui allaient ensuite financer l'exemption du paiement des soins des indigents retenus. Afin de donner une légitimité administrative aux cartes d'indigence, les préfetures et les responsables des Directions provinciales du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale les ont signées avant qu'elles soient délivrées par les COGES aux personnes retenues. Ces autorités administratives avaient déjà été consultées pendant la sélection.

Au total, 656 indigents ont ainsi été identifiés par les CSI, dont 147 ont vu leur statut d'indigent confirmé par les COGES.

### ***Données recueillies***

Une enquête quantitative a été menée dans les quatre aires sanitaires des CSPS concernés. Des questionnaires de l'enquête QUIBB 2003 déjà validés à l'échelle nationale et utilisés à Ouargaye pour le même type d'étude (Valéry, 2012) ont été administrés à trois échantillons de ménages : 1) les indigents retenus par les COGES (n=140) ; 2) les indigents sélectionnés par les CSI mais non retenus par les COGES (n=145) ; et 3) les utilisateurs des services de santé (n=145) constitués par la population générale, en dehors des personnes appartenant aux deux autres échantillons. Tous les indigents retenus ont été inclus dans l'échantillon au départ. Mais sept indigents ont échappé à l'enquête, six ayant migré ailleurs et une personne ayant refusé d'y participer. Le choix des personnes non retenues et des utilisateurs des services de santé a été effectué en fonction de leur âge et de leur sexe, dans le souci d'avoir des échantillons de taille assez similaire et ayant des caractéristiques proches pour être comparables. La liste des indigents non retenus et la liste de consultation du registre des centres de santé de la période

allant du 6 avril au 6 octobre 2009 ont été utilisées pour tirer ces échantillons. Au regard du nombre de personnes listées, une personne sur deux a été choisie pour constituer les deux échantillons. La collecte des données s'est déroulée du 28 septembre au 7 octobre 2009. Le consentement de chaque personne a été obtenu verbalement, une fois celle-ci informée des objectifs de l'enquête, du respect de la confidentialité des informations collectées et de l'anonymat dans le traitement des données. Le caractère volontaire de la participation de chacun a été également précisé à chaque fois.

### *Analyse des données*

Les données de l'enquête ont été codifiées et saisies à l'aide du logiciel EpiData et analysées avec les logiciels Excel et SPSS. Une analyse comparative des caractéristiques socioéconomiques et du niveau de pauvreté des différents échantillons a été effectuée. Les tests d'hypothèses statistiques de comparaison de différents échantillons (le test de Mann-Whitney et le test de Kruskal-Wallis) ont été utilisés.

La consommation ou le revenu sont souvent employés comme indicateurs de bien-être dans l'approche monétaire de la pauvreté. En effet, l'insuffisance des ressources engendre une consommation insuffisante (INSD, 2009a). Aussi, les dépenses de consommation des ménages ont-elles été retenues pour caractériser le bien-être des ménages dans le cadre de cette étude.

Le profil de pauvreté des ménages a été ainsi établi par les dépenses de consommation annuelle par personne habitant le ménage. L'incidence de pauvreté et d'extrême pauvreté, de même que la profondeur de la pauvreté, ont été par la suite calculées à partir des seuils de pauvreté établis par l'Enquête burkinabè sur les conditions de vie des ménages (EBCVM). L'EBCVM permet d'avoir des indicateurs de base de bien-être avec une représentativité nationale (INSD, 2003). Dans le cadre de cette recherche, ces seuils ont été actualisés pour 2009, année de notre collecte de données sur le terrain. Cette actualisation a été faite en appliquant à ces seuils la variation que nous avons calculée pour la période de 2003 à 2009 des prix des produits de consommation. L'évolution de l'indice des prix à la consommation est publiée

périodiquement par l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD, 2009b).

L'incidence de pauvreté ou d'extrême pauvreté mesure la part de la population dont la consommation est au-dessous des seuils établis. Le seuil de pauvreté est généralement défini comme la valeur monétaire de la consommation minimale nécessaire pour satisfaire les besoins de consommation d'une personne pendant une période donnée (INSD, 2009a). Il indique un niveau normatif de dépenses au-dessous duquel les individus sont présumés pauvres. Actualisé pour 2009 à l'échelle nationale du Burkina, il était de 100 814 F CFA par personne. Dans le même temps, l'incidence d'extrême pauvreté était de 50 184 F CFA par personne.

La profondeur de pauvreté, quant à elle, indique la distance à laquelle l'ensemble des pauvres d'un territoire donné se trouve de la ligne de pauvreté. Elle permet ainsi d'estimer les ressources qui seraient nécessaires pour amener l'ensemble de la population au niveau du seuil de pauvreté.

Finalement, l'analyse de l'efficacité du ciblage a été effectuée sur la base d'un calcul du taux de couverture et de l'erreur d'inclusion. Le taux de couverture est défini comme la proportion de personnes éligibles qui sont bénéficiaires de l'exemption par rapport au nombre total de personnes éligibles (Lembani, Martina et Mandala, 2006). L'erreur d'inclusion permet d'apprécier la proportion des personnes qui ont été retenues alors qu'elles ne sont pas éligibles, c'est-à-dire non indigentes au regard du critère de pauvreté. Cela nous a permis également de calculer l'efficacité populationnelle du ciblage, à partir du taux de couverture et de l'erreur d'inclusion.

## **Résultats**

### ***Sélection des indigents***

Le bilan de la sélection des indigents par les CSI et de sa validation par les COGES est présenté dans le tableau 1 ci-dessous.



**Tableau 1 : Sélection des indigents par les COGES**

	CSPS I	CSPS II	CSPS III	CSPS IV URBAIN	ENSEMBLE
<b>Sélection des indigents</b>					
Nombre d'indigents identifiés par les CSI (CSI)	67	158	172	259	656
Nombre d'indigents retenus par les COGES	12	14	70	51	147
Proportion	18 %	9 %	41 %	20 %	22 %
<b>Indigents retenus par groupes d'âge</b>					
Moins de 15 ans	-	-	2	-	2
15 ans à 49 ans	1	7	24	12	44
50 ans et plus	11	7	44	39	101
<b>Indigents retenus par sexe</b>					
Masculin	2	9	39	30	80
Féminin	10	5	31	21	67

***Répartition par groupes d'âge***

La répartition par groupes d'âge des ménages où vivaient les indigents sur lesquels on a enquêté donne des proportions significativement identiques au test de Kruskal-Wallis ( $P < 0,05$ ) pour la tranche d'âge de 15 à 64 ans : 48 % pour les ménages CSI ; 48 % pour les ménages COGES ; et 50 % pour les ménages utilisateurs. Cette tranche d'âge constitue la population

potentiellement active (tableau 2), et les populations féminines et masculines y sont réparties de façon presque égale. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus est de 8 % dans les ménages CSI ; 9 % dans les ménages COGES ; et 6 % dans les ménages utilisateurs. La taille moyenne des ménages CSI (6,2) et COGES (6,4) est un peu moins élevée que celle des ménages utilisateurs (6,7) et des ménages du QUIBB rural national de 2003 (6,7). L'application du test d'hypothèse de Kruskal-Wallis donne pour ces trois échantillons des proportions significativement identiques pour chacun des groupes d'âge ( $P < 0.05$ ).

**Tableau 2 : Répartition des enquêtés par sexe et groupes d'âge**

Groupe d'âges	COGES %			CSI %			UTILISATEURS %		
	M*	F**	Ensemble	M	F	Ensemble	M	F	Ensemble
moins de 15 ans	44	43	43	44	42	43	42	43	43
15 à 64 ans	48	48	48	47	49	48	51	49	50
65 ans et plus	9	9	9	8	8	8	6	6	6

\*M : Masculin

\*\*F : Féminin

### ***Caractéristiques de la pauvreté***

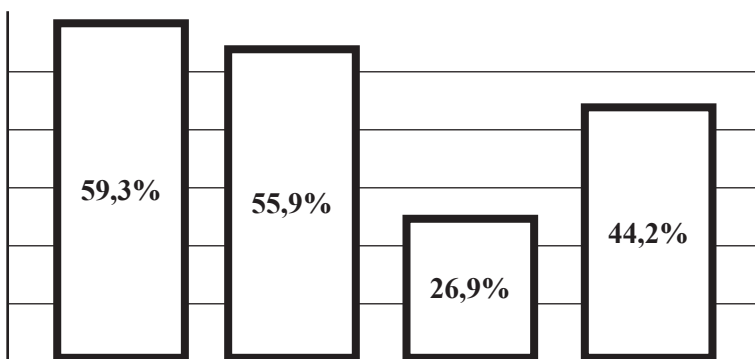
L'étude a permis de dresser un profil de la pauvreté des ménages sur la base de la consommation moyenne rapportée (tableau 3). Ainsi, les ménages CSI et COGES ont vécu avec des consommations moyennes annuelles par personne significativement égales ( $P < 0,05$  au test de Mann-Whitney), soit respectivement 104 917 F CFA et 107 138 F CFA. Ces consommations sont inférieures aux consommations moyennes annuelles des ménages utilisateurs des mêmes CSPS au même moment (168 856 F CFA) et à celle des ménages ruraux à l'échelle nationale (165 470 F CFA).

**Tableau 3 : Consommation annuelle par personne des ménages en francs CFA**

	<b>COGES (n=140)</b>	<b>CSI (n=145)</b>	<b>UTILISATEURS (n=145)</b>	<b>MILIEU RURAL (n=5900)</b>
Moyenne	107 138	104 917	168 856	165 470
Médiane	87 862	90 000	147 480	110 595
Écart-type	69 444	65 315	104 428	254 347

Sur la base du seuil de pauvreté actualisé en 2009 (100 814 F CFA), l'indice de pauvreté des ménages CSI est de 56 %, celui des ménages COGES est de 59 %, comparativement à l'indice de pauvreté des ménages utilisateurs et QUIBB rural national qui sont respectivement de 27 % et de 44 % (figure 1).

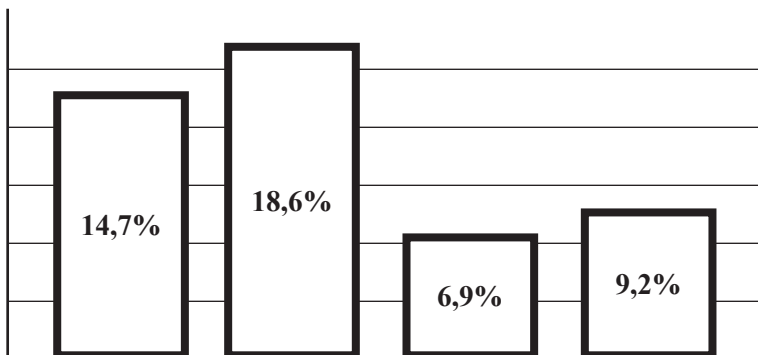
**Figure 1 : Proportion de ménages pauvres selon les groupes**



Quant aux indices d'extrême pauvreté (figure 2), ils sont dans un ordre respectif de 19 % et de 15 % pour les ménages CSI et COGES, contre 7 % pour les ménages utilisateurs et 9 % pour les ménages du QUIBB rural national. Les incidences d'extrême pauvreté des ménages CSI et COGES sont significativement supérieures ( $P < 0,05$ ) à celle des ménages du milieu rural

national, tandis que l'incidence d'extrême pauvreté des ménages utilisateurs reste ici encore la plus basse de tous les groupes.

**Figure 2 : Proportion de ménages extrêmement pauvres selon les groupes**



Quant à la profondeur de pauvreté, elle est plus importante chez les ménages CSI (40 000 F CFA) et COGES (37 000 F CFA) que chez les ménages utilisateurs (29 000 F CFA) et ruraux à l'échelle nationale (32 000 F CFA). Le déficit est de l'ordre de plus de 25 % pour les ménages CSI et d'environ 15 % pour les ménages COGES comparativement à ceux du milieu rural national. Par contre, on enregistre un gain de 10 % pour les utilisateurs par rapport au milieu rural national.

### ***Efficacité du ciblage***

Un ciblage efficace permet d'identifier avec précision les personnes indigentes parmi la population, tout en réduisant les erreurs d'inclusion et d'exclusion. En définissant l'indigence sur la base du seuil de pauvreté, la sélection définitive par les COGES a permis de couvrir seulement 0,21 % de la population éligible, c'est-à-dire vivant sous ce seuil. Par ailleurs, une infime partie de la population non éligible (au-dessus du seuil) a été couverte, donnant une erreur d'inclusion très faible, soit 0,16 %. L'efficacité populationnelle du ciblage dans le cadre du projet

pilote (taux de couverture des personnes sous le seuil moins l'erreur d'inclusion) est ainsi de 0,05.

**Tableau 4 : Efficacité du ciblage**

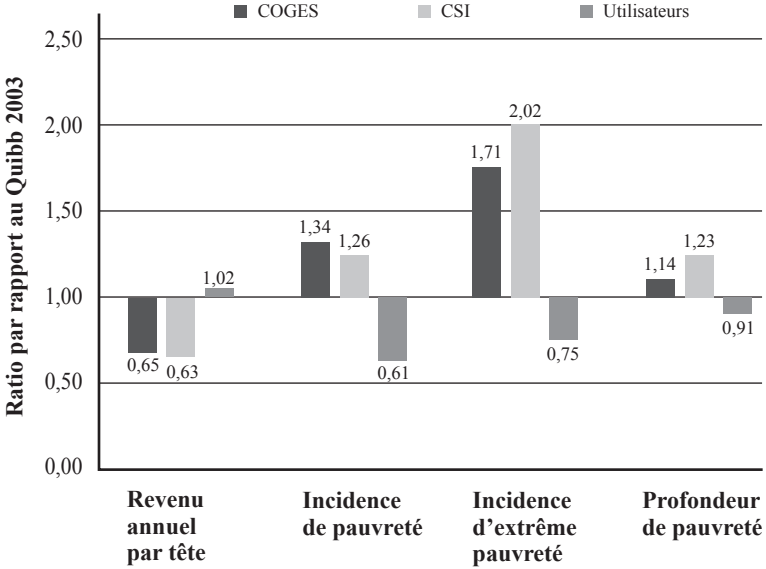
	<b>Personnes éligibles</b>	<b>Personnes non éligibles</b>	<b>Ensemble</b>
<b>Indigents retenus par COGES</b>	83 (A)	57 (B)	140
<b>Population non retenue</b>	38 709 (C)	49 314 (D)	88 023
<b>Population totale</b>	38 792	49 371	88 163

Taux de couverture  $[A / (A+C)] = 0,21 \%$

Erreur d'inclusion  $[B / (B+D)] = 0,16 \%$

En établissant une comparaison des indicateurs utilisés (consommation annuelle par tête, indice de pauvreté, indice d'extrême pauvreté et profondeur de pauvreté) et en prenant comme référence les résultats du milieu rural national, on constate une grande similitude entre les caractéristiques des ménages CSI et COGES, qui se distinguent toutefois notablement des caractéristiques des ménages des utilisateurs. L'ensemble des indicateurs utilisés rend compte de cette similitude à la figure 3. La comparaison des indicateurs confirme cela, car les consommations des ménages COGES et CSI sont respectivement inférieures à celles du milieu rural national de l'ordre de 0,35 point et de 0,37 point, alors que les consommations des utilisateurs sont à un niveau supérieur de 0,02 point. Si l'on considère l'indice de pauvreté, les ménages COGES et CSI sont plus pauvres que les ménages du milieu rural national respectivement de 0,34 point et de 0,26 point, tandis que les ménages des autres utilisateurs s'en sortent mieux que ceux du milieu rural national avec un indice de pauvreté inférieur de 0,39 point.

**Figure 3 : Comparaison des indicateurs de pauvreté chez les ménages COGES, CSI et utilisateurs avec ceux du QUIBB 2003 actualisé en 2009**



## Discussion

Le niveau de pauvreté est généralement utilisé dans les politiques d'exemption de paiement des pays africains comme critère pour en sélectionner les bénéficiaires. Cependant, on n'arrive pas toujours à avoir des précisions sur le niveau de consommation qui permet à un individu ou à un ménage d'être considéré comme pauvre et ainsi d'être admissible (Leighton *et al.*, 1995). Notre projet visait donc à vérifier si une méthode de type communautaire permettait de procéder de manière rigoureuse à cette identification, et quelques-unes de ses principales constatations et retombées sont discutées ici.

### *L'utilité d'une mesure précise de l'indigence pour le Burkina*

On peut difficilement se passer de caractéristiques économiques comme les revenus ou la consommation dans un processus d'évaluation du niveau de pauvreté des indigents

(Meessen et Criel, 2008 ; Vigan, 2009). En effet, la barrière financière reste l'obstacle majeur à l'accès des ménages les plus vulnérables aux services de santé (Ridde, 2012 ; Sissoco, 2011). Par exemple, dans des expériences de ciblage au Bangladesh, les programmes d'intervention ont utilisé des indicateurs socioéconomiques pour identifier les bénéficiaires à partir d'enquêtes sur les ménages (World Bank, 2005). Comme ces indicateurs n'existaient pas pour le Burkina, l'emploi des critères de seuil de pauvreté et d'extrême pauvreté dans notre étude a permis de pallier l'absence de normes d'admissibilité à l'échelle nationale pour définir l'indigence (Ridde *et al.*, 2007). Cela constitue certainement une avancée importante.

### ***Une sélection plus restrictive par les COGES que par les CSI***

Un autre élément intéressant de nos résultats révèle que les COGES ont fait preuve de prudence quant à la sélection des personnes à prendre en charge, vraisemblablement pour préserver la quantité d'argent économisé dans leur fonctionnement qui était la source financière dont ils disposaient pour cette prise en charge. Le même phénomène a été observé pour le ciblage dans le district d'Ouargaye (Ridde *et al.*, 2010). Un même processus dans deux contextes sociaux très différents du Burkina Faso a donc produit les mêmes effets, ce qui est une information intéressante sur la validité externe du mode de sélection communautaire mis en place. La présente étude apporte donc une contribution utile à la validité d'un processus dans le contexte national du Burkina Faso, même si l'on peut déplorer que les taux de couverture demeurent quand même relativement bas.

À cet effet, dans les expériences de ciblage rapportées par Bitrán et ses collaborateurs (2003), au Zimbabwe 20 % de la population urbaine pauvre, par rapport à 10 % de la population rurale pauvre, a été sélectionnée pour l'exemption des paiements des soins de santé. En Indonésie, le ciblage a permis de couvrir 11 % de la population pauvre, alors qu'au Ghana l'exemption a touché moins de 2 % des patients. Ainsi, le taux de couverture de 0,21 % de la population admissible de Dori et de Sebba reste faible comparativement aux cas rapportés. Cette sélection moins généreuse semble répondre au souci de garantir la sécurité des

fonds gérés par les COGES grâce au recouvrement des coûts, et certains auteurs reconnaissent que la détermination des critères d'admissibilité doit tenir compte du budget disponible (Meessen et Criel, 2008). L'étude du ciblage d'Ouargaye a toutefois démontré que la question financière ne constituerait pas nécessairement un problème pour la prise en charge sanitaire d'un nombre plus important d'indigents en contexte burkinabè (Ridde *et al.*, 2010).

En outre, bien que les textes constitutifs des COGES mentionnent leur responsabilité d'assurer la prise en charge sanitaire des indigents de leur aire sanitaire, beaucoup d'entre eux ignorent cette mesure ou ne l'appliquent tout simplement pas. En l'absence d'un tel système de prise en charge, les personnes vulnérables, comme cela a été démontré ailleurs (Sissoco, 2011), devront contracter des emprunts, vendre des biens ou quêter de l'argent pour faire face à une situation d'urgence sanitaire. Mais cela est possible seulement pour ceux qui ont encore la confiance des autres pour le remboursement.

### ***Les différences entre les types de ménages***

De plus, il ressort des résultats de notre étude que les ménages CSI et COGES présentent des caractéristiques de pauvreté semblables, mais nettement distinctes de celles des ménages du milieu rural national, en particulier des utilisateurs. On a ainsi une distribution presque identique des consommations entre les ménages CSI et les ménages COGES. Le niveau des consommations chez les ménages utilisateurs reste le plus élevé de l'ensemble des groupes étudiés et confirme combien la capacité contributive des ménages détermine l'utilisation des services de santé au Burkina Faso. En effet, une étude portant sur les inégalités d'accès à ces services a démontré que la tendance à les utiliser lors d'un épisode de maladie est presque trois fois plus importante dans les familles appartenant au quintile de consommation le plus élevé qu'elle ne l'est dans celle du quintile de consommation le plus faible (Haddad, Nougara et Ridde, 2004).

L'indicateur économique, notamment le critère de la faiblesse des consommations, semble de ce fait avoir été privilégié dans la sélection des indigents faite par les CSI. En outre, Ouendo



et ses collaborateurs (2005) ont défini la pauvreté comme « une incapacité à subvenir à ses besoins fondamentaux et une dépendance vis-à-vis des autres membres de la communauté ». Sur cette base, deux tiers des ménages CSI et COGES seraient incapables de subvenir à leurs besoins fondamentaux, comparativement à moins d'un tiers pour les ménages utilisateurs. La qualité de la sélection sur ce plan semble donc globalement bonne, puisque ce sont des ménages en majorité pauvres qui ont été sélectionnés par le processus communautaire.

## **Conclusion**

On sait que l'utilisation de la méthode du ciblage à base communautaire a pour avantage de permettre à des personnes qui ont une meilleure connaissance du milieu d'identifier les plus pauvres, mais seulement si des conditions d'impartialité sont garanties (Conning *et al.*, 2002). La procédure de sélection mise en œuvre dans les districts sanitaires de Dori et de Sebba a été conçue de manière à répondre à ces conditions grâce à l'hétérogénéité des cellules de sélection des indigents (CSI) et à la définition de plusieurs étapes de validation de la liste des personnes sélectionnées. De plus, tous les acteurs impliqués dans la sélection avaient été sensibilisés à leurs rôles respectifs et informés que la prise en charge sanitaire des indigents serait assurée par les fonds générés par les centres de santé et économisés par les COGES. Le fait que les personnes finalement sélectionnées sont effectivement plus pauvres que le reste de la population nous semble ainsi un indicateur de l'absence de partialité dans la sélection, mais il faudrait mener des études plus approfondies pour le vérifier de manière plus systématique. On pourrait tenter notamment de comprendre la logique présidant au choix, dans une proportion non négligeable, de personnes vivant au-dessus du seuil de pauvreté.

L'efficacité du ciblage communautaire pour le Burkina avait déjà été prouvée à Ouargaye (Ridde, 2012), mais il s'agissait d'un contexte social très différent (organisation sociale de groupe ethnique mossi). Cette procédure de ciblage testée par notre recherche pour la première fois dans la région du Sahel (organisation sociale de groupe ethnique peul) a confirmé la

capacité des populations locales de divers types de milieux à conduire à bon terme un processus d'identification des personnes indigentes. En effet, même sans utiliser des techniques de mesure sophistiquées, ces populations ont su dresser une liste de personnes reconnues comme étant les plus pauvres.

La production des mêmes résultats pour un même processus de ciblage dans des contextes sociaux très différents est une source d'information utile. La sélection très restrictive des COGES, dans ces deux contextes, s'explique sans doute par leur souci de dépenser le moins d'argent possible dans la prise en charge sanitaire des indigents. Toutefois, à cause de cela, beaucoup d'indigents sont mis à l'écart. Du point de vue de la pauvreté économique basée sur la consommation, les indigents mis à l'écart par les COGES après sélection par les CSI et ceux retenus dans la liste définitive présentent les mêmes caractéristiques. Certaines interrogations restent donc posées dans la compréhension du processus de sélection définitive par les COGES. En effet, on pourrait se demander : Quels ont été les critères de discrimination utilisés par les COGES dans le choix définitif des indigents ? En quoi la démarche entreprise par les COGES est-elle différente de celle des CSI ? Quels avantages et quels inconvénients cette démarche en deux temps comporte-t-elle dans le processus de ciblage des indigents ? Une analyse plus fine du processus de sélection des indigents pourrait permettre de répondre à ces questions afin d'améliorer la mise en œuvre du ciblage dans les autres CSPS des deux districts sanitaires étudiés ou ailleurs dans le pays.

Somme toute, la question de la pérennité de cette intervention reste posée, car, selon le fameux paradoxe du ciblage, « plus les programmes s'adressent à un public très circonscrit, moins ils bénéficient de soutien politique et plus leur pérennité est compromise » (Ridde, 2005). Dans certains pays, la mise en place d'un fonds d'équité santé, alimenté par des bailleurs de fonds, a permis de donner de l'espoir à la population pauvre (Meessen et Criel, 2008). Mais cela n'est pas allé au-delà de l'espoir dans bien d'autres contextes. Ainsi, au Mali, malgré l'existence d'une politique visant à réduire le fardeau des dépenses de santé des couches vulnérables de la population, des ménages continuent de faire face à des dépenses catastrophiques, et les plus pauvres

payent les plus lourds fardeaux (Sissoco, 2011). Au Burkina Faso, l'idée de la mise en place d'un fonds pour la prise en charge sanitaire des indigents semble avoir été adoptée. Il reste maintenant à constater sa concrétisation et, dans cette optique, l'approche de ciblage communautaire que nous avons étudiée semble offrir une voie prometteuse pour sa mise en place.

## **Bibliographie**

- BITRÁN, R., et U. GIELDION (2003). *Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries*, Final draft, Washington, DC, World Bank.
- CONNING, J., et M. KEVANE (2002). « Community Based Targeting Mechanisms for Social Safety Nets: A Critical Review », *World Development*, vol. 30, n° 3, p. 375-394.
- DARA, C. (2004). « Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde », Bulletin de santé n° 1, Population Reference Bureau.
- HADDAD, S., A. NOUGTARA, et V. RIDDE (2004). « Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso », *Santé, Société et Solidarité*, vol. 2, p. 199-210.
- HELP (2009). « Rapport de l'atelier d'élaboration d'une stratégie de prise en charge sanitaire des indigents dans les districts sanitaires de Dori et Sebba », Atelier tenu les 17, 18 et 19 février 2009 dans la salle de la DRED à Dori.
- INSD (2002). *L'étude spécifique approfondie des données de l'Enquête Prioritaire 1998, pauvreté et santé au Burkina Faso*, Ouagadougou, Institut national de la statistique et de la démographie / Ministère de l'Économie et du Développement (MEDEV).
- INSD (2003). *Analyse des résultats de l'enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages*, Rapport final, Ouagadougou, Institut national de la statistique et de la démographie / Ministère de l'Économie et du Développement (MEDEV).

- INSD (2009a). *Recueil des concepts, définitions, indicateurs et méthodologies utilisés dans le système statistique national*, Ouagadougou, Institut national de la statistique et de la démographie / Ministère de l'Économie et des Finances.
- INSD (2009b). « Indice harmonisé des prix à la consommation ». Repéré à URL : [www.insd.bf](http://www.insd.bf).
- LEIGHTON, C., et F. DIOP (1995). *Protecting the Poor in Africa: Impact of Means Testing on Equity in the Health Sector in Burkina Faso, Niger, and Senegal*, Health Financing and Sustainability (HFS) Project, ABT Associates.
- LEMBANI, M., et C. MANDALA (2006). « Malawi : méthodes de ciblage dans les programmes de travaux publics », *Findings – Africa Region*, n° 267 (<http://www.worldbank.org/afr/findings/french/ffind267.htm>).
- MATIN, I., et S. HALDER (2004). *Combining Methodologies for Better Targeting of the Extreme Poor: Lessons from BRAC's FPR/TUP Programme*, CFPR-TUP Working Paper Series n° 2, BRAC, Research and Evaluation Division, Aga Khan Foundation Canada.
- MEESSEN, B., et B. CRIEL (2008). « Public Interventions Targeting the Poor: An Analytical Framework », *Studies in Health Services Organisation and Policy*, n° 23, p. 263-294.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2009). *Annuaire statistique 2000-2009*, Ouagadougou, Ministère de la Santé, Direction des études et de la planification.
- OUENDO, E.-M., et al. (2005). « Représentation de la pauvreté et de l'indigence du point de vue de la communauté au Bénin dans le cadre des soins de santé primaires », *Archives of Public Health*, vol. 63, n° 3, p. 149-166.
- RIDDE, V. (2005). *Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest : le cas de l'Initiative de Bamako*, thèse de doctorat, Québec, Université Laval.
- RIDDE, V., A. BICABA, et S. HADADAD (2007). *Évaluer l'efficacité et les processus de la sélection des bénéficiaires*

- de la gratuité des soins dans un district du Burkina Faso*, SERSAP / Université de Montréal.
- Ridde, V. (2012). *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- SIMPORÉ, L. (2008). *Étude sur la pertinence de l'utilisation de critères d'indigence dans les districts sanitaires de Dori et Sebba au Burkina Faso*, mémoire de fin d'études en master en population et santé, Institut supérieur des sciences de la population de Ouagadougou.
- SISSOCO, K. (2011). *Analyse des obstacles financiers à la prise en charge globale des femmes ayant souffert de complication obstétricale dans la région de Kayes au Mali de février 2008 à février 2010*, mémoire de fin d'études en master en population et santé, Institut supérieur des sciences de la population de Ouagadougou.
- SP/CONAPO (2000). *Exclusion et pauvreté au Burkina Faso : Qui est touché ? Quel est le rôle des facteurs démographiques ?* Rapport définitif, Secrétariat permanent du Conseil national de la population, ASTADEB.
- VIGAN, A. C. (2009). *Évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de distribution de bons d'achats alimentaires du PAM au Burkina Faso : cas de la ville de Ouagadougou*, mémoire de fin d'études en master en population et santé, Institut supérieur des sciences de la population de Ouagadougou.
- WORLD BANK (2005). *Targeting Resources for the Poor in Bangladesh*, Bangladesh Development Series – Paper no. 5, World Bank Office, Dhaka.