

## COMMENT ASSURER L'EFFICACITÉ DE LA GRATUITÉ SÉLECTIVE DES SOINS AU BURKINA FASO ?

L'implication des populations dans la sélection des bénéficiaires

**Oumar Mallé Samb et Valéry Ridde**

**De Boeck Supérieur | *Afrique contemporaine***

2012/3 - n° 243  
pages 33 à 48

ISSN 0002-0478

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-afrique-contemporaine-2012-3-page-33.htm>

Pour citer cet article :

Samb Oumar Mallé et Ridde Valéry, « Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso ? » L'implication des populations dans la sélection des bénéficiaires, *Afrique contemporaine*, 2012/3 n° 243, p. 33-48. DOI : 10.3917/afco.243.0033

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso ?

## L'implication des populations dans la sélection des bénéficiaires

Oumar Mallé Samb  
Valéry Ridde

**Le paiement direct imposé dans le cadre de l'Initiative de Bamako a réduit l'accès aux soins pour les plus démunis et les plus vulnérables. De nombreux auteurs recommandent la mise en place de politiques de ciblage social pour rendre les soins gratuits pour ces populations. Cependant, au-delà de son efficacité, le ciblage social pose de nombreux problèmes comme son acceptabilité, la difficulté d'identifier correctement les bénéficiaires et la possible stigmatisation de ces dernières. Cette recherche analyse, selon une approche qualitative, la pertinence sociale de la gratuité sélective des soins accordée aux femmes, aux enfants et aux indigents au Burkina Faso. Cette gratuité sélective des soins est socialement acceptée, même si le choix des groupes est parfois questionné. L'implication des communautés dans la sélection des bénéficiaires joue un rôle majeur dans l'acceptabilité et l'efficacité de ces politiques, en limitant notamment la stigmatisation sociale des indigents.**

**Mots clés :** Gratuité des soins – Ciblage – Burkina Faso – Communautés – Valeurs sociales



Le contexte économique difficile des années 1980 a pesé dans la dégradation des structures sanitaires de la plupart des pays africains. La majorité d'entre eux ont été obligés de mettre en place le paiement direct qui imposait aux patients de payer lorsqu'ils utilisaient les services de santé. Toutefois, l'expérience a montré que la participation financière imposée aux patients a bloqué l'accès aux soins des populations vulnérables comme les femmes (Nanda, 2002) ou les indigents (Stierle, Kaddar *et al.*, 1999).

**Oumar Mallé Samb** est doctorant en santé publique à la faculté de médecine de l'université de Montréal. Sociologue de formation, il est détenteur d'un master recherche en

éducation et problèmes sociaux et d'un master professionnel en chargé d'études sociologiques et enquêtes sociales obtenus à l'université Victor-Segalen de Bordeaux-II.

**Valéry Ridde** est professeur agrégé en santé mondiale à l'université de Montréal et chercheur au centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal.

Ces derniers sont notamment caractérisés par une exclusion permanente des services de santé.

C'est ainsi qu'à partir des années 2000 de nombreux pays ont décidé de mettre en place des politiques d'exemption de paiement en ciblant les plus pauvres et les plus vulnérables. Deux types de ciblage sont généralement utilisés dans le cadre de ces politiques de gratuité sélectives. D'une part, le ciblage d'individus ou de ménages basé sur l'appréciation directe des revenus, soit en termes monétaires (*means testing*) ou par le moyen d'un score évaluant le niveau de vie essentiel (*proxy means testing*). D'autre part, le ciblage démographique qui concerne les groupes de la population considérés comme étant les plus vulnérables (femmes, enfants ou personnes âgées) (Hanson, Worrall *et al.*, 2008). Dans le contexte du Burkina Faso, où la présente étude est réalisée, on retrouve ces deux méthodes.

La documentation sur les programmes de ciblage démographique reste encore insuffisante (Coady, Grosh *et al.*, 2004). La plupart des écrits qui y sont consacrés se sont limités à étudier les politiques de ciblage sous l'angle de leur efficacité, notamment leur performance quant à la couverture des bénéficiaires, ou en mettant en évidence des erreurs de ciblage (Hanson, Worrall *et al.*, 2008) occultant ainsi trop souvent la dimension sociale. En Afrique, les expériences de cibrages sont encore rares et insuffisamment étudiées (Coady, Grosh *et al.*, 2004), en particulier relativement à leurs effets sociaux, liés aux valeurs et aux préférences des communautés.

Ainsi, l'objectif de cet article est de contribuer à développer des connaissances sur la pertinence sociale du processus de ciblage, notamment dans un contexte africain, le Burkina Faso. Nous nous intéresserons essentiellement à la pertinence sociale de la gratuité sélective dans deux interventions réalisées au Burkina Faso.

### La gratuité sélective au Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays sahélien de quinze 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 élevés (Hill, Thomas *et al.*, 2007). Son système de santé a une organisation pyramidale, avec à la base les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) où les populations peuvent bénéficier des soins de première ligne (soins et accouchement). La gestion des centres de santé est confiée à la communauté à travers les comités de gestion (Coges). Sous la supervision de l'infirmier chef de poste, ces derniers assurent l'approvisionnement du centre de santé grâce aux bénéfices engrangés par la vente des médicaments essentiels génériques (MEG) et les consultations curatives.

Les interventions dont nous étudions la pertinence sociale se déroulent dans trois districts et ciblent trois groupes sociaux différents (tableau 1). Le gouvernement a mis en place en 2006 une subvention de 80 % des soins

obstétricaux et néonataux d'urgence (Sonu) (ministère de la Santé, 2006). Puis, en 2008, une ONG internationale, en complémentarité de cette stratégie gouvernementale, a décidé de prendre en charge la part des 20 % réclamée aux femmes dans les districts de Dori et de Sebba, situés dans la région du Sahel, rendant ainsi les soins totalement gratuits pour les femmes mais ajoutant aussi la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans. L'intervention repose sur le principe du tiers payeur. L'ONG et l'État remboursent les Coges pour les soins qu'ils ont fournis gratuitement. Ce projet se superpose à une intervention instaurant la prise en charge communautaire des indigents qui a démarré en 2007 dans le district de Ouargaye, et qui a été étendue aux districts de Dori et Sebba depuis 2010.

Cette gratuité pour les indigents est une première tentative au Burkina, où l'absence de définition ainsi que de critères d'identification des indigents a toujours été avancée par les autorités pour expliquer l'absence de prise en



**Le siège du district sanitaire de Sebba.** Situé dans la région de Sahel au nord-est du Burkina Faso, avec Dori, Gorom-Gorom et Ouargaye, il est l'un des quatre districts sanitaires de cette région. Chacune d'elles est découpée en subdivisions administratives de prise en charge des soins de santé, les districts sanitaires. Chaque district gère, selon la densité de population, plusieurs dizaines de centres de santé intégrés. Dirigé par un médecin chef, en plus d'infirmiers (es) et de secrétaires médico-sociales, il assure également à l'hôpital de district les soins médicaux généraux. Présent au chef de lieu de district, le siège de Sebba ne représente pas véritablement les problèmes spécifiques d'accès aux soins. En effet, une majorité de la population du Burkina Faso se trouvent à plus de 5 km d'un centre de santé. Photo de Ludovic Queuille, Sebba, Burkina Faso, 17 mars 2009.

**Tableau 1 – Présentation des interventions de gratuité sélective en 2010**

Les interventions de gratuité sélective				
Catégories sociales exemptées	Femmes enceintes		Enfants (moins de cinq ans)	Indigents
Districts concernés et taux de l'exemption	Dori et Sebba (100 %)	Ouargaye (80 %)	Dori et Sebba (100 %)	Dori, Sebba et Ouargaye (100 %)
Financement	État + ONG	État	ONG	Communautés
Leurs contextes sociaux				
Districts	Dori	Sebba	Ouargaye	
Groupe social majoritaire	Peulh	Peulh	Mossi	
Nombre de CSPS	7	11	25	
Nombre d'habitants	290 000	170 000	260 000	
Activités économiques dominantes	Élevage	Élevage	Agriculture	

Source : MS/DEP, annuaire statistique, 2008.

charge sanitaire des plus démunis. Dans ces districts, la gratuité pour les indigents est financée par les Coges sur leurs fonds propres, tel que prévu par l'Initiative de Bamako, et elle concerne les indigents sélectionnés par un processus communautaire. Ainsi, des comités villageois de sélection (CVS) ont été mis en place dans chaque village avec l'implication des différentes composantes de la communauté (femmes, religieux) (Ridde, Yaogo *et al.*, 2010). Après avoir procédé à l'identification et à la sélection des indigents de son village sur la base d'une définition consensuelle et communautaire de l'indigence, chaque CVS a ensuite soumis la liste des bénéficiaires qu'il avait établie successivement au chef du village, aux autorités communales (maire ou conseillers) et au Coges de son aire sanitaire pour une sélection finale. Dans le souci d'éviter toute collusion, les membres des Coges ou les chefs de village n'ont pas été inclus dans les comités villageois de sélection.

### Comment la gratuité des soins s'inscrit dans les valeurs des populations ? Principes méthodologiques

L'état des connaissances montre l'importance de la question des valeurs dans l'élaboration des politiques publiques. En Afrique, où leur formulation est largement d'origine exogène sous l'impulsion des organisations internationales, les recherches suggèrent que la question des valeurs, des significations locales de la solidarité est souvent absente des préoccupations des concepteurs des politiques (Standing, 2002 ; Ridde, 2006). Deux théories principales s'opposent dans la définition des valeurs. D'un côté, les défenseurs d'une approche subjective posent que les valeurs sont le produit des intérêts ou des émotions de l'agent. D'un autre côté, les théories objectives insistent sur la stabilité des valeurs et leur indépendance par rapport aux intérêts conjoncturels (Massé, Saint-Arnaud, 2003). La seconde approche sera à la base de la définition

que nous adoptons pour cette étude et qui présente les valeurs comme des « construits socioculturels partagés (à des degrés divers) par les membres d'une communauté... elles apparaissent donc comme des critères utilisés pour justifier des conduites, soit comme des normes de référence à travers lesquelles sera apprécié le sens de l'agir » (Massé, Saint-Arnaud, 2003, p. 48). Il existe plusieurs valeurs contradictoires dans une société. Celles qui dominent à un moment donné se présentent comme la solution de préférence qu'une société met en avant pour effectuer ses choix sociaux (Kluckhohn, Strodtbeck, 1961 ; Meessen, Van Damme *et al.*, 2006).

La rareté de la prise en compte des valeurs dans la formulation des réformes nous met dans la situation de la double clôture des politiques publiques. Clôture par les experts, qui prétendent être les seuls à même de déterminer ce qui est bon pour la société, clôture par l'élite dirigeante, qui se pose en seul interprète rationnel des contraintes qui pèsent sur la cohésion sociale (Jobert, 1992). Or, selon Amartya Sen, la réussite d'une politique publique est largement tributaire de la prise en compte des valeurs et notamment de la manière dont l'équité, dans notre cas l'accès aux soins des plus vulnérables, est perçue par les populations : « Dans le choix de leurs objectifs et de leurs priorités, les politiques publiques doivent non seulement prendre en compte les exigences de justice et la portée des valeurs, mais elles doivent aussi tenir compte des valeurs auxquelles adhèrent les gens, y compris de leurs sens de la justice » (Sen, 2000, p. 359). Il découle de cette conception que l'équité ne se décrète pas, mais émane des représentations sociales. La question des valeurs est, dès lors, centrale, d'autant plus que ce sont « les normes et les notions liées à la justice qui déterminent les comportements » (Sen, 2000, p. 359). L'insistance sur les valeurs ne veut pas dire pour Sen qu'aucune autre motivation n'interfère dans la décision des individus, mais il souhaite seulement illustrer « l'incidence des normes et des comportements que la définition des politiques publiques ne saurait ignorer » (Sen, 2000, p. 367).

L'originalité des propositions théoriques de Sen se manifeste par la reconnaissance que la cohérence des politiques publiques ne tient pas à leur seule rationalité interne mais au sens qui leur est donné par les populations. Un sens qui postule une adéquation de la politique avec les valeurs mais aussi dans le fait que l'intervention doit s'adapter et être appropriée au milieu où elle s'inscrit. Le degré de cohérence qui en résulte déterminera largement son appropriation par les populations et surtout sa pertinence (Sen, 2000).

Ces propositions théoriques de Sen vont nous servir de base théorique pour rendre compte de la pertinence sociale des interventions de gratuité sélectives des soins qui se déroulent au Burkina Faso. Ainsi, nous allons nous intéresser aux différents acteurs sociaux qui interviennent dans la mise en place de ces interventions afin d'étudier leurs perceptions, représentations et préférences concernant ce ciblage social. On se demande donc comment la gratuité sélective des soins pour les indigents, les femmes enceintes et les enfants s'inscrit dans les valeurs et croyances des populations.

Pour répondre à cette question, la stratégie de recherche utilisée est une étude de cas multiples (Yin, 2003) reposant sur l'utilisation de données qualitatives. Nos cas sont constitués des trois interventions de gratuité sélectives (femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans et indigents). La population étudiée dépend des huit centres de santé où se déroulent ces interventions. Pour Dori et Sebba, le choix est contraint dans la mesure où il n'existe que quatre CSPS où s'applique la prise en charge gratuite des indigents. En revanche, en ce qui concerne Ouargaye, dix CSPS y participent. Les quatre CSPS où s'est déroulée l'étude sont homogènes ethniquement (le même groupe social mossi y est dominant).

Les données qualitatives proviennent de trois instruments de collecte (entrevues individuelles, entrevues de groupe et documentation) 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 des interventions (tableau 2), avec l'aide d'un interprète 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 sélectionné les personnes dont les profils étaient les plus divers afin de croiser les points de vue (diversification interne) (Pires, 1997). Les entrevues ont porté sur les thèmes suivants : valeurs sociales, organisation sociale, justice sociale, perception du ciblage, stigmatisation et préférences des acteurs. L'étude documentaire a reposé sur les politiques nationales de santé et les rapports d'activités de l'ONG et des districts étudiés.

Toutes les entrevues ont été retranscrites en français à partir de l'enregistrement numérique. Le matériel a été organisé avec le logiciel QDA-Miner® selon une démarche thématique (Miles, Huberman, 2003). Cette recherche a été approuvée par les comités d'éthique de l'université de Montréal (CRCHUM) et du Burkina Faso.

**Tableau 2 – Caractéristiques des participants et instruments de collecte**

Instruments/groupe d'acteurs	Membres des Coges	Utilisateurs ou non utilisateurs des services	Autorités administratives	Agents de santé
<b>Profils des enquêtés</b>	Président du Coges Trésorier	Paysans Ménagères Indigents	Préfet, Sous-préfets	Infirmier Chef de poste
<b>Entrevues approfondies (total) = 104</b>	16 (H : 15) (F : 1)	72 (H : 32) F : 40)	8 (H : 7) (F : 1)	8 (H : 8) (F : 0)
<b>Dori et Sebba (n = 52)</b>	8	36	4	4
<b>Ouargaye (n = 52)</b>	8	36	4	4
<b>Entrevues de groupe/ nombre de personnes</b>	8 (N = 36)			

Note : H = homme ; F = femme

## Une gratuité sélective, juste et socialement acceptée

Dans les trois districts étudiés, une large majorité des personnes interrogées considère que la gratuité sélective accordée aux indigents, aux femmes enceintes et aux enfants est juste et socialement acceptée : « Les gens qui sont aidés appartiennent aux mêmes familles que ceux qui ne sont pas aidés, donc c'est la même chose. Si on n'aide pas ton propre enfant, on a aidé ta femme ou c'est celui de ton proche qui est aidé », explique un membre de la communauté.

La tendance générale montre que le traitement préférentiel accordé à ces catégories de la population ne pose pas problème : « Nous ne sommes pas égaux, tout le monde ne peut pas être égal. Il y a cinq doigts et ils n'ont pas la même taille. Il y a la vieillesse qui compte, il y a aussi la maladie qui compte, donc il est normal de prendre ces groupes pour les aider », argumente un paysan.

Parmi les arguments invoqués pour expliquer cette acceptabilité du ciblage il y a la vulnérabilité dans laquelle se trouve ces groupes ciblés : « Parmi les membres de la communauté, il existe des catégories sociales plus nanties que d'autres couches de la population qui sont plus vulnérables, parmi lesquels on compte les personnes âgées, les femmes enceintes et celles avec de petits enfants et les indigents », dit une ménagère.

Les valeurs sont aussi invoquées par la plupart des personnes interrogées comme étant des éléments favorables de l'adéquation du ciblage avec le contexte : « Vous savez, même dans le zakat (aumône islamique) on favorise les pauvres. La religion conseille cela, donc tout le monde ne peut être que d'accord qu'on vienne en aide d'abord aux plus démunis », nous dit un membre des Coges à propos du ciblage des indigents. En ce qui concerne particulièrement le ciblage des indigents, la démarche communautaire et participative adoptée semble y avoir beaucoup contribué aux dires d'un président de Coges : « Nous avons pris l'initiative de rencontrer les imams et toutes les personnes ressources de la commune pour leur demander de nous fournir les listes des personnes dont ils connaissent la situation d'indigence. Ils sont allés dans tous les villages et ont dressé des listes selon le nombre de personnes que l'on pouvait prendre en charge. »

Il existe néanmoins quelques réticences à l'instar de cette autorité administrative pour qui la gratuité sélective est porteuse de tensions sociales : « Je trouve cela injuste même avec les vaccinations, c'est toujours les mêmes : les vieux à un certain moment se sont plaints et ils ont trouvé que ça continue et que leurs plaintes n'a pas été entendue », affirme-t-elle.

## Perception et préférence des acteurs sociaux

Le choix des catégories sociales opéré dans le cadre des interventions ciblées a été contesté moyennement à Dori et Sebba, et plus fortement à Ouargaye. À Ouargaye, une grande majorité parmi les quatre groupes d'acteurs sociaux considère que les catégories sociales prioritaires sont les femmes et les enfants, suivis des indigents.



Il n'existait au moment de notre enquête aucune intervention d'exemption de paiement des soins pour les enfants dans le district de Ouargaye. Ainsi, une proportion importante des acteurs sociaux préconise leur inclusion dans les groupes cibles ou à défaut de remplacer les indigents par les enfants : « Je choisis les enfants, parce que sans soins ils vont mourir », souligne un membre des Coges.

À Dori et Sebba, une majorité s'est dégagée en faveur du ciblage actuel. Cependant, une proportion importante des acteurs pense que les personnes âgées doivent être incluses dans le groupe des bénéficiaires de la gratuité des soins. L'élargissement du ciblage est l'option préférée mais, si le choix est contraint, certains envisagent de remplacer les indigents par les personnes âgées considérées comme plus prioritaires : « Ces vieilles femmes nous ont mis au monde. C'est pour cela qu'il faut commencer par elles », soutient un préfet de district. Les justifications avancées en faveur des personnes âgées à Dori et Sebba s'inscrivent globalement dans des considérations humanistes et morales plutôt que sanitaires : « Les personnes âgées ont besoin d'une assistance particulière. Par obligation morale, elles ne doivent pas se sentir oubliées. Il faut qu'on puisse, ne serait-ce que dans le domaine de la santé, penser à elles » (agent de santé). En revanche, à Ouargaye, les justifications des préférences varient selon la position sociale. Les agents de santé et les membres des Coges justifient principalement le choix des enfants par des raisons de santé publique : « Les enfants de zéro à cinq ans sont prioritaires. La plupart des évacuations, c'est surtout les enfants. Le gros problème, c'est le retard de consultations dû à l'inaccessibilité financière », dit un agent de santé. À l'inverse, les autres membres de la communauté utilisent des arguments humanistes : « On ne sait pas ce que l'enfant va devenir, demain, il peut devenir un président. En plus, la base de l'indigence d'une personne commence dès l'enfance », considère un paysan.

Par ailleurs, même si les interventions ciblées sont perçues positivement par les acteurs sociaux dans leur majorité, il s'avère que la gratuité sélective comme politique publique sanitaire n'est pas leur option préférée pour le long terme : « Normalement, on doit aider tout le monde car nul ne se suffit à soi-même ; de la même manière que je veux qu'on m'aide, je veux qu'on aide les autres aussi. Vous savez, tout le monde est pauvre ici », opine un paysan.

Cependant, l'attachement au paiement reste fort chez les autorités administratives, les membres des Coges et les agents de santé tels que résumés par les propos d'un agent de santé : « Je pense que le fait de faire participer la communauté pour payer une partie de ses soins, c'est pas mal. Ça permettra de leur faire comprendre que ce n'est pas parce que les produits sont gratuits qu'ils sont mauvais. Je pense que ce serait bien si cette population payait une bonne part. » On retrouve ainsi une certaine forme d'idée reçue sur la dévalorisation de la gratuité par les patients et le besoin de les responsabiliser, tel que des cadres du ministère de la Santé l'écrivent (ministère de la Santé, 2010).

## Le problème de la stigmatisation des populations ciblées

Aucun sentiment de honte ou de gêne n'a été observé chez les indigents sélectionnés pour bénéficier de la gratuité que nous avons rencontrés : « Il n'y a pas d'inconvénients à cela et le fait d'être retenu est un cadeau », dit un indigent. Sans ressources et souvent isolés du reste de la société, la gratuité des soins est interprétée par les indigents comme l'expression de la solidarité communautaire à leur égard : « J'ai perdu mon époux et je suis seule, on m'a proposé l'aide et j'ai accepté avec plaisir. » De même, aucun indigent n'a relaté un comportement stigmatisant ou discourtois à son égard chez les autres membres de la société : « Concernant mes voisins, je les entends souvent dire que vraiment quelqu'un dans mon état mérite d'être soutenu et qu'ils sont d'accord avec cela. »

Il n'a pas été observé chez les indigents de non recours aux soins résultant d'un sentiment de honte : « Maintenant, à chaque fois que je suis malade, je me rends à l'hôpital pour me soigner », confirme un indigent. Les indicateurs de l'utilisation des services par les indigents ont progressé aux dires d'un agent de santé : « Aujourd'hui, un indigent qui est malade, c'est arriver à l'hôpital qui est son problème, dès qu'il arrive, on le soigne. Cela fait que ceux qui étaient malades et qui avant restaient chez eux viennent à l'hôpital. »

Cependant, même si le paiement au point de service a été éliminé, l'accès aux soins reste toujours difficile pour les indigents dont certains, à cause de l'âge et des limites de mobilités associées, ne peuvent pas se déplacer jusqu'aux centres de soins : « Si j'y vais, je peux avoir les médicaments, mais je ne peux pas aller au dispensaire. Je ne peux pas non plus monter sur un vélo, j'ai voulu envoyer un enfant pour qu'il me prenne les médicaments, mais on m'a dit que c'était impossible », raconte un indigent.

Du côté des autres acteurs, aucun sentiment de jalousie ou d'être lésé n'a été observé, même si la gratuité qui a été accordée aux indigents a été rendue possible par la poursuite du paiement direct dont les bénéficiaires servent pour une petite partie à financer cette gratuité. Bien au contraire, cette mesure est considérée comme un symbole de l'entraide communautaire : « Oui, nous sommes d'accord avec la prise en charge des indigents. C'est quelque chose que nous même on a souhaité », dit un paysan.

La transparence du processus de sélection des indigents est unanimement reconnue par les différents acteurs sociaux. Une perception positive de la démarche qui a contribué à l'absence de conflits sociaux entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires aux dires d'un agent de santé : « Je peux dire que l'atout majeur se trouve dans la manière dont on a sélectionné les indigents. Je pense qu'il y a eu de l'harmonie et de la transparence. On a laissé le libre choix à la population de choisir les indigents et ils l'ont fait en toute objectivité. » Certains restent cependant insatisfaits de la sélection qu'ils trouvent trop restrictive : « Je ne peux rien dire sur la justesse de la sélection des indigents. Mais, quand même, il fallait prendre beaucoup plus. L'atmosphère n'est pas la même que si on aidait beaucoup plus », concède un indigent non retenu. Une sévérité dans la sélection que les Coges expliquent par la faiblesse de leurs ressources :

« Y a beaucoup qui disent que l'initiative est bonne mais c'est le nombre qui fait défaut. Pourtant, c'est en fonction de notre budget que nous aussi on sélectionne. Ils veulent que l'on prenne des centaines, mais en une seule année, on ne peut pas », se défend un membre des Coges<sup>1</sup>.

Pourtant, le problème de l'indigence ne semble pas être une préoccupation pour tout le monde. La réticence à le considérer comme un problème public et prioritaire est toujours perceptible chez certains responsables : « Je pense qu'il faut aider ceux qui sont productifs aussi, je ne dis pas, c'est un peu gênant, de dire qu'il faut abandonner les indigents, ça veut dire qu'ils n'ont qu'à aller mourir, c'est un peu difficile de dire ça. Je pense qu'il faut qu'on soit au plan économique bien nantis pour les prendre en charge. » Le tableau 3 présente une synthèse des résultats empiriques issus de cette recherche qualitative.

### Repenser la gouvernance des programmes de santé en Afrique

Le ciblage actuel des interventions étudiées repose sur une vision rawlsienne de la justice sociale qui veut que les plus vulnérables soient traités différemment et favorablement (Massé, Saint-Arnaud, 2003). Cette conception de la justice sociale ne semble pas être majoritaire dans les communautés étudiées où les valeurs égalitaristes qui promeuvent l'« égalité de l'accès aux soins pour tous » paraissent plus dominantes (Ridde 2006). Comment s'explique alors ce paradoxe, les communautés de notre enquête adhérant massivement à la gratuité sélective contemporaine ?

Trois types d'explication peuvent être avancés<sup>2</sup>. Dans un premier temps, on peut supposer que la gratuité sélective est acceptée parce qu'elle est vue comme contributive au renforcement du lien social. En effet, dans un pays où la pauvreté généralisée rend les communautés incapables d'assurer la protection sociale de leurs membres (Savadogo, 2010), une gratuité accordée aux couches de la population les plus vulnérables ne peut qu'être saluée ou, à tout le moins, non critiquée. Dans un second temps, on peut considérer que la multiplication des projets d'exemption des soins a contribué à une plus grande acceptation du principe de la gratuité sélective. En ce sens, la subite « conversion » observée chez des partisans du paiement direct, comme les professionnels, de la santé vers la gratuité des soins au Burkina Faso (Kagambega, 2010) et au

1. Il faut rappeler que cette expérience (pour assurer sa pérennité, il avait été demandé que seuls les Coges financent la gratuité pour les indigents, sans apport financier externe) a fait en sorte que les indigents sélectionnés ne représentent que trois habitants pour mille (Ridde *et al.*, 2010).

2. La présence d'une intervention d'une ONG (Dori et Sebba), sur laquelle porte partiellement notre

recherche, a pu induire des biais, comme celui de désirabilité sociale, autrement dit le fait que les répondants pouvaient adapter leurs réponses à nos questions afin que l'intervention de l'ONG soit perçue comme parfaite pour qu'elle perdure. Pour en limiter l'impact, nous avons insisté sur notre indépendance par rapport à l'ONG, clarifiant sans équivoque que l'entrevue ne pourra avoir aucune

influence sur sa décision de continuer les services de gratuité (Boutin, 1997). Nos données ont porté sur un petit nombre de personnes, ce qui peut limiter le potentiel de généralisation des résultats à d'autres districts. En revanche, les résultats de la recherche sont globalement similaires en dépit des contextes sociaux hétérogènes, ce qui renforce la validité interne de l'étude.

**Tableau 3 – Synthèse des résultats selon les thèmes et les acteurs stratégiques**

<b>Districts Thèmes abordés</b>	<b>Dori et Sebba</b>	<b>Ouargaye</b>
Perception de la gratuité sélective actuelle	Tendance globale : perception positive Base de justifications : vulnérabilité des groupes choisis ; adéquation avec les valeurs ; démarche participative et inclusive du choix des indigents Positionnement des acteurs : majoritairement d'accord Contre : peut engendrer des conflits sociaux (certains responsables)	
Positionnement des acteurs, choix des catégories sociales et arguments de justification	Tendance globale : contestation moyenne du choix des groupes ; préférence pour l'inclusion des personnes âgées Base de justifications : obligation morale de les aider (tous acteurs confondus)	Tendance globale : contestation forte du choix des groupes ; préférence pour inclusion des enfants Base de justifications : vulnérabilité de cette catégorie sociale (agents de santé, membres ; Coges) ; considérations morales (membres de la communauté)
Ciblage des indigents et stigmatisation	Tendance globale : aucun acte stigmatisant ni de conflits sociaux Base de justifications : sélection vue comme expression de la solidarité communautaire ; sélection initiée et conduite par les communautés Cependant : critique de la sévérité de la sélection ; l'indigence n'est pas considérée comme un problème public (certains responsables administratifs)	

Congo (Tanon, 2011) montre bien qu'une « révolution » est en train de se réaliser, même si elle se déroule encore à la marge. Enfin, l'acceptation du ciblage peut découler d'arguments pragmatiques. Les communautés sont conscientes que l'État n'a pas les moyens d'appliquer la gratuité universelle, alors même qu'il peine à procéder à une mise en œuvre correcte des interventions ciblées. Les défaillances observées dans la mise en œuvre, par exemple de la SONU (Ridde, Richard *et al.*, 2011), renforcent cette perception et peuvent expliquer la méfiance des populations à souhaiter des mesures universelles tant que les mesures ciblées ne seront pas efficacement organisées.

Le ciblage opéré dans les trois districts a été contesté par les acteurs sociaux. À Dori et Sebba, les personnes âgées sont considérées pour les communautés comme un groupe prioritaire qu'il fallait inclure dans le ciblage, alors qu'à Ouargaye, c'est la prise en charge gratuite des enfants qui est réclamée.

Malgré les innovations introduites dans les politiques de lutte contre la pauvreté préconisant qu'une attention particulière soit accordée aux communautés dans l'élaboration des réformes (Razafindrakoto, Roubaud, 2005), peu de pays suivent ces recommandations. Une enquête montre d'ailleurs que seulement 2 % des populations de huit métropoles africaines ont été impliquées dans l'élaboration du document stratégique de réduction de la pauvreté (Razafindrakoto, Roubaud, 2005). C'est cette occultation des préoccupations des populations dans l'élaboration des réformes qui est à la base du contraste souvent observé entre les valeurs véhiculées par les politiques et les valeurs locales.

Elle s'est confirmée encore avec notre recherche dont les résultats ont montré que la définition de la vulnérabilité ayant conduit au choix des groupes est basée sur des considérations de santé publique, qui pour les acteurs sont certes importantes, mais pas suffisantes. Par exemple, à Dori et Sebba, les personnes ayant suggéré les personnes âgées ont invoqué presque exclusivement des arguments sociaux. Dans ces sociétés les personnes âgées jouissent d'un prestige social, la société a l'obligation morale d'en prendre soin (Roth, 2010). Par conséquent certains pays, comme le Sénégal, ont choisi d'accorder la gratuité des soins aux personnes âgées de plus de soixante ans (Aboderin, 2010). Les mêmes considérations morales semblent avoir pesé dans le choix des enfants à Ouargaye. En effet, l'enfant est important dans les sociétés rurales africaines. Une attention qui se justifie certainement par sa vulnérabilité mais aussi, si l'on en croit Dujardin, parce qu'il constitue une promesse d'aide économique pour les parents et le socle sur lequel se construit l'avenir de la société (Dujardin, 1987).

Au-delà des exemples pratiques, ces résultats confirment ce que d'autres recherches ont déjà montré, à savoir l'insuffisante prise en compte des valeurs des bénéficiaires dans l'élaboration des politiques en Afrique (Long, 1994 ; Standing, 2002). L'approche verticale souvent privilégiée, et qui ignore les conceptions locales de l'équité, semble être la cause première (Ridde, 2006 ; De Herdt, D'Exelle, 2007).

### L'implication de la population dans la sélection des bénéficiaires

Nous pensons que l'absence de stigmatisation ou de conflits sociaux (Warin, 2010) à l'égard du ciblage des indigents est imputable au processus communautaire qui a été adopté pour la sélection. En effet, l'approche communautaire est réputée pour sa capacité à procurer une plus grande facilité dans l'identification des bénéficiaires que celle des travailleurs sociaux ou des agents administratifs (Hanson, Worrall *et al.*, 2008). Elle est aussi socialement mieux acceptée (Conning, Kevane, 2002).

Dans le cadre de la mise en place des initiatives de gratuité pour les indigents, les comités villageois de sélection (CVS), qui ont identifié dans chaque village les indigents, ont veillé à ce que toutes les composantes de la communauté (femmes, religieux) soient bien représentées. Les écrits montrent que cet équilibre dans la représentation des membres de la communauté devant effectuer la sélection est déterminant. Il permet de saisir les opportunités du contexte, comme la présence des différentes sensibilités de la société, mais il contribue aussi à augmenter le potentiel de confiance des populations envers la politique de ciblage (Noirhomme, Thomé, 2006). Dans le cas de la sélection des indigents, cela s'est traduit par une bonne perception de la justesse du processus communautaire et une large acceptabilité de la sélection qui en est issue

3. Le mécanisme de fonds d'équité (*health equity funds*) a débuté au Cambodge dans les années 2000. Il constitue un exemple achevé de

ciblage des pauvres reposant sur un organisme tiers payeur qui identifie les pauvres à qui il accorde une exemption du paiement en

remboursant aux prestataires les services gratuits.

par les autres membres de la communauté. Nos résultats confirment ainsi le lien entre la perception positive de la transparence du processus de sélection des indigents et son acceptabilité par les populations.

L'importance du processus d'identification a déjà été établi. Au Cambodge, le fait que le processus ait été confié à des acteurs crédibles issus de la communauté a joué un rôle majeur dans la bonne perception et l'acceptabilité du fonds d'équité<sup>3</sup> de Kirivong (Taylor, Marandi, 2008). L'évaluation de six fonds d'équité dans ce même pays confirme le rôle décisif de la transparence perçue du processus d'identification des indigents pour une plus grande appropriation par les communautés des programmes de fonds d'équité (Men and Meessen 2008). Dans un autre contexte, en Afghanistan, l'évaluation d'un programme de gratuité souligne que l'identification des indigents par des personnes de confiance issues de la communauté, comme les imams, constitue la force du programme et l'une des raisons de son acceptabilité (Steinhardt, Peters, 2010). En outre, on peut soutenir que la sélection communautaire prémunit contre l'apparition de la honte chez les indigents qui ne sont plus obligés de s'identifier publiquement auprès d'un officier administratif comme dans le cadre du *means testing* (Coady, Grosh *et al.*, 2004). Ce qui constitue une raison supplémentaire de considérer que l'indigent sélectionné est moins susceptible de perdre son estime de soi et de se sentir stigmatisé. Selon certains auteurs, le processus de sélection dans des programmes d'aide utilisant le *mean testing* est plus stigmatisant, car donnant lieu souvent à des expériences négatives pour les demandeurs d'aide (Stuber, Schlesinger, 2006).

On peut penser que, dans ces trois contextes, la pauvreté généralisée explique qu'être désigné comme pauvre ne soit pas considéré comme une honte, contrairement aux pays développés où la pauvreté est parfois disqualifiante (Paugam, 2005). La stigmatisation apparaissant comme la forme de sanction imposée aux pauvres (Warin, 2010). Au Cambodge, certains auteurs avancent les mêmes arguments concernant l'absence de stigmatisation observée dans le cadre de l'identification des indigents bénéficiaires des fonds d'équité (Men, Meessen, 2008).

## Conclusion

Cette recherche menée dans trois districts du Burkina Faso avait pour objectif d'étudier, pour la première fois à notre connaissance en Afrique, les effets sociaux des interventions de gratuité sélective. Les résultats montrent que le fait de donner des soins gratuits à certaines catégories de la population, et non pas à tous, est socialement accepté même si le choix de ces catégories est parfois interrogé. Bien que les valeurs égalitaristes soient dominantes, les communautés ne s'opposent pas au traitement préférentiel accordé aux couches de la population les plus vulnérables. Ces politiques sont vues comme contributives au renforcement du lien social. Cependant, si le principe de gratuité sélective est accepté, le choix des catégories devant bénéficier de cette gratuité

est questionné. Par exemple, invoquant des considérations humanitaires et morales, une proportion importante d'acteurs sociaux considère que certaines catégories de la population, comme les personnes âgées ou les enfants, doivent être incluses dans le ciblage actuel. Sur la question de la stigmatisation, nos données permettent de considérer que le ciblage des indigents, tel qu'il a été réalisé, n'a pas entraîné d'effet stigmatisant.

Comme la démarche de sélection est inclusive, transparente et totalement endogène (y compris son financement), l'acceptabilité du ciblage par les communautés (mais aussi par les indigents sélectionnés à qui, il n'a pas fait perdre leur estime de soi) a été renforcée. Ces résultats serviront à remettre en cause diverses idées persistantes qui veulent que certaines communautés ou individus n'acceptent pas d'être considérés comme pauvres. Cette recherche soutient l'idée que ce qui est déterminant dans l'acceptation ou le rejet du ciblage est moins le terme de désignation que le processus de sélection des bénéficiaires. Sur ce point, l'approche communautaire (*community based targeting*) a montré sa pertinence sociale. Bien évidemment son application, pour être utile, doit tenir compte du contexte – il est plus adapté au niveau communautaire – et surtout respecter certains critères de transparence démocratique pour éviter son dévoiement par les élites, tel que c'est parfois le cas (Pan, Christiaensen, 2012).

Enfin, cette étude illustre de nouveau l'importance de la participation des populations à l'élaboration et à la mise en œuvre des réformes les concernant. Ces résultats incitent à repenser la gouvernance des programmes de santé en Afrique par une meilleure prise en charge des préoccupations et valeurs des populations, ce qui pourrait contribuer à améliorer l'efficacité des politiques publiques. Cependant, diverses questions concernant ces interventions de gratuité sélective mériteraient d'être investiguées en profondeur, notamment leur impact sur le pouvoir d'agir (*empowerment*) des communautés ainsi que sur l'autonomie et le pouvoir de négociation des femmes bénéficiaires au sein de leur ménage, alors que souvent elles ne disposent pas d'un grand pouvoir de décision.

## Bibliographie

**Aboderin, I.** (2010), "Understanding and Advancing the Health of Older Populations in Sub-Saharan Africa. Policy Perspectives and Evidence Needs", *Public Health Reviews*, n° 32, p. 357-376.

**Boutin, G.** (1997), *L'Entretien de recherche qualitatif*, Québec, Presses de l'université du Québec.

**Coady, D., Grosh, M. et al.** (2004), "Targeting of Transfers in Developing Countries. Review of Lessons and Experience", Washington, The World Bank.

**Conning, J., Kevane, M.** (2002), "Community-Based Targeting Mechanisms for Social Safety Nets. A Critical Review", *World Development*, vol. XXX, n° 3, p. 375.

**De Herdt, T., D'Exelle, B.** (2007), « La vulnérabilité vis-à-vis d'autres personnes : leçons pour les interventions contre la pauvreté », *Mondes en développement*, vol. CXL, n° 4, p. 101.

**Dujardin, B.** (1987), « L'aide internationale et les problèmes de santé en Afrique. L'offre correspond-elle aux besoins ? », *Politique africaine*, n° 28, p. 65-80.

**Hanson, K., Worrall, E. et al.** (2008), "Targeting Services Towards the Poor. A Review of Targeting Mechanisms and their Effectiveness", in S. Bennett, L. Gilson, A. Mills, *Health Economic Development and Household Poverty*, Londres, Routledge International Studies in Health Economics.

**Hill, K., Thomas, K. et al.** (2007), "Estimates of Maternal Mortality Worldwide between 1990 and 2005. An Assessment of Available Data", *The Lancet*, vol. CCCLXX, n° 9595, p. 1311.

**Jobert, B.** (1992), « Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques », *Revue française de science politique*, vol. XLII, n° 2, p. 219-234.

**Kagambega, A.** (2010), « Émergence et mise en œuvre de la gratuité des moustiquaires et de la subvention des ACT dans deux districts sanitaires de la ville de Bobo-Dioulasso », rapport d'enquête phase 1, programme « Abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest », Ouagadougou.

**Kluckhohn, F.R., Strodtbeck, F.** (1961), "Variations in Value Orientations", Evanston, IL, Row, Peterson.

**Long, N.** (1994), « Du paradigme perdu au paradigme... retrouvé ? Pour une sociologie du développement orientée vers les acteurs », *Bulletin de l'APAD*, n° 7.

**Massé, R., Saint-Arnaud, J.** (2003), « Éthique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité », Québec, Les Presses de l'université Laval.

**Meessen, B., Van Damme, W. et al.** (2006), "Poverty and User Fees for Public Health Care in Low-Income Countries. Lessons from Uganda and Cambodia", *The Lancet*, vol. CCCLXVIII, n° 9554, p. 2253-2257.

**Men, C., Meessen, B.** (2008), "Community Perceptions of Preidentification Result and Methods in Six Health Equity Fund Areas in Cambodia", in B. Meessen, X. Pei, B. Criel, G. Bloom, *Health and Social Protection. Experiences from Cambodia, China and Lao*, Antwerp, Studies in Health Services Organisation and Policy.

**Miles, M., Huberman, M.** (2003), « Analyse des données qualitatives », Paris, De Boeck.

**Ministère de la Santé** (2006), « Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso », Ouagadougou.

**Nanda, P.** (2002), "Gender Dimensions of User Fees. Implications for Women's Utilization of Health Care", *Reproductive Health Matters*, vol. X, n° 20, p. 127.

**Noirhomme, M., Thomé, J.** (2006), « Les fonds d'équité, une stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres en Afrique ? », in G. Dussault, P. Fournier, A. Letourmy, *L'Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Washington, Bird, Banque mondiale, p. 431-452.

**Pan, L., Christiaensen, L.** (2012), "Who is Vouching for the Input Voucher? Decentralized Targeting and Elite Capture in Tanzania", *World Development*, vol. XL, n° 8, p. 1619-1633.

**Paugam, S.** (2005), *Les Formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, PUF.

**Pires, A.** (1997), « Échantillonnage et recherche qualitative. Essai théorique et méthodologique », in D. Poupart, Groulx, Laperrière, *La Recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Mayer, Pires, Montréal, Gaëtan Morin.

**Razafindrakoto, M., Roubaud, F.** (2005), « Gouvernance, démocratie et lutte contre la pauvreté en Afrique. Le point de vue de la population de huit métropoles », Enquêtes 1-2-3, premiers résultats, Paris, DIAL.

**Ridde, V.** (2006), « Appréhender les conceptions locales de l'équité pour formuler les politiques publiques de santé au Burkina Faso », *Promotion et éducation*, n° 4.

**Ridde, V., Richard, F. et al.** (2011), "The National Subsidy for Deliveries and Emergency Obstetric Care in Burkina Faso", *Health Policy and Planning*, n° 26.

**Ridde, V., Yaogo, M. et al.** (2010), "A Community-Based Targeting Approach to Exempt the Worst-Off from User Fees in Burkina Faso", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. LXIV, n° 1, p. 10.

**Roth, C.** (2010), « Les relations intergénérationnelles sous pression au Burkina Faso », *Autrepart*, vol. LIII, n° 1, p. 95.



**Savadogo, K.** (2010), « Revue des filets sociaux de sécurité au Burkina Faso. Inventaire et analyse des programmes de filets sociaux existants », rapport préliminaire, Burkina Faso.

**Sen, A.** (2000), *Un Nouveau Modèle économique. Développement, justice, liberté*, Paris, Odile Jacob.

**Standing, H.** (2002), "An Overview of Changing Agendas in Health Sector Reforms", *Reproductive Health Matters*, vol. X, n° 20, p. 19-28.

**Steinhardt, L.C., Peters, D.** (2010), "Targeting Accuracy and Impact of a Community-Identified Waiver Card Scheme for Primary Care User Fees in Afghanistan", *International Journal for Equity in Health*, vol. IX, n° 1, p. 28.

**Stierle, F., Kaddar, M. et al.** (1999), "Indigence and Access to Health Care in Sub-Saharan Africa", *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. XIV, n° 2.

**Stuber, J., Schlesinger, M.** (2006), "Sources of Stigma for Means-Tested Government Programs", *Social Science and Medicine*, vol. LXIII, n° 4, p. 933.

**Tanon, A.A.** (2011), « Programme de gratuité partielle dans la province Maniema-république démocratique du Congo », rapport d'évaluation à mi-parcours, Kinsasha, Merlin.

**Taylor, S., Marandi, A.** (2008), "Social Determinants of Health and the Design of Health Programmes for the Poor", *British Medical Journal*, n° 337.

**Warin, P.** (2010), « Ciblage de la protection sociale et production d'une société de frontières », *Sociologies*, dossiers « Frontières sociales », « Frontières culturelles », « Frontières techniques », 27 décembre, <http://sociologies.revues.org/3338>

**Yin, R.K.** (2003), "Designing Case Studies. Case Study Research. Design and Methods", Sage Publications, p. 19-56.