



**HAL**  
open science

## Les critères d'identification des indigents des agents burkinabè de première ligne (santé, action sociale)

Valery Ridde, Issa Sombié

### ► To cite this version:

Valery Ridde, Issa Sombié. Les critères d'identification des indigents des agents burkinabè de première ligne (santé, action sociale). Jean-Pierre Jacob, Valéry Ridde. Les indigents et les politiques de santé en Afrique, L'Harmattan, 2013, Investigations d'anthropologie prospective 978-2-8061-0116-7. hal-01675070

**HAL Id: hal-01675070**

**<https://hal.science/hal-01675070v1>**

Submitted on 4 Jan 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Les critères d'identification des indigents des agents de première ligne burkinabè (santé, action sociale)<sup>1</sup>**

Valéry Ridde, Issa Sombié

### INTRODUCTION

Les indigents sont considérés comme des personnes dans l'incapacité permanente de payer les soins (Stierle, Kaddar, Tchicaya, & Schmidt-Ehry, 1999). La plupart des États africains ont institué des dispositions de manière à ce qu'ils soient exemptés du paiement au point de service. Cependant, toutes les études en Afrique montrent que ces dispositions ne sont pas souvent appliquées (Criel, Bâ, Kane, Noirhomme, & Waelkens, 2010; Gilson et al., 2000; Ouendo, Makoutodé, Paraiso, Wilmet-Dramaix, & Dujardin, 2005; World Bank, 2010b). L'une des raisons évoquées pour cette absence de mise en œuvre est que les États butent sur la définition de l'indigence et la précision des critères qui permettraient aux agents d'interface ou de première ligne (*street level workers*) de sélectionner les bénéficiaires de l'exemption du paiement. Plusieurs études effectuées au Burkina Faso (Kassem, 2008; Ridde, 2008b; World Bank, 2010a) ont confirmé cette situation que l'on rencontre partout en Afrique (Aryeetey and al. 2012). Or, tant que les indigents n'auront pas accès aux soins, la couverture universelle ne sera pas effective.

La solution est difficile à trouver car nous disposons en effet encore de très peu de connaissances sur ces critères et les processus de sélection les plus efficaces (Aryeetey et al., 2012; Gwatkin, 2000; Hanson, Worrall, & Wiseman, 2007). Certains préconisent de laisser les communautés se charger de cette sélection, d'autres pensent que les agents d'interface sont en mesure de le faire ou d'autres enfin estiment que ces deux processus (pré-identification vs identification au point de service) peuvent se compléter (Chinsinga, 2005; Coady, Grosh, & Hoddinott, 2004). Dans une recension de 68 expériences de ciblage des plus pauvres, nous avons retrouvé au total 261 critères d'identification (Morestin, Grant, & Ridde, 2009). Les critères les plus employés dans les expériences en Afrique concernent la composition du ménage, la possession de biens et de moyens de production ainsi que le revenu. Au Ghana, la loi encadrant le système national d'assurance sociale (National Health Insurance System) stipule que l'indigent doit répondre aux critères suivants : i) sans emploi et ressources de revenu visible ; ii) sans lieu de résidence fixe; iii) ne vivant pas avec une personne qui dispose d'un emploi et d'un lieu fixe de résidence; iv) sans soutien important émanant de qui que ce soit (Akanzinge, 2010, *G. Aryeetey et al.*). Cependant, il est probablement peu utile de disposer de critères génériques, tant ces derniers doivent être adaptés aux contextes de leur utilisation et être socialement acceptables. Ainsi, dans le cadre d'un programme de recherche visant à étudier les stratégies les plus adaptées pour sélectionner les indigents au Burkina Faso (Ridde et al., 2010), nous avons entrepris une étude centrée sur les critères d'indigence. La question des

---

<sup>1</sup> Ce texte est une version française légèrement remaniée de l'article : V. Ridde & I. Sombié, 2012. Street-level workers' criteria for identifying indigents to be exempted from user fees in Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 2012 Jun;17(6):782-91

processus de sélection ayant été traitée ailleurs (Ridde et al., 2011), l'objectif de ce chapitre sera de rendre compte du point de vue des agents d'interface sur les critères qui, selon eux, permettraient de sélectionner les indigents devant bénéficier de l'exemption du paiement des soins.

## MÉTHODES

Deux techniques de consensus de groupes ont été utilisées auprès de deux catégories d'agents d'interface.

### *Population à l'étude :*

Le point de vue des agents d'interface est essentiel car ce sont souvent eux qui conditionnent la réussite (ou l'échec) de la mise en œuvre des politiques (Wu, Howlett, & Fritzen, 2010, Lipsky, 1980), y compris des politiques d'exemption du paiement des soins (Agyepong & Nagai, 2011; Walker & Gilson, 2004). Ce sont eux également qui reçoivent les indigents dans les services de santé et qui *in fine*, vont octroyer l'exemption du paiement. Dans le contexte du Burkina Faso, deux types de agents d'interface sont concernés par ce processus de sélection. D'une part, les agents de santé (infirmiers ou accoucheuses) qui reçoivent les malades dans les centres de santé et de promotion sociale (CSPS). D'autre part, les agents du ministère de l'action sociale qui sont détachés dans les hôpitaux (deuxième et troisième ligne) et qui ont la responsabilité de réaliser les enquêtes sociales donnant droit à l'exemption du paiement dans les structures hospitalières.

### *Méthodes et participants*

La première méthode de consensus employée est la technique de Delphi (Hsu & Sandford, 2010). Elle a été appliquée aux étudiants de l'École nationale de santé publique (ENSP) de Ouagadougou, la capitale du pays. Ces étudiants sont tous d'anciens agents de santé d'interface qui, après avoir réussi un concours national, se retrouvent à l'ENSP pour une formation de deux ans. Ils ont tous eu une première expérience dans un CSPS ou un hôpital et ont donc été confronté à la sélection des indigents. La collecte de données a été effectuée uniquement avec les étudiants de première année de formation car leur expérience de terrain était plus récente que les autres (2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> années) et donc ils étaient plus enclins à se rappeler de leurs pratiques. Tous les étudiants de première année présents en classe au moment de l'étude ont été invités à participer (n=61). 54 ont finalement accepté (89 %). Ils ont tous été réunis dans une même salle. Dans une première étape, ils devaient répondre à la question suivante : *quels sont les critères qui permettent de dire qu'une personne peut être qualifiée d'indigente pour bénéficier de l'exemption du paiement des soins ?* Chaque participant pouvait produire autant de réponses individuelles qu'il le souhaitait. Puis, les chercheurs ont organisé les réponses, supprimé les redondances, reformulé certains énoncés lorsque nécessaire. Dans une seconde étape, les étudiants ont été de nouveau réunis face à la liste des critères collectifs. Ils devaient donner une cote de 1 (très faible) à 5 (très fort) à chacun des énoncés au regard de : i) son importance pour qualifier l'indigence ; ii) la faisabilité de l'application du critère.

La seconde méthode de consensus est la cartographie conceptuelle dont nous avons déjà montré l'application possible au Burkina Faso (Ridde, 2006; Ridde, 2008a). Elle a été préférée à la technique de Delphi car les groupes concernés étaient de petite taille, ce qui

rendait le processus gérable par cette méthode. Les détails méthodologiques liés à cette technique utilisant le logiciel Concept Systems® ayant été abondamment présentés ailleurs, nous n'en présenterons ici que les éléments utiles à la compréhension des résultats (Kane & Trochim, 2006; Ridde, 2008a). Nous avons effectué trois cartographies avec des personnes rassemblées dans des groupes homogènes. Les deux premières cartographies se sont déroulées dans un district sanitaire représentatif de la situation rurale au Burkina Faso (Ouargaye) qui comprend 24 CSPS. Tous les infirmiers responsables des CSPS (n=24) et presque toutes les accoucheuses (n = 23) ont participé à l'exercice dans deux groupes séparés. Un troisième groupe a été réuni à Ouagadougou avec des étudiants de l'Institut national de formation en travail social (INFTS). Comme pour les étudiants de l'ENSP (voir *supra*), il s'agit de professionnels ayant déjà eu une expérience dans un service social d'un hôpital. Ils se trouvent à l'INFTS pour une formation professionnelle de 3 ans. L'exercice s'est déroulé avec les étudiants de première année, pour les raisons évoquées précédemment. Sur les 39 étudiants présents, 31 ont accepté de participer (80%). La première étape de la méthode a été de demander aux participants de formuler autant d'énoncés qu'ils le souhaitent pour répondre à la même question que pour la technique de Delphi (voir *supra*). Ensuite, ils devaient donner une cote d'importance relative sur une échelle de 1 à 5 à chaque énoncé au regard des mêmes critères d'importance et de faisabilité. Lors de la troisième étape, les participants devaient organiser tous ces énoncés de manière à les regrouper dans des catégories (clusters) qui avaient du sens pour eux. La quatrième étape a été effectuée par les chercheurs. Il s'agissait d'appliquer deux types d'analyse statistiques (*multidimensional scaling, hierarchical cluster analysis*) effectuées à l'aide du logiciel, permettant de produire une carte collective regroupant les énoncés avec les participants. La dernière étape a consisté à présenter les résultats aux participants afin de leur demander d'interpréter et de valider les cartes produites. Ils devaient nommer chacune des grappes que l'analyse statistique avait produite. Enfin, ils pouvaient proposer le changement de place d'un énoncé le cas échéant.

## RÉSULTATS

Les données sont présentées en fonction des quatre groupes d'acteurs concernés par la sélection des indigents au Burkina Faso.

### Les infirmiers

Les infirmiers du district de Ouargaye (âgés de 27 à 42 ans) ont proposé au total 109 critères de sélection des indigents. La moyenne générale de l'importance est de 2,96 (ET = 1,0) et de la faisabilité de 2,94 (ET = 0,94). Les critères dont l'importance est jugée la plus forte sont présentés au Tableau 1. On se limitera dans ce tableau et les suivants aux principaux critères car, dans une perspective opérationnelle, il paraît difficile à des agents de terrain d'utiliser plus que 20 critères pour identifier les indigents.

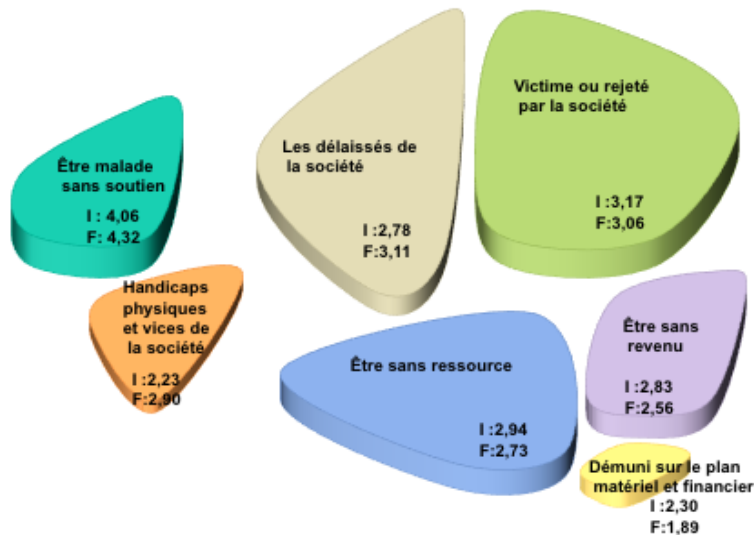
Tableau 1 : les critères d'indigence les plus importants selon les infirmiers (n=24)

Critères	Importance	Faisabilité
----------	------------	-------------

Être malade mental sans soutien	4,77	4,73
N'a pas quelqu'un pour le soutenir pour payer ses soins	4,73	3,36
Être épileptique abandonné	4,73	4,59
Être un enfant abandonné	4,73	4,55
Être un orphelin du sida	4,68	4,55
Être veuve sans soutien	4,68	3,73
Être handicapé physique sans soutien	4,64	4,41
Être malade chronique sans soutien	4,64	4,64
Être orphelin sans soutien	4,64	3,77
Être aveugle sans soutien	4,59	4,64
Être une femme victime de fistules vésico-vaginales et rejetée	4,45	4,41
Être une personne vivant avec le VIH sans soutien	4,32	4,05
Être pris en charge par l'action sociale	4,23	4,59
Être une femme dont le mari est absent et est rejetée par la famille	4,23	3,41
Manquer de moyen de subsistance	4,18	3,05
Être un enfant victime de trafic	4,18	3,91
Être une femme accusée de sorcellerie	4,09	3,59
Être victime d'une inondation ou d'un incendie	4,09	3,91
Ne peut pas payer ses soins	4,00	3,77
Être victime de catastrophe naturelle	4,00	3,86
Avoir tout perdu au cours de sa vie	4,00	2,64

Sept grappes regroupant ces 109 énoncés ont été formées pour les infirmiers. Celles regroupant les critères en lien avec le fait d'être un malade sans soutien (4.06) et d'être victime ou rejeté par la société (3,17) ont été jugés comme étant les plus importants (Figure 1).

Figure 1 : les grappes regroupant les énoncés des critères d'indigences selon les infirmiers (n=24).



Note : importance (I) et faisabilité (F) moyenne.

Le tableau 2 présente des exemples de critères pour lesquels il y a eu le plus de consensus entre les participants pour chacune des catégories suggérées.

Tableau 2 : Catégories et exemples de critères d'indigence selon les infirmiers (n=24).

Catégories	Exemples de critères
Être sans ressource	Manquer de moyen de subsistance Ne pas pouvoir avoir d'eau pour se laver Être sans emploi
démuni sur le plan matériel et financier	Ne pas avoir un seul poulet chez soi Ne pas avoir de vélo Ne pas avoir de champ
Être sans revenu	Ne pas avoir les moyens d'épouser une femme Ne pas pouvoir satisfaire à ses besoins Ne pas avoir 2 repas par jour
Vices	Être un grand bandit sorti de prison Être drogué Être un enfant drogué
Être malade sans soutien	Être victime d'une maladie incurable Être une personne vivant avec le VIH sans soutien Être malade chronique sans soutien
Délaissé par la société	Être un enfant abandonné Être un enfant de la rue Appartenir à un vieux couple sans enfant
Victime ou rejeté par la société	Être rejeté par la communauté Être victime d'un mariage forcé avec un vieux Être une femme accusée de sorcellerie

### Les accoucheuses

Les accoucheuses du district de Ouargaye (âgées de 24 à 49 ans) ont proposé au total 98 critères de sélection des indigents. La moyenne générale de l'importance est de 3,09 (ET = 0,83) et de la faisabilité de 2,78 (ET = 0,78). Les critères dont l'importance est jugée la plus forte sont présentés au Tableau 3.

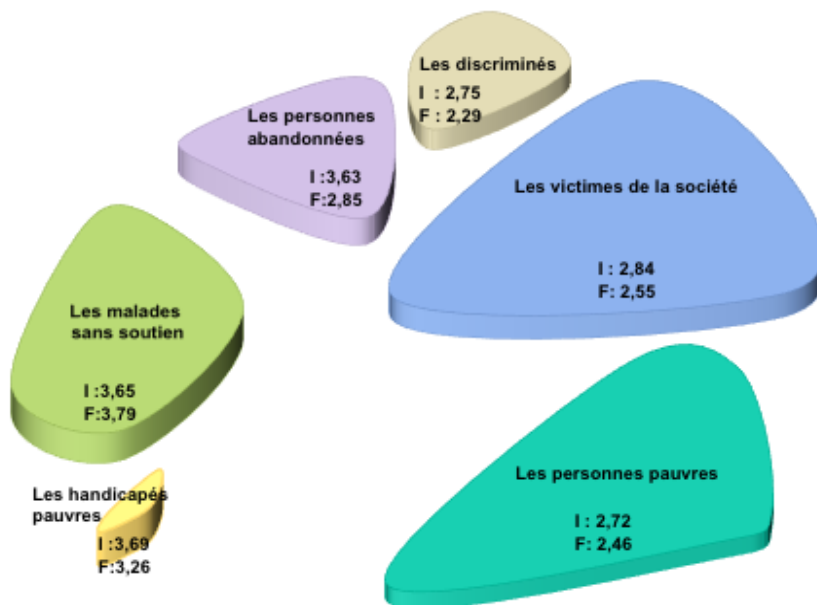
Tableau 3 : les critères d'indigence les plus importants selon les accoucheuses (n=23)

Critères	Importance	Faisabilité
----------	------------	-------------

Être une personne gravement atteinte de maladie chronique sans soutien	4,74	4,52
Être une folle errante	4,52	4,18
Être une personne abandonnée	4,48	3,04
Être un handicapé sans aide	4,43	3,86
Être un enfant abandonné par la famille dont la mère est décédée à l'accouchement	4,30	3,30
Ne pas avoir un repas	4,30	2,14
Ne pas pouvoir payer les frais de soins	4,26	3,87
Appartenir à un ménage dont tous les membres sont invalides	4,22	2,83
Être une folle enceinte	4,22	4,13
Être un enfant de la rue	4,17	3,41
Être un enfant abandonné	4,17	3,52
Avoir tout vendu pour se soigner	4,13	2,48
Être une personne qui a perdu toute sa famille	4,13	2,61
Être une personne âgée vivant seule	4,09	3,52
Être rejeté par la société	4,00	2,96
Être un enfant adopté par un ménage sans ressources	4,00	3,04
Être malade mental	3,96	4,43
Être une femme avec une fistule obstétricale et rejetée	3,96	4,17
Être une personne sans famille	3,95	2,13

Les 98 critères énoncés par les accoucheuses ont été regroupés dans six grappes. Les thèmes prépondérants sont les handicapés pauvres (3,69) et les malades sans soutien (3,65) (Figure 2).

Figure 2 : les grappes regroupant les énoncés des critères d'indigences selon les accoucheuses (n=23).



Le tableau 4 présente des exemples de critères pour lesquels il y a eu le plus de consensus entre les participants pour chacune des catégories suggérées.

Tableau 4 : Catégories et exemples de critères d'indigence selon les accoucheuses (n=23).

Catégories	Exemples de critères
Handicapés pauvres	Être un handicapé sans aide Appartenir à un ménage dont tous les membres sont invalides Appartenir à un couple d'handicapés
Malades sans soutien	Être un enfant séropositif Être une femme séropositive Souffrir d'une maladie chronique
Victimes de la société	Etre un enfant de parents séparés Etre un enfant d'un couple divorcé Etre veuve ou veuf avec plusieurs enfants
Les personnes abandonnées	Être une personne abandonnée Être une personne sans famille Être un mendiant sans famille
Les discriminés	Être une orpheline avec une grossesse non désirée Être une fille enceinte rejetée par les parents et l'auteur de la grossesse Être une femme accusée de sorcellerie
Les personnes pauvres	Ne pas avoir de charrue Ne pas avoir d'animaux Ne pas avoir un moyen de déplacement

### Les agents de santé en formation

Les agents de santé en formation à l'ENSP ont proposé avec la technique de Delphi au total 117 critères de sélection des indigents. Les critères dont l'importance est jugée la plus forte sont présentés au Tableau 5.

Tableau 5 : les critères d'indigence les plus importants selon les accoucheuses (n=54)

Critères	Importance	Faisabilité
Être une personne avec un handicap physique moteur, sans que la famille ne soit en mesure de payer les soins	4,72	4,44
Être une personne âgée de plus de 60 ans, sans revenu et sans famille	4,68	4,34
Être une personne souffrant de maladie mentale, sans famille dans la localité	4,60	4,30
Être une personne récemment victime d'un sinistre ou d'une catastrophe naturelle (incendie, inondation, sécheresse, etc.)	4,48	4,29
Être un enfant abandonné ou vivant dans la rue (mendiant)	4,47	4,27
Être une personne expulsée de son pays ou réfugiée de guerre sans domicile	4,21	3,81
Être un enfant issu de parents démunis	4,17	3,49
Souffrir d'une maladie chronique dont la prise en charge est très lourde (VIH/SIDA, hypertension artérielle, diabète, etc.)	4,08	3,87
Être un étranger dans la localité et n'avoir ni accompagnement, ni revenu	4,02	3,56
Être une personne rejetée, bannie ou reniée de la société (pour cause de sorcellerie, refus de mariage forcé)	4,00	3,79
Être une veuve avec 7 enfants ou plus, âgés de 1 à 15 ans	3,96	3,77
Avoir de la difficulté à prendre un seul repas par jour	3,92	3,30
Avoir un revenu insuffisant à la prise en charge des soins, soit un revenu quotidien de moins de 200 F	3,89	DM
Appartenir à une famille qui est soutenue sur le plan alimentaire par une personne de bonne volonté (ne faisant pas partie de la famille) ou par des dons de charité	3,89	3,73
	3,85	3,57



Critères	Importance	Faisabilité
Être une jeune fille enceinte ou accouchée délaissée par le géniteur et reniée	3,72	3,75
Être aveugle	3,70	3,79
Souffrir de la lèpre	3,67	DM
Être un voyageur dont les ressources sont épuisées	3,47	3,51
Être orphelin d'au minimum un parent (père et/ou mère) et avoir moins de 15 ans	3,47	DM
Appartenir à une famille ayant eu au moins un décès en raison d'un manque de moyen pour la prise en charge de la maladie dans un CSPS	3,46	3,37
	3,42	3,25
Se présenter en urgence sans accompagnant	3,40	DM
Être membre d'une famille où les enfants souffrent de malnutrition sévère	3,40	DM
Être victime d'un grave accident	3,38	DM

Note : DM = données manquantes

### Les agents de l'action sociale

Les agents de l'Action sociale en formation à l'INFTS ont proposé au total 122 critères de sélection des indigents. La moyenne générale de l'importance est de 3,14 (ET = 0,9) et de la faisabilité de 3,22 (ET = 0,82). Les critères dont l'importance est jugée la plus forte sont présentés au Tableau 6.

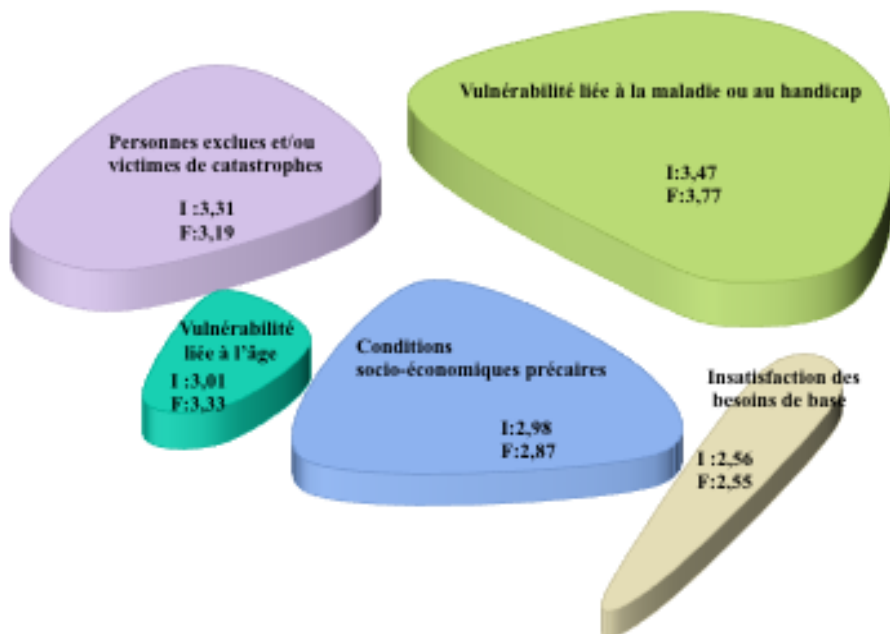
Tableau 6 : les critères d'indigence les plus importants selon les agents de l'action sociale (n=31)

Critères	Importance	Faisabilité
Être un fou errant	4,87	4,74
Être une personne handicapée sans revenu	4,83	4,48
Être un enfant abandonné	4,77	4,48
Être une personne âgée sans soutien	4,74	3,97
Être un mendiant victime de maladie chronique	4,68	4,19
Être un malade mental	4,58	4,35
Être un mendiant victime d'accident	4,58	4,23
Être une personne sans soutien devant subir des soins en urgence	4,52	3,77
Être l'enfant d'une folle	4,42	4,52
Être une veuve ou un orphelin spolié	4,42	3,19
Appartenir à un couple d'encéphalophates	4,39	4,13
Être un enfant de la rue	4,37	4,19
Être une personne exclue de sa famille ou de sa société	4,29	3,52
Être une fille-mère sans revenu	4,26	3,71
Être encéphalophate	4,23	4,68
Être un détenu sans soutien	4,19	4,10
Ne pas avoir au moins un repas par jour	4,17	2,35
Être un sinistré	4,16	4,26
Avoir une invalidité physique	4,16	4,87
Être un aveugle, sourd, muet	4,13	4,65
Être atteint d'une maladie chronique	4,13	4,29
Être un enfant chef de ménage	4,10	3,74
Être sans domicile	4,06	3,23

Les énoncés des agents de l'Action sociale ont été regroupés dans cinq grappes, dont les deux plus importantes concernent le fait d'être vulnérable à cause de la maladie ou d'un

handicap (3,47) et d'être une personne exclue et/ou victime de catastrophe (3,31) (Figure 3).

Figure 3 : les grappes regroupant les énoncés des critères d'indigences selon les agents de l'Action sociale (n=31).



Le tableau 7 présente des exemples de critères pour lesquels il y a eu le plus de consensus entre les participants pour chacune des catégories suggérées.

Tableau 7 : Catégories et exemples de critères d'indigence selon les agents de l'Action sociale (n=31).

Catégories	Exemples de critères
Vulnérabilité liée à la maladie ou au handicap	Être une personne atteinte de la lèpre Être paralytique Être une personne victime de tuberculose
Conditions socio-économiques précaires	Être une personne sans matériel de production Ne pas exercer une activité rémunératrice fixe Être un ramasseur d'ordures
Vulnérabilité liée à l'âge	Être orphelin Être un enfant chef de ménage Être un enfant guide d'aveugle
Insatisfaction des besoins sociaux de base	Absence de latrine Matériaux utilisés pour la construction de la maison (banco) Absence d'électricité
Personnes exclues et/ou victimes de catastrophes	Être une personne exclue de sa famille ou de sa société Être une personne accusée de sorcellerie Être une personne maudite

## DISCUSSION

Cette recherche est centrée sur la perspective éémique (Olivier de Sardan, 2008) des critères d'indigence, soit uniquement le point de vue des agents d'interface. Les résultats ne sont donc pas représentatifs du point de vue de toutes les parties prenantes concernées par la sélection des indigents, notamment des décideurs ou des usagers. Cependant, l'utilisation de techniques de consensus de groupe et le recours à des participants d'horizons différents permettent d'inférer que ces critères fournissent une bonne idée de ce que peuvent penser les agents de santé et ceux de l'Action sociale en général. Dans les prochaines lignes, nous relevons notamment les principales convergences et divergences relevées dans ces résultats et terminons par noter l'importer d'une prise de décision.

### Les indigents sont sans ressource matérielle et sociale

Dans le contexte de cette étude centrée sur l'accès aux soins, on constate que les quatre groupes ont mis l'accent de manière convergente sur la santé des individus et leurs difficultés d'accès aux soins. Ces difficultés sont d'ordre économique car le contexte de l'étude est celui de soins payants pour tous, mais pas uniquement. Les critères sociaux, autrement dit l'isolement, l'absence de soutien et d'entraide sont aussi mis en avant. Ils montrent combien les indigents sont des personnes qui ne disposent pas plus de ressource matérielle (interne) que sociale (externe). Cette double perception a aussi été relatée par des professionnels mais aussi des usagers en Mauritanie (Criel et al., 2010) et au Burkina Faso (Médah, 2009; Ridde et al., 2011; Souares et al., 2010).

Cette vision propre aux agents d'interface corrobore aussi ce que les membres de la communauté évoquaient pour définir l'indigence. Lorsque nous avons démarré une recherche action en 2007 dans le district de Ouargaye, le consensus participatif et communautaire avait permis de retenir la définition suivante : « *un démuné extrême socialement et économiquement, incapable de se prendre en charge et sans soutien endogène ou exogène* ». Cette double vision qualifiant l'indigence a aussi été retenue dans la région du Sahel (Dori et Sebba), où le contexte social et économique est bien différent de celui de Ouargaye (voir *O.M Samb, V. Ridde*). Cela donne une certaine validité externe à cette perspective et corrobore en quelque sorte les propositions récentes du ministère de l'action sociale et de la solidarité (2012) qui stipule que « *la personne indigente est une personne qui, par manque, de façon temporaire ou permanente, de ressources ou de sources de revenus, est dans l'incapacité de satisfaire ses besoins fondamentaux sans l'aide de tiers* ». Il y a quelques années, le ministère de la Santé a reçu des sommes importantes du budget national pour octroyer la gratuité totale des accouchements aux femmes indigentes, soit 23 % des accouchements prévus. Bien que cette disposition n'ait jamais été mise en place, il est intéressant de noter qu'au niveau des CSPS, la politique prévoyait que « *l'élément d'appréciation de l'indigence* » soit fondé sur trois éléments : « *Insuffisance permanent ou temporaire (catastrophe, sinistre, guerres, ...) de revenus ou de sources de revenus, isolement social, statut d'indigent reconnu par la loi ou par la communauté* » (Ministère de la Santé, 2006). L'absence de ressource matérielle et sociale est encore une fois au cœur de cette proposition.

Cette double caractéristique de l'indigence est importante à noter car en Afrique l'argent rime aussi avec l'entregent et la solidarité ou la protection sociale ne sont pas acquises d'emblée (Roth, 2012; Vuarin, 2000). Des recherches en Afrique de l'Ouest ont montré que

le malade anonyme et sans argent peine à être pris en charge convenablement (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003; Médah, 2009). La capacité de ces professionnels à citer autant de critères d'indigence (au total 448) peut aussi être comprise comme la révélation de situations qu'ils rencontrent au quotidien dans l'exercice de leur profession et dans leur vie. Plus que les étiquettes collectives données aux grappes qui restent encore très générales, tous ces critères peuvent certainement être aussi perçus comme des révélateurs du contexte social de l'époque.

#### De la moralité des bénéficiaires de l'exemption

Les résultats de cette recherche confirment ceux d'une autre étude effectuée au Burkina Faso quand à la « *moralité* » (Médah, 2009) dont doivent faire preuve les personnes potentiellement exemptées du paiement des soins du point de vue des agents. En effet, les professionnels ne sont pas enclins à faire bénéficier de l'exemption du paiement ceux qu'ils considèrent responsables de leur état. Les énoncés concernant les « *voleurs, alcooliques, prostituées, drogués* » ont tous été systématiquement jugés les moins importants. La prise en compte des valeurs sociales paraît donc essentielle dans la définition de critères d'indigence (Ridde, 2008b).

#### De l'influence du métier et du genre

Les résultats montrent aussi que la profession et le genre des participants ont influencé le contenu des énoncés et les divergences rencontrées. Les agents de santé évoquent plus souvent des critères liés à la santé des individus tandis que les agents de l'action sociale évoquent plus souvent des critères liés au handicap, à la santé mentale ou à la mendicité. Mais les deux groupes s'accordent dans l'évocation de l'absence de soutien social évoqué plus haut. De surcroît, on remarque que le groupe constitué des femmes accorde une importance beaucoup plus grande à la problématique des femmes et des enfants indigents, alors que les hommes survolent de manière plus générale tous les groupes de la société. Cette influence de la profession et du genre milite pour la poursuite d'un travail de triangulation et de consensus à une échelle nationale.

#### Une utilisation possible immédiate de ces critères

Les agents d'interface du Burkina Faso se débrouillent comme ils peuvent et adaptent leurs pratiques aux réalités du terrain pour sélectionner les indigents. Cela a été bien décrit pour les agents de l'action sociale dans les hôpitaux (*Kadio et al*). Cependant, les données de la présente recherche et d'autres présentées aux décideurs nationaux lors d'un atelier national en 2010 (<http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/indigents.htm>) peuvent permettre une application immédiate de plusieurs décisions à l'égard de l'accès aux soins des indigents. L'utilisation de ces critères d'indigence permettrait à très court terme de rendre effective au moins quatre interventions publiques dont les financements sont acquis mais qui ne sont toujours pas mise en œuvre...faute de critères :

- le ministère de la santé demande depuis 2009 que tous les CSPS octroient un budget de 200.000 F CFA par an pour l'exemption du paiement des indigents (ministère de la Santé, 2009) ;
- comme pour la période de 2001-2010, le ministère vient de réclamer dans son programme national de développement sanitaire 2011-2020 que des mesures soient

mises en œuvre pour « assurer la prise en charge sanitaire des indigents » (ministère de la Santé, 2011) ;

- l'État a financé sur le budget national une politique publique pour que 23% des accouchements à l'échelle du pays deviennent gratuits pour les indigentes (Ministère de la Santé, 2006);
- Le Président de la République a octroyé 25 millions de F CFA (50.000\$) en novembre 2011 au Réseau d'appui des mutuelles de santé (RAMS) pour subventionner l'adhésion de 4.800 indigents.

À plus long terme, une étude de la Banque mondiale (2010a) montre que l'État n'accorde pas encore suffisamment de budget et d'importance aux filets sociaux pour les plus vulnérables. Pour que cette prise en charge des indigents s'étende à l'échelle du pays, il faudrait en étudier les raisons et vérifier les capacités contributives de l'État à cet égard.

### CONCLUSION

Alors que de nombreux pays en Afrique disposent de politiques d'exemption du paiement des soins pour les indigents, rares sont ceux qui les mettent véritablement en œuvre. La présente recherche contribue à produire des connaissances utiles pour mieux identifier les indigents à partir d'une liste de critères suggérés par les agents d'interface burkinabè. Ces critères sont opérationnels et s'ajoutent à d'autres connaissances sur le sujet. Ces données devraient permettre au ministère de la santé et à celui de l'Action sociale d'appliquer certaines décisions pour que l'accès aux soins devienne une réalité pour les plus pauvres et ainsi faire un pas de plus vers la couverture universelle.

### RÉFÉRENCES

- Agyepong, I., & Nagai, R. A. (2011). "We charge them; otherwise we cannot run the hospital" front line workers, clients and health financing policy implementation gaps in Ghana. *Health Policy*, 99, 226-233
- Akanzinge, P. (2010). *How the NHI in Ghana is Managing the Inclusion of the Worst-off*. Communication présenté Atelier de partage d'expérience de prise en charge des indigents, Ouagadougou, Oct. 22, 2010, <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/indigents.htm>.
- Aryeetey, G. C., Jehu-Appiah, C., Spaan, E., Agyepong, I., & Baltussen, R. (2012). Costs, equity, efficiency and feasibility of identifying the poor in Ghana's National Health Insurance Scheme: empirical analysis of various strategies. *Tropical Medicine & International Health*, 17(1), 43-51. doi:doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02886.x
- Chinsinga, B. (2005). The clash of voices: community-based targeting of safety net interventions in Malawi. *Social Policy and Administration*, 39(3), 284-301
- Coady, D., Grosh, M., & Hoddinott, J. (2004). Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Experience. Washington: World Bank, IFPRI.
- Criel, B., Bâ, A. S., Kane, F., Noirhomme, M., & Waelkens, M.-P. (2010). *Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie*. Antwerp: ITG Press.

- Gilson, L., Kalyalya, D., Kuchler, F., Lake, S., Organa, H., & Ouendo, M. (2000). The equity impacts of community financing activities in three African countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 15, 291-317
- Gwatkin, D. (2000). The current state of knowledge about targeting the health programs to reach the poor. Washington DC: World Bank
- Hanson, K., Worrall, E., & Wiseman, V. (2007). Targeting services towards the poor: A review of targeting mechanisms and their effectiveness. Dans A. Mills, S. Bennett & L. Gilson (dir.), *Health, Economic Development and Household Poverty From Understanding to Action* (p. 134-154). New York: Routledge
- Hsu, C.-C., & Sandford, B. A. (2010). Delphi Technique. Dans N. Salkind (dir.), *Encyclopedia of Research Design* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (Dir.). (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: APAD, Karthala.
- Kane, M., & Trochim, W. M. (2006). *Concept Mapping for Planning And Evaluation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kassem, S. (2008). La production des services sociaux au niveau local. Le cas de la commune de Koudougou *Étude Recit n°23* (p. 48). Ouagadougou: Laboratoire Citoyennetés.
- Lipsky, M. (1980). *Street-Level Bureaucracy: dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russel Sage Foundation.
- Médah, R. (2009). Étude approfondie du système de santé dans la commune de Boromo (province des deux Balé, Burkina Faso) *Étude Recit n°28* (p. 29). Ouagadougou: Laboratoire Citoyennetés.
- Ministère de la Santé. (2006). Manuel d'exécution de la stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso. (p. 45). Ouagadougou: Ministère de la Santé.
- ministère de la Santé. (2009). Directive de planification 2010. Ouagadougou: DEP.
- ministère de la Santé. (2011). Plan national de développement sanitaire 2011-2020 (p. 51). Ouagadougou: MS.
- Morestin, F., Grant, P., & Ridde, V. (2009). Criteria and processes for identifying the poor as beneficiaries of programs in developing countries (p. 8). Montreal: Teasdale-Corti Research Team. CRCHUM. [http://www.usi.umontreal.ca/pdf/ile/survey.asp?nomF=ciblage\\_en.pdf&pathF=pdf/ile/publications](http://www.usi.umontreal.ca/pdf/ile/survey.asp?nomF=ciblage_en.pdf&pathF=pdf/ile/publications). Accessed 15 November 2011.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant.
- Ouendo, M., Makoutodé, M., Paraiso, M., Wilmet-Dramaix, M., & Dujardin, B. (2005). Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (Pauvreté et soins de santé). *Tropical Medicine & International Health*, 10(2), 179-186
- Ridde, V. (2006). La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso : le point de vue de quelques infirmiers et membres de comités de santé. (p. 36). Ouagadougou: Etude Recit n°12, Laboratoire Citoyennetés [http://www.unige.ch/iued/new/information/publications/pdf/ETU\\_RECIT/ETU12\\_Ridde.pdf](http://www.unige.ch/iued/new/information/publications/pdf/ETU_RECIT/ETU12_Ridde.pdf).
- Ridde, V. (2008a). Equity and health policy in Africa: using concept mapping in Moore (Burkina Faso). *BMC Health Services Research*, 8, 90

- Ridde, V. (2008b). "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": The equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 66, 1368-1378
- Ridde, V., Haddad, S., Nikiema, B., Ouedraogo, M., Kafando, Y., & Bicaba, A. (2010). Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees. *BMC Public Health*, 10:631 (21 October 2010)
- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Kadio, K., Ouedraogo, M., Bicaba, A., & Haddad, A. (2011). Targeting the worst-off for free health care: a process evaluation in Burkina Faso. *Evaluation and Program Planning*, 34(4), 333-342
- Roth, C. (2012). 'The Nivaquine children' – the intergenerational transfer of knowledge about old age and gender in urban Burkina Faso. Dans W. Röder & K. de Jong (dir.), *Alter(n) anders denken. Kulturelle und biologische Perspektiven*. Cologne, Weimar, Vienna.: Böhlau Verlag.
- Souares, A., Savadogo, G., Dong, H., Parmar, D., Sie, A., & Sauerborn, R. (2010). Using community wealth ranking to identify the poor for subsidies: A case study of community-based health insurance in Nouna, Burkina Faso. *Health and Social Care in the Community*, 18(4), 363-368.doi:10.1111/j.1365-2524.2009.00905.x
- Stierle, F., Kaddar, M., Tchicaya, A., & Schmidt-Ehry, B. (1999). Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa *International Journal of Health Planning and Management*, 14, 81-105
- Vuarin, R. (2000). *Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation, ou "Venez m'aider à tuer mon lion"*. Paris: L'Harmattan.
- Walker, L., & Gilson, L. (2004). 'We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine*, 59(6), 1251-1261
- World Bank. (2010a). Burkina Faso Social Safety Nets (p. 119). Washington, DC: World Bank. Human Development Department. Social Protection Unit. Africa Region.
- World Bank. (2010b). Mali. Social Safety Nets. Report No. 53222-ML (p. 195). Washington: World Bank. Human Development Department. Social Protection Unit. Africa Region.
- Wu, X., Howlett, M., & Fritzen, S. (2010). *The Public Policy Primer : Managing the Policy Process*. London ; New York: Routledge.