



HAL
open science

Enjeux disciplinaires, éthiques et politiques d'une recherche-action sur l'accès aux soins de santé des indigents au Burkina Faso

Maurice Yaogo, Valéry Ridde, Yamba Kafando, Kadidiatou Kadio

► To cite this version:

Maurice Yaogo, Valéry Ridde, Yamba Kafando, Kadidiatou Kadio. Enjeux disciplinaires, éthiques et politiques d'une recherche-action sur l'accès aux soins de santé des indigents au Burkina Faso. La recherche en contexte de vulnérabilité. Engagement du chercheur et enjeux éthiques, , pp.65-85, 2012, 978-2-296-99641-0. hal-04147114

HAL Id: hal-04147114

<https://hal.science/hal-04147114>

Submitted on 30 Jun 2023

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.

CHAPITRE 3

Enjeux disciplinaires, éthiques et politiques d'une recherche-action sur l'accès aux soins de santé des indigents au Burkina Faso

Maurice Yaogo¹, Valéry Ridde², Yamba Kafando³, Kadidiatou Kadio⁴

Introduction

L'histoire de la mise en œuvre des politiques publiques de santé et de l'organisation sanitaire du Burkina Faso est marquée par l'avènement de la conférence de Alma Ata (1978) et la tentative de relance par l'Initiative de Bamako en 1987. La réflexion a émergé de l'application peu satisfaisante des politiques de soins de santé tant à l'échelle internationale, régionale que nationale. Le constat actuel est que cette politique ne s'est pas traduite par un meilleur accès aux soins des plus démunis mais plutôt par une tendance à accentuer la vulnérabilité de certains groupes sociaux au profit d'une plus grande viabilité financière des formations sanitaires (Gilson, Kalyalya et al. 2000). Ainsi, les analyses montrent que le système de santé, en imposant des critères de paiement direct des soins, ne favorise pas un accès équitable aux soins des plus pauvres, économiquement et socialement défavorisés (Ridde 2008). Le personnel de santé et les instances de décision sanitaires sont confrontés à une absence de critères pour identifier et prendre en charge sans paiement cette catégorie démunie de la population qui a difficilement accès aux soins (Russel and Gilson 1997).

Dans ce contexte, à partir de l'analyse des politiques en la matière, il est apparu un besoin de documenter cette question et d'aider à une prise de décision qui pourrait s'appuyer sur des initiatives récentes d'exemption ciblée ou totale du paiement des soins de santé. D'où l'intérêt affirmé de mettre en place une recherche-action dont l'idée est d'associer un pôle *action* en temps réel sur le terrain, en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs locaux (système de santé et personnes ressources communautaires) et un pôle *recherche* chargé d'évaluer à la fois l'implantation de l'action et le processus de sa mise en œuvre. Cette démarche qui sera présentée, en plus de quelques résultats saillants, nous amènera à entrevoir quelques enseignements issus des activités réalisées. Les matériaux évoqués serviront à dégager quelques pistes de réflexion relatives au recours à une démarche qualitative prenant appui sur des enquêtes anthropologiques antérieures pour apporter un éclairage sur des besoins exprimés en santé publique. Dans un premier temps, cela nous permettra d'évoquer les enjeux disciplinaires de cette rencontre entre l'anthropologie et la santé publique dans ce contexte particulier. Dans un second temps, nous aborderons les enjeux éthiques qui se sont posés dans la mise en œuvre du volet *action* ainsi que dans l'organisation du processus de recherche visant à mieux documenter et comprendre ce dernier. Enfin, dans un troisième temps, nous mettrons en exergue les quelques enjeux politiques que cette action a soulevés car se préoccuper des personnes les plus pauvres n'est pas sans susciter un certain nombre de questionnements que nous partagerons avec le lecteur. Mais avant cela, nous présenterons le contexte dans lequel se déroule cette recherche-action qui permet d'engager nos réflexions disciplinaires, éthiques et politiques.

¹ AFRICSanté (ex GREFSaD), 01 BP 298 Bobo-Dioulasso 01, Burkina Faso – Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest / Unité Universitaire de Bobo-Dioulasso (UCAO-UUB), yaogo@hotmail.com

² Université de Montréal, CRCHUM Canada, Canada ; IRSS/CNRST Burkina Faso. valery.ridde@umontreal.ca

³ Université de Montréal, CRCHUM Canada, odnafak@yahoo.fr

⁴ Société d'Etudes et de Recherches en Santé Publique (SERSAP), 06 BP 5150 Ouagadougou 06, Burkina Faso, kadioka1@yahoo.fr

1. Contexte

Cette réflexion s'inscrit dans un ensemble de travaux de recherche en santé publique dont le but est de contribuer à améliorer l'accès aux services de santé des personnes les plus pauvres au moment où, actuellement, les politiques sanitaires locales et les politiques de lutte contre la pauvreté mettent l'accent sur cette dimension. Le besoin s'est fait sentir de documenter cet aspect et cela a été pris en compte dans certains documents officiels (Ministère de la santé 1992 ; Ministère de la santé 2001), mais force est de constater qu'aucune action spécifique n'a été engagée jusque-là en faveur d'une application des textes ou pour disposer de données probantes sur la question pour une prise de décision éclairée. Or, plusieurs arguments plaident en faveur d'une prise d'initiative en la matière.

1.1. La situation en Afrique

L'impact négatif du paiement direct sur l'utilisation des services de santé a été mis en évidence et cela fait l'objet d'un consensus scientifique. En effet, de nombreuses études ont montré que l'instauration de frais d'accès aux prestations limite la fréquentation des services de santé (James et al. 2006). La proportion de la population n'ayant pas accès aux services est de l'ordre de 5 à 30%. Certaines catégories de personnes, comme les indigents et les femmes seraient confrontées à une exclusion plus importante dans un contexte où la capacité du réseau traditionnel de solidarité de prendre en charge les plus pauvres a montré ses limites dans les sociétés africaines confrontées à un processus de développement et de changement social (Olivier de Sardan 1995, Stierle et al. 1999 ; Ridde 2007).

Par ailleurs, les indigents subissent encore plus les effets négatifs de ce système car ils sont quasiment exclus de l'offre de soins en dehors des initiatives gouvernementales ou autres de leur venir en aide. Tel a été le cas au Burkina Faso de l'aide accordée pour la prise en charge des urgences obstétricales dans les hôpitaux publics et de la subvention nationale des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (Ministère de la santé 2006). En effet, dans le cadre de toutes ces initiatives, une partie des subventions est accordée aux indigents mais il est de notoriété publique que les services de santé tout comme les services de l'action sociale n'ont pas encore dégagé une approche consensuelle de sélection des indigents au niveau communautaire (Ridde et al. soumis). Toutes ces expériences montrent l'intérêt et l'actualité de la question, confirmée par les déclarations du personnel de santé allant dans le sens d'un besoin de documenter les mécanismes communautaires ou les critères locaux de sélection des indigents.

A un autre niveau, l'efficacité des mesures d'exemption du paiement des soins pour les plus pauvres a été suggérée mais les données disponibles sont encore limitées au niveau national, ce qui n'est pas le cas au niveau local et communautaire. Les effets pervers de la mise en application de certaines politiques sanitaires en faveur des indigents ont été relevés dans certaines études qui ont montré que la gratuité profitait parfois plus aux non pauvres qu'aux pauvres (Bitran et Giedion 2003). Il y a aussi le fait que les dispositions légales concernant la prise en charge des plus pauvres ne sont pratiquement jamais appliquées, à l'exception de cinq pays en l'Afrique subsaharienne (Ghana, Zimbabwe, Kenya, Zambie, Bénin) où des systèmes de prise en charge ont été mis en place bien que malheureusement non véritablement fonctionnels (Russel et Gilson 1997). Il faut ajouter également le fait que l'exemption du paiement direct des soins ne résout qu'une partie des difficultés d'accès, en plus de l'inefficacité opérationnelle des mesures prises tant au niveau du contenu que des modalités de mise en œuvre.

1.2. Le cas du Burkina Faso

Au Burkina Faso, dès 1992, l'idée de faire *des recherches opérationnelles sur l'indigence* et de prendre des « *mesures pour la prise en charge des plus démunis* » (Ministère de la santé 1992) avait été émise par les décideurs. Cependant, plusieurs années après ces déclarations, force est de constater qu'aucune expérience particulière n'a été tentée, en partie du fait qu'aucune solution fiable n'a encore été proposée, si bien que les inégalités d'accès aux services de santé perdurent, dont l'exclusion des indigents. Pourtant, une recherche dans un district a montré que les mesures d'exemption étaient faisables mais pas encore socialement envisagées (Ridde 2003). Dans le même ordre d'idées, le constat s'impose qu'aucune description n'a encore été faite des mécanismes d'exemption à base communautaire qui montre les critères d'éligibilité de ceux qui sont incapables de payer les soins. Pour améliorer l'accès aux soins de ces personnes exclues, l'une des solutions envisageables est l'organisation de mesures d'exemption du paiement afin d'atteindre les plus pauvres. Cependant, la gratuité des soins destinée spécifiquement à cette catégorie de personnes pose deux défis pour lesquels les données probantes sont rares. D'une part, se pose la question du *comment* : quel processus doit-on mettre en œuvre pour sélectionner les bénéficiaires ? D'autre part, se pose la question du *qui* : quels critères permettent de décider qu'une personne est éligible à la gratuité ?

L'idée maîtresse de la recherche-action dont il est question ici prend en compte ces questionnements puisqu'il s'agit d'abord d'explorer comment il est possible ou non d'utiliser une approche (communautaire ou basée sur l'application de critères dans les centres de santé) pour sélectionner les indigents et leur faire bénéficier d'une prise en charge gratuite et endogène des soins (Ridde et al. 2010). L'implication d'un socio-anthropologue dans l'équipe de recherche pour coordonner le volet qualitatif devait permettre de disposer des informations approfondies basées sur une connaissance du contexte local à partir de travaux antérieurs et une mise en perspective des enjeux sociaux et sanitaires liés aux interventions (Yaogo 2002 ; Yaogo 2004).

2. La recherche-action

Les activités de cet axe de recherche se déroulent dans le district sanitaire de Ouargaye dans le centre-est du Burkina. Ce district a été choisi car il est représentatif de la moyenne des districts ruraux du pays. Sur 25 Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) composant ce district, 10 ont été sélectionnés pour faire partie de la première intervention tandis que 11 autres ont été retenus pour la deuxième intervention sur les critères d'indigence. Les techniques méthodologiques prévues pour l'ensemble des activités pluridisciplinaires mises en œuvre concernent la documentation, les questionnaires individuels, les groupes de discussion et les entretiens individuels avec les personnes ressources. Une étude de cas composite a été également réalisée avec un groupe de 20 indigents en adaptant une méthode suggérée par ailleurs (Russell 2005).

Après la mise en place de la première intervention au dernier trimestre 2007, deux évaluations (l'une quantitative et l'autre qualitative) ont été réalisées et ont permis de documenter cette première phase concernant l'implantation de l'action. L'application des critères dans les centres de santé retenus a fait suite à l'intervention communautaire (sélection des indigents identifiés par des Comités Villageois de Sélection ou CVS), l'objectif étant d'apprécier les forces et faiblesses des deux types d'approches. A l'issue de cette seconde phase d'intervention, des évaluations similaires (qualitative et qualitative) ont été conduites, en plus d'une enquête additionnelle sur les modalités d'application des critères pour avoir les premiers résultats auprès des principaux informateurs concernés (agents de santé, indigents).

Les évaluations qualitatives conduites en 2008 et 2009, respectivement après l'implantation de la première intervention et un an après cette échéance et l'application de critères d'indigence relative à la deuxième intervention, permettent de tirer les enseignements suivants :

- l'implantation de l'action s'est déroulée selon les grandes lignes préalablement définies.
- l'analyse du processus a révélé quelques imprévus et décalages par rapport aux prévisions mais pas de nature à perturber ou introduire des changements importants dans la démarche globale. Il s'agit plutôt de détails liés aux modalités pratiques de mise en œuvre de l'action en temps réel.
- l'application de critères d'exemption dans la deuxième intervention a mis en évidence quelques difficultés pratiques liées au contenu jugé sélectif et parfois non adapté à certaines sensibilités sociales et culturelles locales mais aussi la procédure qui incombe uniquement aux agents de santé. Il a été établi aussi que les indigents sélectionnés utilisent peu les services gratuits qui leur sont proposés dans un contexte où l'accompagnement des membres des CVS a fait défaut pour faciliter un recours effectif aux soins. il est apparu souvent une mise en relation entre les besoins sanitaires et d'autres besoins liés au vécu des indigents (alimentation, logement, habillement), en suggérant que l'exemption proposée devrait inclure cela aussi.
- la dimension consensuelle et participative de la première intervention est ressortie des appréciations de différentes catégories de personnes, ce qui n'est pas le cas de l'application de critères dans les centres de santé (deuxième intervention) dont l'absence d'ancrage communautaire a été soulignée.

Les premières leçons tirées de l'évaluation d'implantation de l'action permettent de mettre au jour trois raisons majeures pour expliquer la faible sélection des indigents dans certains CSPS (en moyenne 3 pour 1.000 habitants, voir Ridde et al. 2010) :

- peur pour la viabilité financière ;
- amateurisme ou incompréhensions de certains comités villageois de sélection (CVS) ;
- influence de certains leaders préoccupés par le risque financier initialement perçu d'une prise en charge endogène ou essayant de récupérer les bénéficiaires de l'intervention.

Les suggestions faites étaient de mieux harmoniser les modalités de composition des membres des CVS et de sélection des indigents. L'argument financier d'une prise en charge endogène ayant été mis en avant pour limiter le nombre des bénéficiaires de l'exemption, l'information sur la solvabilité des comptes des comités de gestion des centres de santé (COGES) a été proposée au sein de l'équipe de recherche pour minimiser la crainte liée à cela. Cette nouvelle modalité d'intervention ainsi que le passage à l'échelle du district (extension de la sélection communautaire des indigents à l'ensemble des CSPS du district) a démarré en juin 2010, mais il n'en sera pas question ici.

Quant à l'analyse du processus, elle révèle que les perceptions vis-à-vis des interventions de la part des acteurs ont changé après les résultats donnés de la mise en œuvre dans les différents centres de santé. En effet, le coût financier assez modique (30 000 FCFA en moyenne par CSPS) a montré la faible incidence réelle d'une prise en charge endogène contrairement aux craintes (compréhensibles) exprimées initialement. En considérant le changement pouvant intervenir d'une période à l'autre dans le statut social et économique des indigents (sortie de l'indigence pour certains, nouveaux indigents potentiels pour d'autres), il a été suggéré la possibilité de sélectionner régulièrement (tous les ans) les indigents. Quant à l'utilisation des critères, la possibilité de revoir la procédure en incluant une implication communautaire a été suggérée. Cependant, l'option d'une application des critères s'avère peu adaptée au niveau des CSPS mais plus appropriée dans les structures de référence du niveau supérieur du système de santé (CMA, CHR et CHU, compte tenu de l'ampleur de leur fréquentation) en associant cette démarche aux

sélections communautaires au niveau des CSPS. C'est de l'articulation de l'ensemble du système de santé dont il est ici question.

Tout au long de la mise en œuvre de cette recherche-action, plusieurs enjeux disciplinaires, éthiques et politiques sont apparus pour lesquels certaines solutions ont été mises en œuvre, lorsque possible. Nous les abordons dans les trois prochaines sections.

3. Enjeux disciplinaires

En quoi l'analyse anthropologique pouvait-elle contribuer utilement à cette recherche-action ? Pouvait-on vraiment "appliquer" le savoir anthropologique dans cette situation ? Quelle a été l'interface entre recherche et action et entre anthropologie et santé publique dans la situation décrite ? Ces questions serviront à nourrir la réflexion sur ce que cette expérience peut apporter dans la configuration actuelle où le dialogue interdisciplinaire est devenu une pratique courante qui n'échappe visiblement pas à un effet de mode ou de commodité pratique, essentielle bien souvent en santé publique (Ridde 2010).

En retraçant le cheminement qui a abouti à une "collaboration", selon un jargon désormais familier, il apparaît que deux centres d'intérêt principaux ont orienté ce rapprochement disciplinaire. Premièrement, en prenant en compte des besoins exprimés dans un environnement reflétant ce qui se passe dans d'autres pays africains aux conditions similaires, l'idée d'une recherche-action autour de la problématique de l'accès aux soins des indigents a germé et a été favorablement accueillie, notamment par les décideurs sanitaires et les prestataires de soins. Deuxièmement, l'intérêt d'impliquer des acteurs locaux de compétences et sensibilités diverses pour les activités prévues se comprenait aussi dans un contexte où ce genre de "rencontre" n'est plus un fait particulier (Hubert et Sancho-Garnier 1995 ; Berche 1998 ; Hours 2001 ; Yaogo et al. 2010). Cela s'est négocié auparavant dans un espace non formalisé à la faveur d'une situation où la santé publique a facilité une mise en commun de problématiques élargies à plusieurs disciplines.

A un autre niveau, en s'intéressant à l'analyse des modalités de mise en place de l'action et du processus de mise en œuvre des interventions jusqu'au passage à l'ensemble des CSPS du district en 2010, deux enjeux liés au contexte local peuvent être soulignés. Il y a d'abord le fait qu'à la différence du personnel de santé largement associé au niveau district, l'ensemble de la population n'a pas été directement impliqué, ce qui pouvait fausser potentiellement les attentes au plan de l'ancrage local. En effet, seuls les comités villageois de sélection et les membres des comités de gestion des centres de santé ont été impliqués au niveau communautaire, avec l'aval des chefs de villages et des autres leaders locaux. Pour des raisons essentiellement pratiques, le choix avait été fait de ne pas impliquer l'ensemble de la population mais bien des représentants de cette dernière, les enjeux de la représentation étant évidemment bien connus des acteurs. Il s'agit notamment de l'influence des leaders sur le processus de mise en place de l'intervention et des contraintes locales pour respecter les critères de sélection des représentants villageois. L'idée de ne pas associer directement les leaders était compréhensible pour éviter certains biais de sélection. Par ailleurs, en dehors de l'enquête progressive par observation directe et entretien menée auprès des familles d'indigents, il n'était pas prévu d'informer directement l'ensemble des résidents des villages. Cela est justifiable dans le contexte d'une expérience où il y avait beaucoup d'incertitudes au départ sur l'issue finale, même si les résultats finaux montrent que ce n'est pas un facteur défavorable à la pérennité des interventions. Cependant, on comprendrait mal pour la suite, si l'expérience devait se poursuivre, que la population ne soit pas informée par des canaux

appropriés pour minimiser le risque social pouvant résulter de certains biais d'inclusion dans la sélection des CVS et la validation par les COGES).

Un autre enjeu corollaire déjà évoqué concerne les réticences, souvent manifestes dans l'environnement francophone, à l'encontre de la dimension appliquée des recherches en sciences sociales (Bastide 1971) souvent considérées comme de moindre niveau ou intérêt (Olivier De Sardan 1995). L'histoire renseigne aussi sur le fait que dans le cas de la médecine française à laquelle se réfèrent les prestataires et responsables locaux, la dimension sociale et préventive est perçue comme moins importante et prestigieuse que la dimension clinique et expérimentale (Saliba 1994 : 43). En revanche, des recommandations issues à la fois du plan stratégique de la recherche scientifique du Burkina Faso (1995) et du Plan national de développement sanitaire (2001-2010) prônent le recours à des recherches opérationnelles tout comme les exhortations qui ont motivé la mise en place de cette recherche-action. Il persiste encore, vraisemblablement, un manque d'intérêt consensuel pour l'utilisation des données probantes fournies par des recherches-actions, même si dans le cas présent, le travail porte sur un centre d'intérêt actuel relatif à l'équité dans l'accès aux soins des plus pauvres.

3.1. Mise en partage de significations transversales

Le contact et les discussions préalables se sont déroulés dans un climat de découverte et d'attentes mutuelles concernant le contenu scientifique à explorer mais aussi sur l'issue du travail prévu. Le thème retenu concernant l'« équité dans l'accès aux soins des indigents » soulevait trois questions liées respectivement à l'équité, l'accès aux soins de santé et la précarité ou vulnérabilité sociale et économique. Il se trouve qu'aucune recherche de cette nature n'avait encore été entreprise au Burkina, à un moment où certaines politiques publiques mettaient en avant la question de la prise en charge des personnes démunies à plusieurs niveaux (programmes spécifiques sur la subvention des coûts des urgences obstétricales dans les hôpitaux, initiatives de partage des coûts des soins en santé maternelle, créations de mutuelles de santé, lancement de la subvention nationale des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence).

Toujours est-il que les besoins se sont imposés, vraisemblablement à la faveur d'une conjugaison de facteurs favorables : prise en compte de l'aspect équité dans des politiques à visée de recouvrement des coûts, prise de décision nécessaire sur une réalité vécue par les agents de santé dans les prestations de soins concernant les plus démunis parmi les usagers. Travailler sur ce sujet, surtout après des travaux antérieurs mettant ces questions en exergue, paraissait donc tout à fait opportun. C'était aussi une bonne raison pour un anthropologue bien informé des politiques de santé et des contraintes liées à l'accès aux soins de participer à une expérience de recherche-action peu habituelle dans la forme, en référence à l'orthodoxie propre à une certaine anthropologie traditionaliste.

De plus, l'expérience se déroule dans une zone proche de celle où l'anthropologue avait travaillé intensivement pendant quelques années. Il avait donc de bonnes raisons de faire partie de cette expérience où le risque existe pourtant : ne pas être à la hauteur d'une lecture consensuelle des choses et de la manière de les aborder, donner une mauvaise image de soi dans une relation nouvelle et incertaine où initialement l'interlocuteur connaît mieux ce que vous faites que l'inverse, ne pas être en mesure d'appliquer les techniques d'enquête habituelles dans un contexte particulier où la situation est caractérisée par des interventions implantées pour des raisons précises liées à une recherche opérationnelle. Ainsi, au delà de l'application de connaissances et de bons procédés méthodologiques, il y a une véritable implication dans le sens d'une mise à contribution volontaire dans le cadre d'interactions multidimensionnelles avec différentes catégories de personnes : d'une part, l'interlocuteur direct, spécialiste en santé publique intéressé

à travailler avec des compétences en sciences sociales ; d'autre part, toutes les personnes concernées par la mise en œuvre des activités au niveau régional, du district concerné et en contexte local.

A ce propos, sont apparus des enjeux liés à la mise en commun de diverses compétences spécialisées, avec des ajustements négociés avec plus ou moins de succès de la part de tous les profils professionnels associés (chercheurs, prestataires de soins et autres partenaires au niveau du district et des directions centrale et régionale du ministère de la santé). Ainsi, deux responsables au niveau régional et au niveau du district ont quitté leurs postes la dernière année de mise en œuvre du projet, ce qui perturbe l'ancrage institutionnel et le processus pouvant aboutir à une pérennisation des interventions. En effet, il y a théoriquement une continuité administrative d'un responsable à l'autre, mais dans la pratique, le niveau d'implication personnelle et de capitalisation des acquis influence significativement les résultats ultérieurs puisque les nouveaux venus sont faiblement imprégnés des acquis. Malheureusement, la forte mobilité locale du personnel de santé fait partie des péripéties de l'évolution de carrière des agents qui compromet certains efforts dans le maintien de la bonne marche des services ou dans la poursuite de certaines actions en cours, à cause des changements de management ou d'ordre interpersonnel.

Par ailleurs, des aléas sont apparus dans la collaboration avec certains responsables au niveau central qui étaient engagés depuis le début ou pressentis comme des personnes ressources institutionnelles. Cela montre que le niveau d'engagement dans le déroulement du projet du début à la fin a été variable, en fonction d'autres paramètres non directement liés au contenu scientifique et opérationnel (évolution des carrières professionnelles, refus de s'engager trop activement dans des actions remettant à l'ordre du jour certaines attributions non effectives des COGES concernant leur engagement communautaire, faible investissement lié à d'autres tâches ou motivations personnelles, faiblesse des ressources disponibles pour la durée impartie). Cependant, l'implication de diverses catégories socioprofessionnelles a révélé l'effort nécessaire pour prendre en compte différents niveaux de savoirs qui ne relèvent pas forcément des compétences disciplinaires.

3.2. L'interface disciplinaire commune entre *etic* et *emic*

L'implication de plusieurs compétences disciplinaires dans une approche convergente est certainement une occasion de partage de savoir et de savoir-faire dont l'intérêt est de s'enrichir de l'expérience de l'autre. Pouvait-il en être autrement si l'on s'accorde sur ce qu'il y a à faire et comment le faire ? Là où le spécialiste en santé publique postule des relations de causalité multiples et complexes (Ridde et al. 2007), l'anthropologue apporte un regard focalisé vers le "jeu des acteurs" en présence dans un contexte où se côtoient et parfois s'affrontent des logiques difficilement conciliables. Tel est le cas concernant les différentes catégories d'agents de santé entre eux, dans le cadre des relations thérapeutiques entre soignants et usagers ou d'interventions spécifiques comme celles mises en place pour la recherche-action, sans oublier les nombreuses actions liées au développement local.

Rencontrer une diversité d'acteurs locaux pour deux évaluations d'étape de courtes durées à une année d'intervalle n'est certainement pas une pratique courante en anthropologie où l'on privilégie l'immersion de longue durée permettant des interactions approfondies pour recueillir des informations mettant en évidence la complexité des phénomènes ou la censure dont ils font parfois l'objet. Dans le cas présent, en s'inscrivant dans une perspective d'ouverture à une approche dont la visée pratique est d'apporter des informations utiles pour une prise de décision sur l'accès aux soins des indigents, l'idée d'une évaluation rapide mais longuement préparée en s'appuyant sur plusieurs sources d'informations bien documentées avant l'implantation des

interventions est loin d'être aberrante. Il s'avère en plus que le fait d'avoir travaillé antérieurement dans l'espace concerné et d'avoir une longue expérience de travail pluridisciplinaire permettait à l'anthropologue de cultiver son jardin disciplinaire tout en veillant au bon grain mis en commun dans des discussions et concertations préalables.

A un autre niveau, ce qui a été fait et les résultats obtenus donnent une idée de ce qu'une interface commune entre anthropologie et santé publique a produit comme effet. Dans un premier temps, il s'agissait d'abord d'avoir une vision convergente des questions abordées (protocole mixte incluant des aspects quantitatifs et qualitatifs) et des outils à utiliser pour recueillir les informations. En combinant une réflexion plus *etic* ou savante à certaines considérations *emic* (populaires, profanes) (Olivier de Sardan 2008), un domaine de définition commun autour de mots clés, de thèmes spécifiques à explorer et de personnes à solliciter a permis de s'accorder sur ce qui est faisable dans une telle situation. Il restait alors à se lancer sur le terrain glissant de deux interventions multiformes qu'il fallait analyser à différentes étapes du processus d'implantation et de mise en œuvre sur une durée de trois ans.

La présence d'un coordonnateur sur les sites d'interventions pendant toute la durée des activités permettait une implication continue et un suivi progressif en temps réel des interventions mais aussi d'être proche des conceptions et des pratiques locales pouvant influencer le déroulement du projet (voir *supra*). Le rôle joué par cette compétence ayant un cursus universitaire en géographie a permis de mettre plus facilement en relation les deux perspectives distinctes associées dans ce travail, soit i) la dimension action consistant à implanter une approche à la fois au niveau communautaire et dans les centres de santé pour en analyser les effets, forces et faiblesses ou efficacité ; ii) la dimension recherche centrée sur les produits (*outputs* ou *deliverables* dans le jargon anglo-saxon) des interventions préalables. A cet égard, le regard anthropologique sollicité dans le cadre d'une approche méthodologique qualitative plus générale incluant des groupes de discussion avec les acteurs impliqués (Equipe Cadre de District, infirmiers chefs de poste, membres des COGES, membres des CVS) a été mis à profit pour cerner à plusieurs moments (implantation, processus de mise en œuvre, généralisation à tous les CSPS du district) ce qui se dit et ce qui se fait du point de vue des différentes personnes en présence. C'est ce qui a été fait en montrant une bonne adhésion du commun des acteurs qui ressentent et expriment les avantages d'une prise en charge endogène des indigents communautaires. En revanche, il y avait aussi des objections ou des réticences exprimées par d'autres acteurs qui laissent apparaître certaines divergences ou des enjeux sur les mécanismes de la sélection.

Plus généralement, l'analyse des forces et faiblesses de l'un et l'autre mécanisme de sélection (communautaire par les CVS ou par critères par les infirmiers dans les centres de santé) pour la prise en charge des indigents (Ridde et al. 2011a) laisse apparaître l'intérêt de mettre en relation les résultats obtenus avec d'autres considérations plus larges liées à l'évolution des politiques sanitaires. En effet, la prise en compte des plus démunis fait désormais partie intégrante des initiatives récentes (elle a été notamment de nouveau inscrite comme un objectif du Plan national de développement sanitaire 2011-2020), à la différence de l'exclusion dont ils faisaient l'objet avec l'option antérieure, sans recours alternatif de type exemption partielle ou totale, de paiement direct des coûts. Toujours est-il que cette expérience donne l'occasion d'une mise en pratique effective du *comment faire* dans un travail à vocation pluridisciplinaire. La dimension appliquée des interventions mises en place et évaluées a servi d'interface à un dialogue et des lectures concertées des faits décrits et analysés. Cependant, il y a bien d'autres entrées possibles qui montrent que l'histoire des sciences sociales avec la santé publique pourra encore s'enrichir d'expériences les unes aussi exaltantes et enrichissantes que les autres.

3.3. Comment mieux impliquer/appliquer l'anthropologie en santé publique ?

Nous partirons du cheminement qui a abouti à associer une double perspective de recherche-action dans l'esprit de tirer quelques enseignements de ce qui a été fait, décrit et analysé suivant les étapes successives de mise en œuvre de la recherche-action.

Mis en œuvre dans un district rural révélateur de certaines disparités (géographiques et socio-économiques) dans l'offre de soins, ce travail a pris en compte jusqu'à la deuxième évaluation qualitative des informations provenant de trois sources : i) ce qui a été possible ou non dans le cadre de l'initiative de dotation de médicaments gratuits aux indigents en 2005 (première intervention gouvernementale évoquée) ; ii) le processus de sélection communautaire des indigents et ses résultats ; iii) l'application des critères d'exemption dans les centres de santé et les résultats obtenus.

On notera dans ce cheminement que la contribution de l'anthropologue a été plus sollicitée durant la phase du travail de terrain alors que cela pouvait commencer antérieurement pendant la rédaction du projet de recherche. En dehors d'une implication formelle pour la rédaction du projet, spécifiquement les aspects relevant du domaine de compétence socio-anthropologique, les échanges ont pu se faire dans le cadre de concertations et de discussions en ayant une vision élargie des bases de collaboration interdisciplinaire. Par ailleurs, l'idée de partenariat qui émerge nous fait sortir d'une configuration classique où l'anthropologue avait souvent l'impression d'être le « dindon de la farce » en fournissant ce qui manque aux experts d'autres disciplines ou à des développeurs pour légitimer leur démarche méthodologique ou leurs actions.

En participant à une expérience de cette nature, l'anthropologue met à contribution, en quelque sorte, un savoir technique au même titre que celui d'autres compétences. Or, dans d'autres expériences plus lointaines, c'est l'anthropologue qui devait provoquer une mise en relation professionnelle et user de ses qualités humaines pour la maintenir (Hubert et Sancho-Garnier 1995). Si, dans le cas présent, ce n'est pas l'anthropologie qui va à la santé publique mais l'inverse, c'est qu'il y a une relation plus équitable ou plus équilibrée qui a été établie et qui donne la juste mesure de la place d'une anthropologie décomplexée et disposée à jouer un rôle plus visible et plus impliqué dans les actions liées notamment à la santé et au développement local.

La mise en œuvre de cette recherche-action n'a pas été sans soulever de nombreuses questions d'ordre éthique que nous traitons dans la prochaine section. Cet enjeu est central au processus car nous sommes là au cœur de ce que certains nomment « l'économie politique du ciblage » (Sen 1995).

4. Enjeux éthiques

Il faudra d'abord souligner que les chercheurs qui travaillent dans un contexte de collaboration Nord-Sud sont soumis au double fardeau administratif de l'accord des comités d'éthique. Si pour les anthropologues cette question est relativement nouvelle, les chercheurs en santé publique sont habitués à devoir demander une autorisation des comités d'éthiques pour démarrer leurs projets de recherche. Dans le cas présent, la recherche étant pilotée par un chercheur du Canada et mise en œuvre au Burkina Faso, il a fallu soumettre le projet aux comités d'éthique de ces deux pays, ces derniers n'ayant ni les mêmes critères d'analyse ni les mêmes exigences administratives. Ce double fardeau, s'il paraît juste, n'en est pas moins exigeant pour les équipes de recherche qui doivent respecter les dispositions prévues dans chaque pays.

A un niveau général, les interventions étaient conduites de manière progressive en évoluant selon les centres d'intérêt prévus dans les protocoles de recherche. Il se trouve que les évaluations conduites successivement pendant trois ans (une par an pour le volet qualitatif et un peu plus pour le volet quantitatif) devaient mobiliser pratiquement les mêmes catégories de personnes (professionnels de santé, membres des comités villageois de sélection et des comités de gestion des centres de santé, indigents et leurs familles). Si cela est facilement justifiable du point de vue de l'intérêt scientifique, l'idée de solliciter à répétition les mêmes personnes doit susciter une réflexion de la part des chercheurs. Ceux qui sont impliqués dans les observatoires démographiques y sont confrontés régulièrement⁵. Certes, des compensations ont été allouées aux agents de santé (perdiems et frais de carburant) en tenant compte notamment des difficultés liées au déplacement dans une zone fortement enclavée mais aussi une "culture du perdiem" (Ridde, 2010) qui n'est pas étrangère aux faibles ressources et récompenses accordées aux agents de santé qui officient en tant que fonctionnaires de l'Etat. Par ailleurs, les participants aux réunions d'information et de formations ou d'autres activités d'enquête ont bénéficié d'autres compensations forfaitaires et repas communautaires, sans que cela soit systématique. Il faut souligner aussi que le passage pour des évaluations ponctuelles est classiquement perçu comme potentiellement pourvoyeur de ressources de la part de l'expert selon une logique ambiante de projet. Ainsi, certains acteurs de terrain ont laissé entrevoir que la raison principale de leur disponibilité affirmée de participer aux activités successives de l'intervention était liée à un attachement à la « motivation financière » qu'ils ne se gênent pas d'évoquer sur un ton de plaisanterie déguisée. Or dans le cas présent, il ne s'agit pas d'un projet classique avec des moyens importants et des intermédiaires qui profitent des ressources et avantages divers, mais d'un travail mené selon un esprit de recherche-action centré sur des objectifs précis pour lesquels les moyens financiers et matériels ne sont pas toujours suffisants et disponibles en temps voulu.

Travailler avec et pour les personnes les plus vulnérables de la région, telles que perçues et sélectionnées par les populations, a notamment constitué un défi pour la collecte des données et l'obtention d'un consentement libre et éclairé réclamé par les comités d'éthique de la recherche. Ces comités ont notamment exigé l'apposition d'une signature par toutes les personnes que nous rencontrons pour les différentes collectes de données, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives. Cette situation est souvent nouvelle pour bon nombre de personnes interrogées. Elle ne pose que rarement des réticences, mais elle occasionne parfois des changements de comportements, à tout le moins au début des entrevues qualitatives, qui s'ajoutent à celles provoquées par la vue de l'enregistreur déposé par le chercheur à un endroit propice. En effet, dans un contexte social où la culture orale prédomine, la signature d'un document, y compris un tel consentement, est bien souvent perçu comme un engagement ou un acte qui devient officiel en faisant le lien avec les craintes inspirées par certaines formalités administratives gouvernementales. Les qualités humaines et sociales des chercheurs sont ainsi mobilisées dès le début de l'entrevue pour mettre à l'aise rapidement l'interviewé de manière à bien lui expliquer le caractère confidentiel de la rencontre et créer le climat nécessaire à un échange serein et utile pour répondre aux questions de recherche. Évidemment, dans un contexte où une partie de la population n'est pas alphabétisée en langue française, la signature du document qu'elle ne peut lire pose aussi le défi de l'explication détaillée du contenu.

Des enjeux de pouvoir inhérents à toutes relations humaines, dans ce cas entre chercheurs (et/ou enquêteurs) et indigents, sont nécessairement apparus. Dans une situation où la population concernée participait à un projet de recherche car, justement, vivant dans des situations de vulnérabilité extrême puisqu'indigente, ces enjeux de pouvoir sont exacerbés et peuvent

⁵ Voir la troisième partie de cet ouvrage qui porte sur le cas des systèmes de suivi démographiques et des enjeux éthiques qu'ils posent.

assurément influencer la nature des données collectées. Plusieurs stratégies ont été déployées par l'équipe de recherche pour limiter au maximum ce type de relation de pouvoir. D'abord, nous avons misé sur la présence permanente du coordinateur de recherche parlant les langues locales, adoptant une posture respectueuse et n'usant pas de moyens disproportionnés ou décalés par rapport aux conditions de vie des indigents. Il circule par exemple en mobylette et non avec un véhicule 4 x 4. Cette présence permanente, au lieu d'un travail de recherche de type « hélicoptère » (Droz et Mayor 2009), a assurément été utile pour instaurer un climat de confiance. Ensuite, cette relation s'est accrue par la mise en place d'une méthodologie spécifique d'études de cas (Russell 2005) auprès d'une vingtaine d'indigents que le coordinateur rencontrait chaque mois pendant une année. La création d'une relation permanente a permis d'assurer une collecte de données de qualité tout en respectant la relation humaine et le rythme de vie des personnes rencontrées.

La possible stigmatisation sociale du repérage des indigents par la communauté (Sen 1995) ainsi que le caractère restreint de la prise en charge des frais médicaux lorsque les besoins de ces personnes sont multisectoriels ont aussi posé de sérieux défis aux chercheurs. On reviendra dans la prochaine section sur ce dernier défi. Mais ce qu'il faut préciser ici au sujet du risque social potentiel d'être pointé du doigt et qualifiée de personne démunie, c'est la *quasi* impossibilité de la part des chercheurs d'agir à son propos. Cela étant dit, nous nous en sommes préoccupés dès la phase de planification de la recherche-action. Ainsi, ce questionnement opérationnel sur les effets éventuels de l'octroi d'une carte d'indigence pour l'accès gratuit aux soins est également devenu une question de recherche à part entière⁶. Aussi, les démarches qualitatives du projet ont permis de montrer que dans le contexte rural de sa mise en œuvre, cet aspect n'a pas posé de difficulté particulière (Ridde et al. 2011a). Dans une société rurale hiérarchique où l'interconnaissance est centrale à son organisation, la désignation de personnes pouvant bénéficier de l'exemption du paiement des soins n'a pas été sujette à leur stigmatisation. Au plan de l'intervention, nous avons mis en place de nombreuses mesures pour renforcer la confidentialité des données collectées. Par exemple, la liste nominative des indigents n'est accessible qu'aux chercheurs (pour le processus de collecte de données) et aux responsables périphériques des ministères de la santé et l'Action sociale (pour la confection des cartes d'indigents et la fourniture gratuite des soins).

Terminons cette discussion des enjeux éthiques par ceux posés à la mise en œuvre de l'intervention en tant que telle, et non plus ceux liés au volet recherche de cette démarche. En effet, l'action de la recherche visant une exemption du paiement des soins financée de manière endogène, pour en assurer la pérennité financière, le choix des centres de santé devant participer à l'expérience devait être judicieux, de manière à ne pas faire prendre des risques financiers aux comités de gestion. Aussi, dès la planification de la recherche-action, les responsables décentralisés du ministère de la santé ont été associés à l'ensemble du processus. Dans le cas présent, il aura été évidemment peu éthique de faire courir un risque financier aux communautés, puisque le choix d'un financement endogène avait été fait, pour une expérience dont l'origine était largement d'origine exogène bien que développée de manière participative (cf. *supra*). Ainsi, l'un des critères de choix des centres de santé du district devant participer à la recherche-action était sa capacité financière à prendre en charge les indigents. Toutes les formations sanitaires dont les informations fournies par le ministère de la santé montraient que leur participation à une telle expérience pouvait provoquer un risque financier ont été exclues de l'expérience.

⁶ Une thèse de doctorat est en cours sur ce sujet (Omar Samb) et semble montrer que ces processus n'ont pas provoqués de telle stigmatisation.

5. Enjeux politiques

Au plan politique, le principe d'une action pérenne et viable financièrement a nécessité une mise en œuvre participative et un contenu défini avec les parties prenantes locales et adapté au contexte social. Nous avons décrit plus haut la question de la pérennité, relatons maintenant succinctement la planification participative qui a suivi quatre étapes. À l'occasion d'une recherche réalisée en 2003 qui visait à comprendre pourquoi les mesures d'exemption n'avait pas été mises en œuvre au Burkina, l'une des conclusions à laquelle nous sommes arrivés était le besoin de mettre en œuvre une recherche-action (Ridde 2008). En effet, la démarche de recherche-action est souvent recommandée pour introduire un tel changement social, y compris en Afrique (Reason et Bradbury 2001; Scott, et al. 2008). Lors d'une première étape, nous avons profité de l'organisation d'un atelier de recherche organisé au Canada en 2004 pour inviter un chercheur du Burkina Faso (entre temps devenu un décideur responsable du programme national de santé publique). Cet atelier a permis de définir les grandes lignes de la recherche-action. Lors d'une seconde étape, deux ateliers ont été organisés au Burkina Faso en 2005, l'un au niveau central et l'autre au niveau régional avec le soutien du directeur régional de la santé où se trouve le district en question. Des représentants de toutes les parties prenantes concernées par une telle recherche-action étaient présents lors de ces travaux (agents de santé, communauté, décideurs, chercheurs). Ces deux ateliers ont permis de développer de manière participative le contenu du protocole de la recherche-action en impliquant ces représentants. Quelques mois plus tard, un étudiant burkinabè, médecin réalisant une maîtrise de santé publique au Québec, a effectué son mémoire dans un district de la région concernée afin d'étudier la faisabilité de la mise en œuvre de la recherche-action. Cette étude a permis notamment de suggérer que la sélection communautaire soit validée par les chefs de villages. Lors de la quatrième et dernière étape de ce processus de planification participative, les co-chercheurs se sont rencontrés pour finaliser le protocole (afin de rechercher le financement) et vérifier une dernière fois l'intérêt des décideurs centraux et périphériques pour la mise en place d'une telle recherche. Ainsi, l'ensemble du processus participatif employé lors de la planification du projet (en lien avec sa mise en œuvre également participative) a permis de renforcer l'acceptation et l'appropriation du projet par l'ensemble des parties prenantes. Planification et mise en œuvre participatives sont aussi un moyen idéal pour assurer un certain niveau de transfert des compétences et d'accroître les chances d'une application plus large de cette expérience pilote à l'échelle de tous les CSPS du district et au-delà. Une collecte de données réalisée en septembre 2010 était centrée sur l'analyse de cette question relative au passage à l'échelle du district et si faisable ultérieurement au niveau régional et national (Ridde et al, 2011b).

L'application des connaissances issues de cette recherche-action et la volonté de susciter un engagement public à un certain niveau pour le passage à l'échelle justifient l'implication dès le début des principaux décideurs locaux et nationaux du ministère de la santé dans la mise en œuvre de l'action et de nombreuses activités de partage des connaissances. Il faut ici ajouter qu'au moment où nous écrivons ces lignes, un guide décrivant en langues nationales la manière dont cette action doit être mise en place est en cours d'élaboration. Il sera développé, lui aussi, de manière participative afin d'obtenir le point de vue des personnes concernées sur son contenu mais aussi de disposer de l'expertise de personnes qualifiées en vulgarisation communautaire. Il est prévu que ce guide soit distribué à la fin de l'année 2010 dans l'ensemble du pays aux comités de gestion de toutes les formations sanitaires.

Conclusion

Lorsque la santé publique et l'anthropologie abordent une même réalité concernant l'accès aux soins aux plus pauvres, il y a incontestablement des raisons de travailler ensemble. En dehors des différentes péripéties d'une approche à plusieurs facettes, l'intérêt d'associer plusieurs compétences disciplinaires s'est avéré bénéfique sous l'angle d'un éclairage multidimensionnel pour la production de données probantes et attentives aux enjeux (notamment éthiques et politiques) liés au contexte.

En mettant à nu les forces et faiblesses des interventions implantées conjointement au niveau communautaire et dans les centres de santé, il est apparu une adhésion manifeste des différentes catégories d'acteurs dans le processus de mise en œuvre des activités. L'organisation pratique de telles interventions centrées sur le ciblage et la prise en charge des plus pauvres est donc faisable, malgré les divers enjeux que cela peut soulever, et peut aboutir à des résultats probants. Les résultats obtenus dans le contexte spécifique de ce district sanitaire font l'objet d'un processus de réflexion sur les possibilités éventuelles de répliquer l'expérience dans d'autres districts du pays. C'est déjà le cas dans deux districts de la région du Sahel ainsi que deux autres au Niger voisin (Ridde et al, 2011b). Un atelier national impliquant des personnes ressources à plusieurs niveaux du système de santé a permis de documenter ce qui est réalisable en la matière⁷. Cette réflexion sera également largement nourrie d'une nouvelle convocation de l'anthropologie afin de mieux comprendre, dans le contexte, les facteurs qui peuvent faciliter ou entraver le passage à l'échelle, Graal de la santé publique (Mangham et Hanson 2010).

Références bibliographiques

- AIACH P. et FASSIN D., 1994, *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos/Economica, 364 p.
- BASTIDE R., 1971, *Anthropologie appliquée*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 247 p.
- BERCHE T., 1998, *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, Paris, APAD-Karthala, 232 p.
- BITRAN R. et GIEDION U., 2003, *Waivers and exemptions for health services in developing countries*, The World Bank, 89 p.
- DROZ Y. et MAYOR A., 2009 (dir.), *Partenariats scientifiques avec l'Afrique : Réflexions critiques de Suisse et d'ailleurs*, Paris, Karthala, 216 p.
- FASSIN D. et Jaffré Y. (dir.), 1990, *Sociétés, développement et santé*, Paris, ELLIPSES/AUPELF, 287 p.
- GILSON L., KALYALYA D. et al., 2000, « The equity impacts of community financing activities in three African countries », *International Journal of Health Planning and Management*, 15: 291-317.
- HOURS B., 2001 (dir.), *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala (coll. Médecines du monde), 358 p.
- HUBERT A. et SANCHO-GARNIER H., 1995, « Anthropologie et recherche biomédicale : de quoi donc parle l'anthropologie médicale, in Baré J.-F. (dir.), *Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France*, Paris, L'Harmattan, pp. 221-239.
- JAMES C. D., HANSON K. et al., 2006, « To retain or remove user fees? Reflections on the current debate in low and middle-income countries », *Applied Health Economic Health Policy*, Vol. 5, n°3, pp. 137-153.

⁷ Voir : <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/indigents.htm>

Dans « *La recherche en contexte de vulnérabilité. Engagement du chercheur et enjeux éthiques* » N. Mondain and A.E. Bologo, 2012, Harmattan: Paris. p. 65-85.

- MANGHAN L. J. et HANSON K., 2010, « Scaling up in international health: what are the key issues? », *Health Policy & Planning*, Vol. 25, n°2, pp. 85-96.
- MINISTÈRES DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE, SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (Burkina Faso), 1995, *Plan stratégique de la recherche scientifique*, Ouagadougou, CNRST, 401 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ (Burkina Faso), 1992, *Document national sur le renforcement des soins de santé primaires au Burkina Faso*, Projet de démarrage de l'Initiative de Bamako, Ouagadougou, 73 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ (Burkina Faso), 2001, *Plan national de développement sanitaire 2001-2010*, Ouagadougou, 57 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ (Burkina Faso), 2006, *Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso*, Ouagadougou, Ministère de la Santé, 65 p.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD-Karthala, 221 p.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2008, *La rigueur du qualitatif: les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant, 365 p.
- REASON P. et BRADBURY H. (dir.), 2001, *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*, London-Thousand Oaks-New Delhi, Sage Publications, 752 p.
- RIDDE V., 2003, « Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative », *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 81, n°7, pp. 532-538.
- RIDDE V., 2007, *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, Paris, L'Harmattan, 536 p.
- RIDDE V., 2008, « 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, pp. 1368-1378.
- RIDDE V., 2010a, « A case study on methodological pluralism in public health research in Africa », *Research and Reports in Tropical Medicine*, 1, pp. 25-35.
- RIDDE V., 2010b, « Per diems undermine health interventions, systems and research in Africa: burying our heads in the sand », *Tropical Medicine & International Health*, Jul. 28. doi: 10.1111/j.1365-3156.2010.02607.x.
- RIDDE V., DELORMIER T. et al., 2007, « Evaluation of Empowerment and Effectiveness: Universal Concepts? », *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*, Vol. 1 McQueen D. V. et JONES C. M. (dir.), New York, Springer Science & Business Media, pp. 389-403.
- RIDDE V., RICHARD F., et al., « The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso », *Health Policy and Planning* (à paraître).
- 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*, 64, pp. 10-15.
- RIDDE V., YAOGO M., et al., 2011a, « Targeting the worst-off for free health care: a process evaluation in Burkina Faso », *Evaluation and Program Planning*, Vol. 34, n°4, pp. 333-342.
- RIDDE V., YAOGO M., et al., 2011b: Challenges of Scaling Up and of Knowledge Transfer in an Action Research Project in Burkina Faso to Exempt the Worst-off from Health Care User Fees. *BMC International Health & Human Rights*, 11(Suppl 2):S9.
- RUSSEL S. et GILSON L., 1997, « User fee policies to promote health access for the poor: a wolf in sheep's clothing? », *International Journal of Health Services*, Vol. 27, n°2, pp. 359-379.

Dans « *La recherche en contexte de vulnérabilité. Engagement du chercheur et enjeux éthiques* » N. Mondain and A.E. Bologo, 2012, Harmattan: Paris. p. 65-85.

RUSSEL S., 2005, « Illuminating cases: understanding the economic burden of illness through case study household research », *Health Policy and Planning*, Vol. 20, n°5, pp.277-289.

SALIBA J., 1994, « Les paradigmes des professions de santé », in Aïach P. et Fassin D. (dir.), *Les métiers de la santé : en jeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos/Economica, pp. 43-85.

SCOTT V., STERN R. et al., 2008, « Research to action to address inequities: the experience of the Cape Town Equity Gauge », *International Journal of Equity Health*, 7, p. 6. doi:10.1186/1475-9276-7-6.

SEN A., 1995, The Political Economy of Targeting. in, Van de Walle D. et Nead K. (dir.). *Public spending and the poor: theory and evidence*, The World Bank and Johns Hopkins University Press, Baltimore, pp. 11-24.

STIERLE F., KADDAR M. et al., 1999, « Indigence and access to health care in sub-saharan Africa », *International journal of health planning and management*, Vol 14, n°2, pp. 81-105.

YAOGO M., 2002, *Pratiques de soins et faits de développement : le cas des itinéraires thérapeutiques dans la région de Bagré (Burkina Faso)*, Thèse de doctorat nouveau régime en Anthropologie sociale et Ethnologie, Marseille, EHESS, 431 p. et annexes.

YAOGO M., 2004, *La mobilisation physique et financière dans le cadre du développement local: exemples pris dans les provinces du Bazéga, du Boulgou et du Zoundweogo*, Etude n°3, ACE-RECIT, Ouagadougou, 51 p. [www.ace-recit.org/rapport_ace/Etude0003.pdf].

YAOGO M., BARRO M., SANOU/TAMINI C., SOMBIE I., 2010, « Améliorer le système d'information sur les décès maternels dans quatre hôpitaux du Burkina Faso : le point de vue des soignants », *Global Health Promotion*, Vol. 17, pp. 86–94.