



**HAL**  
open science

## Apport potentiel de l'Assurance Maladie Universelle face à l'exposition aux risques de santé au Burkina Faso : une étude en méthode mixte

Isabelle Agier, Sylvie Zongo, Kadidiatou Kadio, Antarou Ly, Seni Kouanda, Valéry Ridde

### ► To cite this version:

Isabelle Agier, Sylvie Zongo, Kadidiatou Kadio, Antarou Ly, Seni Kouanda, et al.. Apport potentiel de l'Assurance Maladie Universelle face à l'exposition aux risques de santé au Burkina Faso : une étude en méthode mixte. 2016. hal-04158746

**HAL Id: hal-04158746**

**<https://hal.science/hal-04158746>**

Preprint submitted on 11 Jul 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.

NUMÉRO 7 | MAI 2016

Apport potentiel de l'Assurance  
Maladie Universelle face à  
l'exposition aux risques de santé  
au Burkina Faso : une étude en  
méthode mixte

Isabelle Agier, Sylvie Zongo, Kadidiatou Kadio,  
Antarou Ly, Seni Kouanda, Valéry Ridde

# Apport potentiel de l'Assurance Maladie Universelle face à l'exposition aux risques de santé au Burkina Faso : une étude en méthode mixte

Isabelle Agier, Sylvie Zongo, Kadidiatou Kadio, Antarou Ly,  
Seni Kouanda, Valéry Ridde

## Auteurs :

- **Isabelle Agier, PhD**  
Correspondance: [isabelleagier@gmail.com](mailto:isabelleagier@gmail.com)  
Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal, (IRSPUM), Montréal, Canada
- **Sylvie Zongo, PhD**  
Institut des Sciences des Sociétés du Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique (INSS/CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso
- **Kadidiatou Kadio, M. Sc.**  
Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS/CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso
- **Antarou Ly, M. Sc.**  
Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS/CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso
- **Seni Kouanda, PhD**  
Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS/CNRST), Ouagadougou, Burkina Faso
- **Valéry Ridde, PhD**  
Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal, (IRSPUM), École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Montréal, Canada

## Remerciements :

Les auteurs remercient vivement Isidore Sieleounou pour sa relecture attentive du présent manuscrit.

Cette étude a été financée par Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) à travers le programme "Recherches et interventions communautaires pour l'équité en santé au Burkina Faso" (Numéro de la subvention : ROH-115213).

Les auteurs sont entièrement responsables de la qualité scientifique de la recherche qui fait l'objet de la présente publication.

## Résumé

**Introduction:** Les aléas financiers auxquels font face les ménages en Afrique de l'Ouest impliquent des dépenses importantes au niveau de la santé, mais également dans d'autres domaines. Une loi instituant le régime d'assurance maladie universelle a été voté en 2015 au Burkina Faso. Cet article montre comment la mise en place de cette Assurance Maladie Universelle (AMU) peut permettre de réduire l'incertitude qui pèse sur les finances des ménages et, par extension, offrir une protection financière aux plus vulnérables.

**Méthodes:** Nous adoptons un devis mixte de type exploratoire séquentiel (Qual QUANT) et appliquons les critères de Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Dans une première étape qualitative, des entretiens avec les responsables de services financiers destinés aux ménages et des groupes de discussion les ménages, nous ont permis de développer les outils de mesure (scénarios, mises en situations, ...) nécessaires à l'appréhension des concepts étudiés par le biais de l'expression de situation quotidienne où ils sont mis en pratique ainsi que par des mises en situation hypothétiques. La seconde étape a consisté à quantifier i) l'exposition à chaque type de risque, ii) les stratégies pour y faire face a priori et iii) celles a posteriori, et collecter le profil des répondants. Pour chacune des thématiques, les résultats quantitatifs et qualitatifs sont présentés de façon intégrée. Une description qualitative aborde en profondeur la thématique considérée, puis une quantification du phénomène est présentée sous forme d'une régression afin d'analyser les effets des aléas subits par les ménages par le prisme de l'équité.

**Résultats:** L'AMU peut réduire l'incertitude d'abord de façon directe car la santé est le type d'imprévu le plus important auquel font face les ménages. Ensuite parce que les stratégies de gestion a priori des imprévus (épargne en animaux ou de vivres) sont également soumises à des incertitudes (perte ou vol) en particulier pour les ménages ruraux et les plus modestes. Enfin, les stratégies de gestion a posteriori (emprunts ou dons) soumettent les plus modestes à une dépendance envers les plus aisés. L'AMU a donc un effet potentiel important en termes d'équité.

**Discussion:** L'AMU aurait donc un effet sur l'équité en réduisant la double incertitude maladie/épargne non sécurisés qui pèse plus fortement sur les ménages modestes et ruraux, la dépendance des plus vulnérables aux dons ou d'emprunt qui peuvent entraîner un premier retard de recours au soin. Cependant, les défis de mise en œuvre sont de taille, notamment en ce qui concerne la progressivité des contributions et la sensibilisation auprès d'une population faiblement exposée aux outils de protection financière. Une combinaison de plusieurs types de financement semble être inévitable mais requière une attention particulière quant à l'efficacité de la gestion administrative. La coordination des sources de financement doit également inclure les financements internationaux.

**Mots-clés:** Assurance maladie universelle, exposition aux risques, stratégies de gestion des risques, Burkina Faso.

## 1. Introduction

Les aléas financiers auxquels font face les ménages en Afrique de l'Ouest au niveau de la santé (1) et dans bien d'autres domaines (funérailles, mariages, etc.) impliquent des dépenses exceptionnelles. Dans un contexte où les mécanismes de partage de risques financiers restent très limités (2), les ménages ne sont pas tous égaux pour faire face à ces aléas. Leur vulnérabilité varie en fonction de leur capacité à mobiliser une épargne de précaution ou à recourir à l'endettement ou la vente d'actifs. En outre, l'incertitude a des effets néfastes sur la prise de décision et sur le bien-être des ménages (3). Des réductions substantielles de ressources peuvent mettre en péril la satisfaction des besoins essentiels (4,5).

Face à ces aléas, et de façon encore plus aigüe dans un contexte de crise économique mondiale, la protection sociale aurait un apport potentiel important dans l'ensemble du continent africain (6) mais elle reste un défi pour le gouvernement burkinabé. En effet, moins de 2% de la population totale au Burkina Faso bénéficie d'une protection sociale (7). Celle-ci concerne principalement les travailleurs du secteur formel public et privé. Le reste de la population, constitué principalement de paysans vivant essentiellement d'une agriculture de subsistance (méthodes agricoles rudimentaires) en milieu rural et du secteur informel (petits vendeurs, artisans..) en milieu urbain, avec une composante importante de personnes pauvres et vulnérables, ne bénéficie d'aucune forme de protection sociale (8).

La couverture santé universelle, dont l'AMU est une dimension, a été mise de nouveau en avant dans le rapport sur la santé mondiale en 2010 (9). Son but est "to ensure that all people obtain the health services they need without suffering financial hardship when paying for them" (10). Les pays africains connaissent des situations très disparates dans ce domaine. Alors que le paiement direct des soins est la règle en Guinée, au Nigéria ou au Cameroun par exemple, l'Uganda, la Zambie et très localement le Burkina Faso ont tenté de les réduire en mettant en place des exemptions partielles de paiement (11).

Dans la dernière décennie, un effort a été consenti pour améliorer l'accessibilité des services de santé au Burkina Faso. De nombreuses subventions ont touché plusieurs types de services de santé dans les années 2000 : paludisme, urgences, soins obstétricaux, etc (12). Le 5 septembre 2015, le gouvernement burkinabè de transition a adopté, une loi qui institue « un régime d'assurance maladie obligatoire dénommé « régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso » [...] fondée sur les principes de solidarité nationale, d'équité, de non-discrimination, de mutualisation des risques, d'efficience et de responsabilité générale de l'Etat. ». Il est prévu que « L'ouverture du droit aux prestations de soins de santé du régime d'assurance maladie universelle est subordonnée au paiement préalable des cotisations, que celles-ci soient payées par l'assuré social ou par un tiers » (13). Etant obligatoire, l'AMU doit emporter l'adhésion des populations. Une étude montre que les populations adhèrent aux trois principes financiers de l'AMU (anticipation, partage des risques et progressivité de la participation) (14).

Selon l'OMS, l'amélioration de la couverture santé universelle se fait selon trois dimensions : la population couverte, les services pris en charge et la proportion des coûts directs restant à la charge des patients. Elle présente des bénéfices aussi bien au plan de la santé qu'au plan

économique. Par son aspect assurantiel, elle doit permettre de réduire l'incertitude qui pèse sur les finances des ménages (15). Cependant, la place de la santé parmi les risques auxquels sont exposés les ménages et la façon dont ils y font face selon les catégories de population sont moins traitées dans les recherches.

L'objectif de cet article est de montrer comment la mise en place de l'assurance maladie universelle au Burkina Faso réduirait l'exposition des ménages face aux risques financiers liés à la santé. Dans un premier temps, nous montrons à quels risques financiers sont soumis les ménages dans leurs quotidiens et comment se situent les risques spécifiques à la santé. Dans un second temps, nous décrivons les stratégies employées pour y faire face selon le type de population ainsi que les différents risques associés à ces stratégies. Nous discutons, enfin, de l'apport direct et indirect de la couverture santé universelle face aux risques financiers de santé, et en particulier du point de vue de l'équité.

## 2. Méthodologie

### 2.1. Devis de recherche

Nous adoptons un devis mixte de type exploratoire séquentiel (Qual QUANT) (16). Afin de nous assurer de la qualité méthodologique de notre travail, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, nous appliquons les critères de Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)(17) pour la description de notre recherche.

La première étape, qualitative, a consisté à mobiliser des responsables de services financiers destinés aux ménages (mutuelles, micro-finance) afin d'emprunter le vocabulaire et la pédagogie développée au contact de leurs clients potentiels et de formuler des vignettes de mise en situation servant de support à la discussion avec les ménages. Elle a ensuite consisté à appréhender avec des ménages, les concepts étudiés (voir plus bas) par le biais de l'expression de situation quotidienne où ils sont mis en pratique ainsi que par des mises en situation hypothétiques. Cette étape a permis de développer les outils de mesure (scénarios, mises en situations, ...) nécessaires au recueil des données quantitatives que nous évoquons plus loin.

Ainsi, la seconde étape a consisté à quantifier les types de risques, les stratégies employées et collecter le profil des répondants afin de procéder à une analyse selon le prisme de l'équité.

### 2.2. Échantillonnage

L'étude se déroule dans deux districts sanitaires (Kaya et Zorgho) qui ont été choisis car une cohorte de 3000 ménages y est observée depuis plusieurs années (18). Le premier district est situé dans la région du Centre-Nord, à 98 km de la capitale Ouagadougou. Sa population est estimée à 564 867 habitants dont 56.0 % vit dans un rayon de moins de cinq km du centre de santé de première ligne. L'espérance de vie dans la région était estimée à 54.2 ans contre 56.7 ans au niveau national. Le district sanitaire de Kaya compte 52 centres de santé et de promotion

sociale (CSPS), soit un centre de santé pour 9796 habitants. Le second district est quant à lui situé dans la région du plateau central, à 103 km à l'est de Ouagadougou. Il compte 393 778 habitants dont 49.3 % se trouve à moins de cinq km d'un centre de santé de première ligne contre une moyenne nationale de 56.3%. Le district sanitaire de Zorgho abrite 50 CSPS, donc un CSPS pour 7659 habitants. L'espérance de vie dans la région est estimée à 55.6 ans (19). L'organisation des soins est similaire dans les deux districts, mais celui de Kaya a l'avantage d'abriter un Système de Surveillance Démographique et de Santé (20), et de bénéficier depuis juillet 2011 d'une intervention d'exemption du paiement direct des soins et des frais de transport par ambulance pour les enfants de moins de cinq ans.

Sur le plan social, les deux districts regroupent une diversité de groupes linguistiques dont les plus importants sont les Mossi et les Peulh. Les populations sont à majorité musulmane. L'agriculture, l'élevage et le commerce sont les principales activités économiques des populations. Ces dernières années, on assiste à une expansion de l'orpaillage dans ces zones.

La collecte qualitative exploratoire (21) s'est faite tout d'abord sous forme d'entretiens individuels auprès de neuf responsables de mutuelles, deux responsables d'institutions de micro-finance et un responsable national du réseau d'appuis aux mutuelles de santé (RAMS), soit 12 entretiens au total menés au mois de décembre 2012. Elle s'est poursuivie par des discussions de groupe avec les populations entre le mois d'avril et de mai 2013. Douze groupes homogènes (hommes et femmes séparés) composés au total de 72 personnes au total (Tableau 1) ont été constitués parmi les ménages de la cohorte du district de Kaya (18) (voir plus bas) selon trois strates : i) le statut socio-économique (riches, moyens et pauvres – classifiés comme tel selon un indice de richesse calculé à partir des données collectées dans l'édition précédente de la cohorte), ii) le genre (chef de ménage et son épouse la plus influente) et iii) le milieu (rural et urbain). Pour des raisons logistiques, cette collecte exploratoire n'a pu être réalisée que dans le premier district (Kaya). Toutes les entretiens ont été enregistrés, intégralement retranscrits en français et vérifiés concernant la complétude et la fidélité de la traduction.

**Tableau 1 - Composition des groupes de discussion dans le district de Kaya**

zone urbaine			zone rurale		
Riche	Moyen	Pauvre	Riche	Moyen	Pauvre
6 hommes 4 femmes	6 hommes 6 femmes	5 hommes 4 femmes	6 hommes 9 femmes	6 hommes 5 femmes	5 hommes 6 femmes

Les thèmes abordés pendant les entretiens individuelles et les discussions de groupes ont été : la notion de risque, l'anticipation, l'étalement, la solidarité de façon générale et en lien avec la santé, le partage des risques (subventions croisées des bien portants vers les malades), les subventions croisées entre niveaux socio-économiques, et la confiance interpersonnelle et institutionnelle. Les discussions ont été conduites en Mooré, la langue vernaculaire parlée par la majorité des populations de la zone. Afin de ne pas biaiser les réponses concernant l'exposition aux risques, les entretiens ont abordé les risques généraux avant d'approfondir ceux liés à la santé.



La collecte quantitative a eu lieu en mars 2014 auprès d'un sous-échantillon de ménages de la cohorte incluant 1255 individus provenant de 619 ménages (sur 660 échantillonnés excluant les ménages sollicités pour les groupes de discussion pour ne pas biaiser les réponses) avec un taux de réponse de 93.8%. Dans chacun des deux districts le sous-échantillon aléatoire a été stratifié selon le milieu (rural et urbain) puis au sein de chaque ménage, le chef de ménage ainsi que son épouse la plus influente (identifiée comme celle qui contribue le plus à trouver des ressources financières en cas d'imprévus lors de l'entretien avec le chef de ménage) ont été interrogés.

Outre les variables de stratification (district, milieu, sexe), les autres dimensions du profil des répondants collectées sont : le niveau socio-économique, l'éducation, l'exposition aux outils financiers, et les éléments de vulnérabilité (l'âge, la cohabitation avec un malade chronique ou un handicapé). L'inclusion de ces deux derniers éléments comme facteurs de vulnérabilité s'inspire des travaux de Atchessi et collègues (22) au Burkina Faso bien que les types d'handicaps ne soient pas détaillés ici car ils ne sont pas un élément central de l'étude. Concernant le niveau de richesse les ménages ont été classifiés selon un questionnaire de satisfaction des besoins essentiels (23) collectés au préalable dans l'édition de la cohorte précédant cette collecte (août/ septembre 2013). L'exposition financière a été calculée selon un score mesurant la force du lien entretenu avec une mutuelle, une institution de micro-finance ou une tontine (résidant une localité concernée, ayant un proche membre ou étant membre soi-même). Plus le lien est fort avec une des trois types d'institution, plus le score est important (1 point pour les résidents, 3 pour les proches membres et 6 pour les membres eux même) pour un maximum théorique de 30 (pour une personne qui serait membre simultanément des trois types d'institutions, qui aurait au moins un proche membre dans chacun d'entre elles et résiderait dans une localité qui serait pourvu des trois). En réalité ce score atteint un maximum de 10 dans les données car la couverture simultanée de plusieurs types d'institution est rare dans le contexte local.

Les répondants de l'enquête quantitative ont été échantillonnés de façon à équilibrer les niveaux de richesse par quintiles, district, milieu et sexe (Tableau 2). La vulnérabilité de long terme face aux besoins en santé est capturée par le fait d'avoir un membre du ménage ayant une maladie chronique ou un handicapé physique ou mental. Le profil des répondants est présenté dans le tableau 2.

Tableau 2 - Profil des répondants à l'enquête quantitative

	% ou moyenne	N ou Ecart type		% ou moyenne	N ou Ecart type
Quintiles de richesse			Besoins spécifiques de santé		
Q1	20.0%	251	<i>Mb. mge. malade chronique</i>	18.5%	232
Q2	20.1%	252	<i>Mb. mge. Handicapé</i>	17.8%	224
Q3	20.0%	251	Exposition financière	4.084	3.931
Q4	19.9%	250	Mutuelle		
Q5	20.0%	251	<i>Localité couverte</i>	4.6%	58
District de Kaya (vs Zorgho)	54.7%	687	<i>Proches membres</i>	3.5%	44
Milieu urbain (vs rural)	48.7%	611	<i>Membre ou ayant droit</i>	2.1%	26
Sexe: Femme (vs homme)	50.7%	636	Tontine		
Age	43.6	13.7	<i>Communauté pratiquante</i>	56.7%	711
Education			<i>Proches membres</i>	40.0%	502
<i>Aucune</i>	66.3%	832	<i>Membre</i>	21.8%	274
<i>Alphabétisé</i>	12.4%	155	Institut de micro-finance		
<i>Primaire</i>	13.6%	171	<i>Communauté couverte</i>	50.3%	631
<i>Secondaire ou supérieur</i>	7.7%	97	<i>Proches membres</i>	29.4%	369
<b>Total des Observations</b>		<b>1255</b>	<i>Membre</i>	10.1%	127

### 2.3. Analyse des données

Pour chacune des thématiques, c'est-à-dire i) l'exposition à chaque type de risque, ii) les stratégies pour y faire face a priori et iii) celles a posteriori, les résultats quantitatifs et qualitatifs sont présentés de façon intégrée. Une description qualitative aborde en profondeur la thématique considérée, puis une quantification du phénomène est présentée sous forme de graphique en barre (voir les tableaux en annexe). Enfin, chaque phénomène fait l'objet d'une régression afin d'analyser les effets des aléas subits par les ménages par le prisme de l'équité.

Concernant les données qualitatives, une première analyse thématique a permis de faire une synthèse des principaux thèmes et catégories de réponses. Puis, à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QDAminer, nous avons organisé les corpus et procédé à une analyse de contenu suivant les trois strates d'échantillonnage des participants aux groupes de discussion (le statut socio-économique, le genre et le milieu). Les données quantitatives issues de l'enquête de ménages ont été analysées avec Stata.

Pour chaque type de risque identifié dans la phase qualitative, nous présentons i) la part des personnes dont le ménage y a été confrontées dans les 12 derniers mois (part d'exposés), ii) le montant moyen impliqué par l'évènement (montant à payer ou perte encourue) pour les personnes exposées, puis iii) pour l'ensemble des répondants (exposés ou non). Ce dernier indicateur permet de quantifier ce que chacun (exposé ou non) devrait dépenser pour couvrir les dépenses/pertes des exposés, s'il y avait mutualisation des ressources. Les types de risque sont classés du plus fréquent (à gauche) au moins fréquent (à droite).

L'exposition aux deux risques principaux (maladie et perte d'animaux) est ensuite analysée dans des régressions logistiques (exposé ou non) et par la méthode des moindres carrés ordinaire (montant impliqué si exposé). Concernant la santé, les risques relatifs aux événements rares comme les césariennes, les interventions chirurgicales ou les accidents de la route (dommages corporels), ne sont pas suffisamment fréquents pour faire l'objet de cette exploration approfondie (79 répondants sur 1255 ont été confrontés à au moins un de ces risques rares de santé).

Pour chaque stratégie *a priori* et *a posteriori*, nous présentons graphiquement la part des répondants les ayant mobilisés en distinguant gros et petit montant (telle que défini par les ménages dans la phase qualitative). Puis, ces stratégies sont analysées dans des régressions logistiques (recouru ou non). Le recours à chaque stratégie a été considéré dans sa globalité quelle que soit l'échelle de l'imprévu (petit ou gros) car les résultats sont similaires dans les deux cas (voir les résultats désagrégés en annexe). Toutes les stratégies consistant à confier de l'argent (en ville, à une personne âgée, à un groupement ou à un collecteur d'épargne) sont regroupées car elles sont trop peu fréquentes pour être étudiées séparément. Pour les dons et emprunts, on considère une observation (sollicité ou non) pour chaque type de lien avec le sollicité. Il y a donc quatre observations pour chaque répondant (sollicitation de l'époux(se), de la famille, des amis/voisins, des associations). Cette réorganisation des données permet de faire apparaître le lien avec le sollicité comme variable explicative.

Dans les régressions, la modalité de référence (la plus basse) de chaque variable catégorielle est indiquée entre parenthèse. La structure multi-niveau est prise en compte par des clusters de ménages seulement (chefs de ménages et une épouse ayant répondu) dans les régressions d'exposition et d'anticipation et par un second niveau additionnel du répondant dans les régressions de sollicitations (dons et prêts – 4 types de sollicitation par répondant). Les écarts-types robustes sont entre parenthèse. Les effets marginaux (24) sont reportés pour les régressions logistiques.

## 2.4. Considérations éthiques

La recherche a obtenu une autorisation des comités d'éthique de la recherche du Burkina Faso et du centre de recherche du centre hospitalier de l'université de Montréal au Canada (CR-CHUM) sous les références (2012-11-85 et 12.273).

## 3. Résultats

### 3.1. L'exposition des ménages aux risques financiers

#### *Les constructions sociales du risque*

La notion de risque est exprimée à travers les événements imprévus qui peuvent survenir au cours de la vie et qui exposent les populations à des dépenses inattendues. Elle est matérialisée par son caractère imprévisible, inévitable et universel. Il peut s'agir d'événements heureux comme malheureux, qui n'exposent pas à la même disposition.

*«personne n'est à l'abri de ces genres d'évènement là et il faut expliquer que tout être humain peut vivre ces genres d'évènement et être obligé de faire une dépense imprévue. [...]il peut y avoir un évènement heureux aussi [...] quand c'est un évènement malheureux, il faut faire face à cet évènement là et puis il faut prendre l'exemple sur les accidents l'inondation des concessions ou on perd tout ou que les pluies ont détruits les récoltes ou il faut à tout prix sortir de l'argent pour résoudre ces évènements-là » (promoteur de micro-finance O)*

La pédagogie des promoteurs de micro-assurances se focalise davantage sur les situations malheureuses pour définir le risque. Du fait de la nature de leurs activités (gérant de mutuelles de santé pour la majorité), la notion de risque est prioritairement appréhendée sur le plan sanitaire.

Les discours des populations révèlent trois grandes catégories de risques :

1) Les pertes d'actifs en nature tels que le vol d'animaux ou les pertes liées aux risques naturels (inondations, incendies, etc.);

*« Il y a des imprévues en tout cas que nous vivons tous les jours. Par exemple la pluie peut faire tomber des maisons ou détruire des récoltes. Cela occasionne des dépenses non prévues car il faut reconstruire et aussi acheter de la nourriture » (femme moyen, urbain)*

*« La fois passée je revenais d'un voyage et puis j'ai vu une grosse dépense : j'ai vu une maison incendiée avec les animaux, des charrettes, des ânes, des engins et les 26 tôles de la maison, tout à pris feu ! Même quand on a appelé le commissariat de Pissila, durant 30 minutes ils n'ont pas pu arrêter le feu. » (homme moyen, rural)*

2) Les événements sociaux, soit les coûts liés aux décès, aux naissances, les problèmes de famille, les besoins scolaires des enfants, etc.;

*« Il peut tout y avoir dans la famille les événements imprévus [...]si par exemple tu as un père et une mère, ils peuvent se lever un jour et puis te demander de venir les aider à résoudre tel ou tel problème, donc ça c'est un problème pour nous. » (femme pauvre, urbain)*

3) Les problèmes de santé.

*« Si par exemple ton enfant est malade ou bien tu es tombé d'un arbre et tu es blessé, ce sont des dépenses imprévues » (femme moyen, rural)*

De ces trois catégories, les risques liés à la santé sont le plus souvent évoqués tant par les hommes que par les femmes, quelle que soit la catégorie socio-économique et le milieu. Il s'agit des maladies, des complications de grossesse ou d'accouchement nécessitant une évacuation vers un centre de référence ou une intervention chirurgicale, des accidents domestiques ou de la circulation, etc.

« Par exemple une femme en travail pour l'accouchement vous la conduisez à la maternité ici on vous dit d'aller à l'hôpital de Kaya arrivés là-bas on vous dit qu'il faut faire une césarienne mais il faut aller au bloc opératoire » (femme pauvre, rural)

« Tu peux avoir ta femme qui est enceinte et elle suit toutes les pesées sans problème mais de fois il y a des femmes qui ont des accouchements faciles et d'autres ont des accouchements très difficiles ou de fois il faut faire une intervention et donc en ce moment il faut faire face aux dépenses pour l'intervention et de fois on court vraiment de gauche à droite » (homme pauvre, rural)

« La maladie que tu le veuilles ou non, c'est une obligation que tu tombes malade et tu dois faire sortir de l'argent, si ton enfant est malade ou si ta femme est malade ou bien c'est toi-même il faut dépenser pour les soins médicaux » (homme pauvre, urbain)

Les femmes et les populations rurales évoquent plus les complications de grossesse/accouchement qui impliquent une évacuation, tandis que les citadins se réfèrent souvent aux cas d'accidents de la route et de maladies.

Qu'ils relèvent des pertes d'actifs en nature, des événements sociaux ou de la santé, les populations considèrent que les risques peuvent présenter différents niveaux de gravité. La gravité dépend, selon elles, de la nature des dépenses qu'ils impliquent. Ainsi, sont considérés comme graves, les risques qui impliquent des dépenses dites grosses/importantes, et moins graves, les risques qui impliquent des dépenses perçues comme petites/insignifiantes.

« Une pluie qui détruit également une maison c'est un événement grave oui parce que tu es dans ta maison et tu ne t'attends pas à ça et puis la pluie vient et elle emporte toute ta maison c'est une grosse dépense... Mais les cahiers et bics des enfants sont de petites dépenses » (femme pauvre, rural)

« Le traitement contre les diarrhées ça va, mais s'il faut faire une césarienne ça c'est une grosse dépense... » (femme pauvre, rural)

Les dépenses de santé particulièrement, sont perçues comme importantes dans des situations d'évacuation vers le niveau supérieur de prise en charge. Le fait qu'un cas ne puisse pas être pris en charge localement est perçu comme conduisant nécessairement à la mobilisation de fonds importants pour faire face aux coûts des soins.

« Ou bien on vous dit d'aller au CHR, c'est une grosse dépense » (homme moyen, rural)

« Si on vient ici d'abord (centre de santé) c'est une petite dépense, mais si on vous réfère soit au CHR de Kaya ou soit à Ouaga, ça c'est une grosse dépense » (homme riche, urbain)

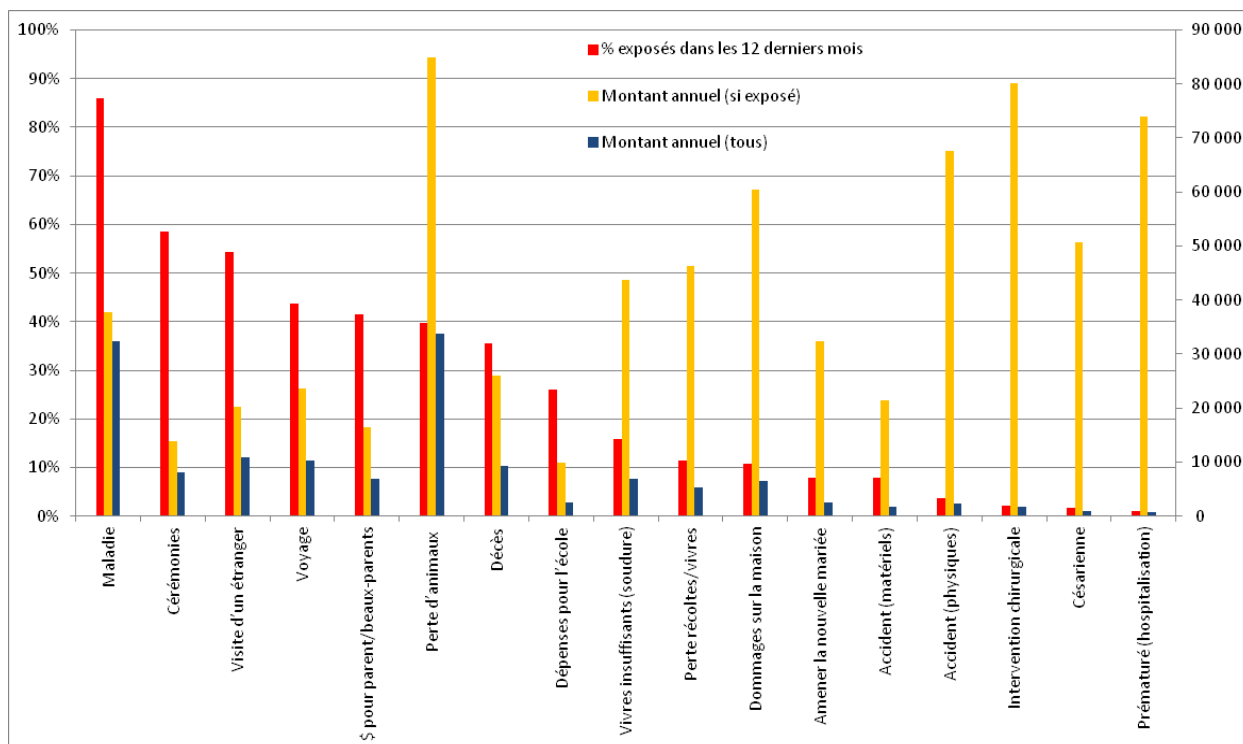
La gravité ou l'ampleur des risques déterminent en partie leurs modalités de gestion :

« S'il faut vendre un coq ou deux coqs pour résoudre un problème, ça, c'est une petite dépense... Quand il faut vendre un mouton pour résoudre un problème, ça, c'est une grosse dépense »,

explique un participant à la discussion du groupe des hommes pauvres du milieu rural.

### **Importance des différents risques financiers dans le quotidien des ménages**

Les différents risques auxquels les ménages sont exposés dans leur quotidien, peuvent être classés dans les catégories présentées dans la Figure 1.



**Figure 1 - Taux d'exposition aux différents risques et montants moyens impliqués (CFA) pour chacun (12 derniers mois)**

Les risques financiers liés à la santé se trouvent aux deux extrémités d'exposition. La maladie représente, de loin, le risque le plus fréquent et inversement les accidents, les interventions chirurgicales, les césariennes et les hospitalisations de prématurés, sont les plus rares. Entre deux, on retrouve les risques liés aux activités sociales (cérémonies, visites, voyage, dons aux parents, décès, école, amener la nouvelle mariée à son mari) et les pertes d'actifs en nature (perte d'animaux, manque de vivres, perte de récolte, dommage sur la maison), les premiers étant plus fréquents que les seconds.

Plus un risque est élevé (plus l'évènement est probable), plus le montant associé, si exposé, est faible et inversement. Par exemple, 86% des ménages ont été confrontés à la maladie dans les 12 derniers mois, et ont dépensé en moyenne pour cela 37 694 CFA. A l'autre extrémité, 1% a été confronté à l'hospitalisation d'un prématuré qui a coûté en moyenne 73 892 CFA. La seule exception notable est la perte d'animaux (décès, fuite ou vol) qui est à la fois fréquente et représente des sommes importantes le cas échéant. En effet, 40% des répondants y ont été confrontés dans les 12 derniers mois engendrant une perte moyenne de 109 472 CFA pour les personnes concernées.

### L'exposition aux risques selon le profil

Cette quantification de l'exposition aux risques et des montants impliqués permet de replacer la santé parmi les autres risques. Cependant, toutes les catégories de population ne sont pas égales face aux risques. L'exposition aux deux risques principaux en termes de montant annuel moyen (maladie et perte d'animaux) est détaillée selon le profil des répondants dans le Tableau 3.

**Tableau 3 – Régressions : Risque de maladie et de perte d'animaux (occurrence et montant si exposé)**

	(1)	(2)	(3)	(4)
Risque	Maladie		Perte d'animaux	
Variable dépendante	Occurrence	Montant (si exposé)	Occurrence	Montant (si exposé)
Type de régression	Logit	OLS	Logit	OLS
Quintiles de richesse (Q1)				
Q2	0.0366 (0.0384)	4,637 (4,884)	0.0375 (0.0503)	-1,590 (17,656)
Q3	0.0307 (0.0377)	10,289** (5,197)	0.0749 (0.0534)	-5,288 (17,189)
Q4	0.0200 (0.0400)	20,305** (8,305)	0.103* (0.0560)	21,417 (21,784)
Q5	0.0722* (0.0375)	21,286** (9,966)	0.0572 (0.0527)	-18,249 (19,106)
District (Zorgho)				
Kaya	-0.0394 (0.0267)	-5,984 (6,800)	-0.112*** (0.0360)	-20,884 (13,901)
Milieu (Rural)				
Urbain	0.0380 (0.0241)	16,799*** (5,143)	-0.0897*** (0.0342)	-1,746 (10,504)
Sexe (homme)				
Femme	-0.0925*** (0.0186)	-11,857*** (3,845)	-0.0444 (0.0270)	-26,788*** (6,623)
Exposition financière	0.00651** (0.00290)	68.37 (592.8)	0.00309 (0.00397)	1,810 (1,296)
Education (aucune)				
Alphabétisé	-0.0209 (0.0344)	-3,515 (5,426)	0.0600 (0.0459)	4,089 (10,566)
Primaire	-0.00853 (0.0297)	9,759 (7,785)	-0.0429 (0.0430)	-1,752 (10,786)
Secondaire ou supérieur	-0.0630 (0.0503)	15,371 (12,595)	-0.0834 (0.0557)	51,587 (34,822)
Avec mb.malade chronique (non)				
Oui	0.116*** (0.0377)	28,482*** (8,688)	-0.0428 (0.0415)	4,712 (16,539)
Avec mb. mge. handicapé (non)				
Oui	0.119*** (0.0378)	-9,195* (4,792)	0.0877** (0.0437)	6,812 (13,234)
Age	-0.000187 (0.000859)	566.4** (232.6)	0.000888 (0.00134)	423.0 (397.4)
Constant		-4,339 (12,971)		76,856*** (28,531)
Observations	1,255	1,078	1,255	500
R-squared		0.085		0.062

Robust standard errors in parentheses (Households' clusters), \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Les mieux lotis se déclarent plus souvent confrontés à la maladie avec des dépenses plus élevées quand cela se produit. Concernant la perte d'animaux, les quintiles intermédiaires (Q3 et Q4) déclarent des pertes d'animaux plus fréquentes que les autres mais aucune différence de montant si cela survient.

Les risques relatifs à la santé sont comparables dans les deux districts. Les urbains ne sont pas plus souvent malades mais dépensent plus quand cela survient et ont des pertes d'animaux moins fréquentes. Les femmes déclarent être moins souvent touchées par la maladie et pour des montants moindres et il en va de même pour la perte d'animaux.

Les personnes exposées aux outils financiers (quel que soit le niveau d'exposition) déclarent plus souvent être confrontés à la maladie mais ne dépensent pas plus si cela survient. Ils déclarent des pertes d'animaux de montant plus importante même si cela ne survient pas plus fréquemment. L'éducation ne fait pas de différence dans l'exposition à la maladie mais les pertes d'animaux impliquent des montants plus importants pour les plus éduqués quand cela se produit.

Les ménages avec un malade chronique ont plus souvent à faire face à la maladie pour des montants plus important alors que les ménages avec handicapés sont touchés plus fréquemment par la maladie et la perte d'animaux mais ne dépensent/perdent pas plus si cela survient. Les personnes plus âgées ne déclarent pas plus d'épisode de maladie que les autres mais dépensent plus quand cela survient.

## 3.2. Les stratégies de gestion des risques avant, pendant et après l'imprévu

### *Stratégies a priori : la mise en pratique du principe d'anticipation*

La survenue d'imprévus implique de mobiliser des moyens pour y faire face, surtout lorsqu'il s'agit de situations graves. Les populations sont unanimes sur le fait qu'il est important d'anticiper pour mieux gérer. Localement, l'anticipation est construite à travers des anecdotes, des métaphores ou des proverbes :

*« Faire attention à sa marche est une arme sûr pour éviter d'éventuels problèmes. « pidinkou la lillougou ,» c'est un proverbe pour dire que « prévenir vaut mieux que guérir » et donc si on décide de se préparer à l'avance cela aide à surmonter les difficultés » (promoteur micro-assurance W )*

L'anticipation est appréhendée par plusieurs stratégies qui permettent de se préparer et de faire face aux imprévus. La constitution d'une épargne peut être de plusieurs nature et provenant de plusieurs sources. Elle peut notamment être abondée par la mise en place de petites activités génératrices de revenus.

L'épargne peut être constituée sous forme monétaire ou en nature dont l'achat d'animaux (bœuf, poulet, mouton, chèvre) pour être élevés et revendus en cas de besoins :

*« si je gagne de l'argent je paye un mouton ou un bœuf pour laisser avec les enfants et le jour*



*que j'aurai besoin d'argent pour résoudre un problème, je peux vendre un mouton»* (homme, moyen, rural)

L'achat de vivres et le stockage de récoltes peuvent aussi constituer une épargne en nature :

*« Pendant la saison pluvieuse nous cultivons le mil pour nous nourrir nous cultivons également des arachides le sésame et le haricot, mais le haricot on le consomme mais si tu as cinq sacs par exemple tu peux vendre quelques sacs et même le sésame si tu gagnes cinq ou six sacs de sésame, tu peux les vendre et aussi si tu as des animaux que tu élèves, s'il y a un cas d'évènement imprévu, tu peux vendre les animaux ou quelques vivres pour résoudre ton problème »* (homme pauvre, rural)

*« Des fois on a des stocks d'arachides et de haricot donc si y a une dépense imprévue tu peux vendre ce que tu as dans ta maison pour résoudre le problème »* (femme, riche, rural)

Ces deux types d'épargne en nature (récolte et animaux) sont les stratégies les plus souvent citées par les ménages pauvres et de niveau économique moyens d'une part, et parmi les ménages ruraux d'autre part.

L'épargne monétaire, peut prendre plusieurs formes comme la tontine par le biais d'une association ou d'un collecteur d'épargne itinérant, la thésaurisation, le compte d'épargne:

*« si vous êtes dans une association ou vous faites de la tontine si un jour il y a un membre de l'association qui a des problèmes même si elle ne dit rien les autres membres peuvent décider de lui venir en aide parce que si elle avait épargné de l'argent c'est pour pouvoir faire face aux problèmes donc elle peut avoir son argent pour résoudre son problème »* (femme, riche, urbain)

*« Par exemple les femmes qui font le commerce, il y a des femmes qui se promènent et elles prennent l'argent pour aller garder pour vous. On appelle ça « tarogo », donc si par exemple tu donnes 250f par jour, à la fin du mois tu donnes 250f et puis tu prends ton argent. Ou bien nous avons des groupes de femmes et puis on fait les tontines là-bas, on cotise par exemple ce mois et on donne à une femme et ainsi de suite. Par exemple nous cinq qui sommes assises ici là, on peut former un groupe et puis à la fin du mois on cotise par exemple de l'argent pour aider une d'entre nous. C'est comme ça que nous gardons nos argents »* (femme, pauvre, rural)

Enfin, les activités génératrices de revenus concernent un ensemble d'activités dont l'objectif principal est de se constituer des petites économies qui serviront à faire face à certaines dépenses imprévues (besoins scolaires des enfants, petits épisodes de maladie, contributions aux décès, baptêmes ou mariages). Elles concernent des activités comme la vente de beignets, de bière de mil, d'agrégats, de paille, etc.

*« On vend des beignets on vend bourmassa (NDRL : gâteaux) et puis actuellement le haricot est moins cher maintenant l'assiettée coute 600francs tu peux acheter déposer et attendre la bonne période pour revendre »* (femme moyen, rural)

*« Nous cassons le caillou blanc comme par exemple la roche là. On fait des tas de 1000 ou bien des tas de 2500, mais le gravier aussi on ramasse et la charrette fait 1000francs, la brouette c'est 500francs. Donc chaque jour que Dieu fait tu auras ta part. Il y a également les adoucisseurs de peau et puis le « pinega » on pile ça également pour vendre »* (femme pauvre, rural)

«Certains tissent des nattes, ils vendent l'herbe même pour les animaux, des gens coupent l'herbe dans les champs pour aller vendre à Kaya » (homme pauvre, rural)

La conduite d'activités génératrices de revenus est majoritairement évoquée par les femmes, et davantage par celles qui résident en zone rurale.

Elles ont un statut particulier dans la ligne du temps car leurs fruits peuvent servir à la fois à être placées en épargne de précaution ou comme stratégie de gestion immédiate des imprévus. Mais la première utilisation (épargne de précaution) semble dominer et se combine avec les stratégies précédemment citées.

Si on observe une certaine hiérarchisation des risques financiers, parmi lesquels la santé occupe une place importante, on ne peut pas en dire autant des stratégies mobilisées pour y faire face. Les ressources tirées des différentes formes d'épargne servent à résoudre toutes les dépenses imprévues qui surviennent, quelles que soient leur nature y compris la santé. Les populations expliquent cette disposition par le fait que : 1) il y a d'autres besoins importants en dehors de la santé; 2) les ressources ne sont pas suffisantes et stables pour être réparties ; 3) épargner pour résoudre les problèmes de santé, c'est attirer la maladie.

### **Des stratégies a priori (ou immédiates) de différentes natures.**

Les diverses stratégies *a priori* (et immédiates) évoquées par les ménages pour faire face aux petits et gros imprévus (voir la distinction donnée plus haut par les ménages), sont représentées dans la Figure 2.

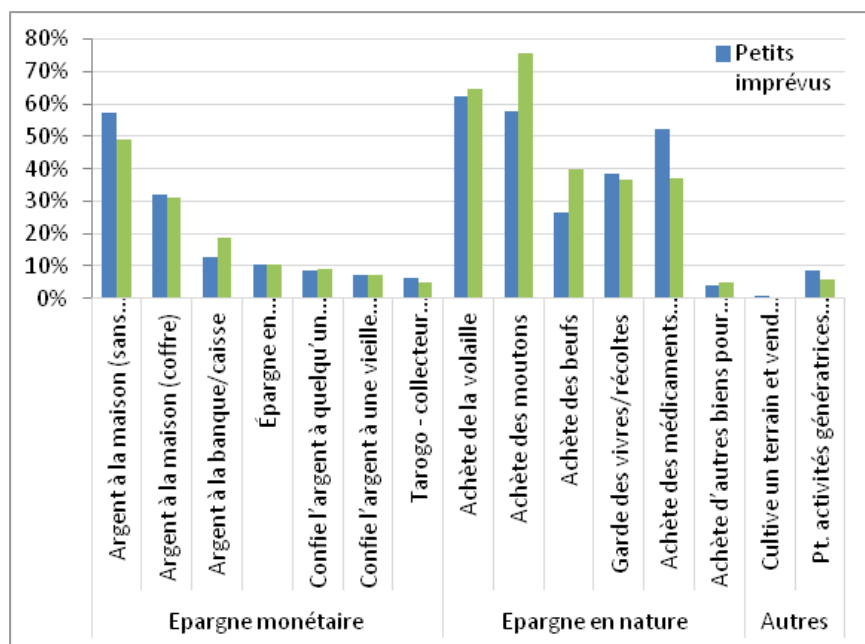


Figure 2 – Stratégies de gestion des imprévus *a priori* ou immédiates

Ces stratégies sont de nature différentes (épargne monétaire, épargne en nature ou autres) et ne sont pas toutes utilisées aussi intensément. La plus utilisée est l'achat d'animaux : volailles, moutons et bœufs, avec un recours de respectivement 62%, 58% et 26% pour les petits imprévus et 65%, 75% et 40% pour les gros imprévus. L'achat de médicaments à l'avance est également une pratique importante (52% et 37% selon la taille de l'imprévu) et constitue la seule stratégie dédiée spécifiquement à la santé.

L'épargne monétaire se présente sous plusieurs formes dont le dépôt à la maison sans coffre est le plus fréquent (57% et 49% des cas) suivi du dépôt avec coffre (32% et 31%), du dépôt à la banque ou à la caisse (13% et 19%), de la tontine (11% et 10%). Les autres formes d'épargne (confier l'argent en ville, chez une personne âgée du village ou à un collecteur d'épargne) représentent moins de 10% chacune, quelle que soit la taille de l'imprévu.

Enfin, la culture de terrain en groupement ou les petites activités génératrices de revenus (PAGR) telles que le tissage de natte, la coupe d'herbe de foin ou de bois pour une vente rapide restent anecdotiques et concernent principalement le traitement des petits imprévus.

Les stratégies *a priori* selon le profil

Le Tableau 4 présente comment l'adoption de chaque stratégie employée *a priori* pour faire face aux imprévus varie selon le profil. Ces stratégies diffèrent selon le quintile de richesse : plus le ménage a des ressources, plus il a recours à la banque ou à la caisse et plus il achète de bœufs. Les ménages des quintiles supérieurs (Q3 à Q5) ont aussi tendance à acheter plus de moutons. Il n'y a pas de différence notable concernant l'épargne de précaution gardée à la maison (avec ou sans coffre). Logiquement, les urbains ont plus recours à la banque, à la caisse et au coffre à la maison et moins à l'achat d'animaux et au stockage de vivres.

**Tableau 4 – Régressions : Stratégies de gestion des imprévus *a priori* selon le profil (petits et gros imprévus confondus)**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Banque	Maison avec coffre	Maison sans coffre	Confié	Volaille	Moutons	Boeufs	Vivres	Médicaments
Quintiles de richesse (Q1)									
Q2	0.0608* (0.0355)	0.0324 (0.0509)	0.0349 (0.0485)	-0.0817* (0.0451)	-0.00175 (0.0521)	0.0350 (0.0475)	0.0822* (0.0441)	-0.119** (0.0545)	0.0263 (0.0539)
Q3	0.102*** (0.0370)	0.0694 (0.0513)	-0.0619 (0.0506)	-0.0765* (0.0443)	0.0947* (0.0486)	0.114*** (0.0440)	0.0902* (0.0482)	-0.108* (0.0553)	0.0959* (0.0551)
Q4	0.0823** (0.0362)	0.0636 (0.0521)	-0.0283 (0.0510)	0.00856 (0.0473)	0.0292 (0.0557)	0.0662 (0.0486)	0.0845* (0.0486)	-0.0634 (0.0584)	0.0889 (0.0546)
Q5	0.178*** (0.0389)	0.0910* (0.0551)	-0.00851 (0.0511)	-0.0434 (0.0465)	0.0473 (0.0549)	0.0923* (0.0477)	0.181*** (0.0516)	-0.0654 (0.0593)	0.0749 (0.0564)
District (Zorgho)									
Kaya	-0.0401 (0.0252)	-0.0339 (0.0361)	-0.0114 (0.0347)	0.0580* (0.0309)	-0.0930*** (0.0344)	0.0188 (0.0300)	-0.0452 (0.0351)	0.0479 (0.0385)	0.0716** (0.0358)
Milieu (Rural)									
Urbain	0.162*** (0.0231)	0.0746** (0.0331)	-0.0242 (0.0328)	0.00631 (0.0289)	-0.187*** (0.0307)	-0.190*** (0.0279)	-0.208*** (0.0301)	-0.216*** (0.0323)	0.0466 (0.0350)
Sexe (homme)									
Femme	-0.128*** (0.0214)	-0.0232 (0.0289)	0.0221 (0.0283)	0.0725*** (0.0265)	-0.0448* (0.0255)	-0.0524** (0.0233)	-0.237*** (0.0242)	0.0276 (0.0246)	-0.0490* (0.0278)
Exposition financière	0.00857*** (0.00290)	0.0150*** (0.00386)	-0.00774** (0.00381)	0.0264*** (0.00309)	0.00212 (0.00352)	0.00408 (0.00312)	0.00399 (0.00369)	0.000130 (0.00384)	-0.000688 (0.00399)
Education (aucune)									
Alphabétisé	0.0970** (0.0383)	0.0719 (0.0439)	0.122*** (0.0411)	0.0358 (0.0416)	0.0859** (0.0358)	0.0415 (0.0339)	0.0849** (0.0405)	0.124*** (0.0471)	0.0799* (0.0429)
Primaire	0.159*** (0.0328)	0.0322 (0.0431)	-0.0399 (0.0434)	-0.0111 (0.0338)	-0.0186 (0.0395)	-0.00232 (0.0343)	0.0202 (0.0412)	-0.00887 (0.0425)	0.0609 (0.0455)
Secondaire ou supérieur	0.369*** (0.0511)	0.0709 (0.0571)	-0.0880 (0.0629)	-0.0778* (0.0465)	-0.206*** (0.0635)	-0.164*** (0.0564)	-0.190*** (0.0489)	-0.153*** (0.0541)	-0.0194 (0.0582)
Mb. mge. malade chronique (non)									
Oui	-0.00116 (0.0260)	-0.104** (0.0409)	-0.0206 (0.0405)	-0.0726** (0.0341)	-0.0578* (0.0351)	-0.0502 (0.0312)	-0.0833** (0.0376)	-0.123*** (0.0417)	-0.103** (0.0408)
Mb. mge. handicapé (non)									
Oui	0.0523* (0.0298)	0.0268 (0.0399)	-0.0859** (0.0398)	-0.0665** (0.0330)	-0.0341 (0.0385)	0.0313 (0.0384)	-0.00687 (0.0403)	-0.0738* (0.0436)	0.0422 (0.0413)
Age	0.000348 (0.000851)	-0.00148 (0.00130)	-0.000369 (0.00126)	-0.000921 (0.00114)	0.00323** (0.00129)	0.00297** (0.00116)	0.00111 (0.00121)	-8.24e-06 (0.00124)	-0.000582 (0.00127)
Observations	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255

Logit regressions, Robust standard errors in parentheses (Households' and individuals' clusters), \*\*\* p&lt;0.01, \*\* p&lt;0.05, \* p&lt;0.1

Les résidents de Kaya ont moins recours à la banque et à l'achat de volaille mais confie plus leur épargne monétaire à autrui. Les femmes ont moins recours à la banque et à l'achat d'animaux moyens et gros.

Une plus forte exposition aux outils financiers va de pair avec un recours plus important à la banque ou la caisse, au coffre chez soi. La pratique de confier de l'argent est disparate (plus fréquente pour Q5 mais moins pour Q2 et Q3 par rapport à Q1).

Les répondants les plus éduqués ont plus recours à la banque ou à la caisse, moins souvent à l'épargne à la maison sans coffre ou chez autrui, à l'achat d'animaux. Les personnes alphabétisées ont plus recours à la banque, à l'épargne sans coffre et à l'achat d'animaux et de médicaments que les personnes non alphabétisées.

Les ménages avec un malade chronique ont moins recours aux coffres, à l'achat d'animaux, de vivres ou de médicaments. Les ménages avec un handicapé ont plus recours à la banque, moins au coffre et confient moins leur épargne. Les plus anciens ont plus volontiers recours à l'achat d'animaux de petite et moyenne taille. Les différentes vulnérabilités ne se traduisent donc pas de façon homogène au plan des choix stratégiques.

### ***Stratégies a posteriori***

Les stratégies *a posteriori* contribuent également à faire face à l'imprévu quand les ressources a priori sont insuffisantes. Il s'agit du recours à l'emprunt, d'une part, et aux dons, d'autre part.

- L'emprunt

L'emprunt occupe une place importante dans les discours, parmi les stratégies de gestion de l'imprévu après la vente d'animaux et de stock de récoltes. La confiance et la détention de biens sont essentielles pour obtenir un prêt. On emprunte auprès de personnes en qui on a confiance, c'est-à-dire qui sauront être discrètes, et on prête à une personne qui a des animaux, ou d'autres biens qu'elle pourra vendre pour rembourser sa dette.

*« Si par exemple il y a une dépense imprévue et puis ce n'est pas le jour de marché par exemple, si je viens vous voir je dis « ha aide moi à résoudre mon problème dans 3 jours jour de marché je vais le vendre et venir vous rembourser », si vous avez seulement vous allez me donner parce que vous savez que je pourrai vous rembourser et même si après je n'arrive pas à vendre le mouton cher pourvu que je gagne votre argent et puis vous remettre » (homme riche, rural)*

*« Si c'est dans la famille et s'ils savent que tu es homme sensé, ils te donnent parce qu'ils savent que tu vas payer mais si tu n'es pas responsable ils savent que même s'ils te donnent tu ne vas pas payer » (homme, riche, rural)*

*« Il faut que ça soit, soit ton frère ou ton parent ou un ami sinon tu vas vivre la honte si tu t'amuses à emprunter chez n'importe qui (homme, moyen, urbain)*

L'emprunt se fait auprès d'amis, de proches pour la majorité des ménages ruraux et ceux de niveau économique moyen. Les plus aisés, en milieu urbain surtout, évoquent l'emprunt dans une moindre mesure. Pour ceux-ci, l'emprunt se fait auprès des banques.

« Des fois tu peux aller emprunter de l'argent au niveau de la banque mais avec garantie de ta parcelle et si tu fais 5 ans par exemple sans rembourser la dette, on vend ta parcelle pour rembourser le crédit que tu as pris. Nous vivons également ça ici de la même manière. Si tu n'as pas de garantie personne ne veut te prêter de l'argent » (Homme riche, urbain)

L'emprunt est perçu comme un recours normal, mais il ne doit intervenir que pour les problèmes essentiels, importants.

- La solidarité
- 

Le principe du partage de risque est vécu à travers la solidarité manifestée dans les événements heureux et malheureux qui surviennent dans la famille, la communauté, le village ou le quartier, etc. Ainsi, on peut par exemple, à l'occasion d'un baptême ou d'un mariage, aider pour les travaux ménagers, offrir du savon, des vêtements, etc. Lorsqu'il s'agit d'un événement malheureux :

« Si c'est un décès quelle que soit la personne qui entend cette information, elle se rend au lieu du décès et donc la personne qui a de l'eau elle donne pour ceux qui creusent la tombe mais pour le décès c'est tout le monde qui part certains amènent à manger et c'est comme ça on fait pour se soutenir » (Homme moyen, rural)

Elle est pratiquée au niveau conjugal, familial et au niveau communautaire. Aux niveaux conjugal et familial, la solidarité s'inscrit dans une logique d'entraide du conjoint ou du parent face aux imprévus, notamment de santé.

« (...) Ou bien les femmes peuvent vendre les vivres qu'elles ont, arachides ou haricots et ensemble avec l'argent du chef de ménage on peut résoudre une grosse dépense » (femme pauvre, rural)

« Ça dépend du mode de vie de chaque ménage ! Ça veut dire que dans le ménage s'il y a un imprévu dans le ménage, si moi je n'ai rien et puis ma femme a quelque chose elle peut me venir en aide » (homme, moyen, urbain)

« (...) Ou bien vous avez un grand enfant dans votre ménage et si lui il a une activité qu'il mène et s'il peut vous aider, il va vous aider à résoudre vos problèmes c'est comme ça » (homme moyen, rural)

Au niveau communautaire, la solidarité s'inscrit dans la logique de l'assistance mutuelle, surtout envers ceux qui sont démunis.

« Si une personne à des difficultés on peut cotiser et puis aller donner à la personne » (femme pauvre, rural)

« Si par exemple on n'a pas les moyens nécessaires pour résoudre le problème, on va auprès d'autres personnes pour demander de l'aide » (femme, pauvre, rural)

La logique de solidarité s'exprime également au niveau de la santé, tant au niveau familial que communautaire.

« (...) A l'instant, j'ai appelé trois personnes pour les mettre au courant et les trois m'ont donné chacun 25000 francs sur place. Le pasteur de mon église aussi m'a soutenu et donc on a commencé le traitement et après les autres personnes venaient et chacun donnait ce qu'il avait 100francs ou 200francs. Chacun donnait selon ses capacités » (homme pauvre, rural)

Les ressources utilisées pour résoudre les imprévus dépendent de la manière dont ils sont perçus. La vente d'animaux, de stock de récoltes, l'emprunt et l'entraide communautaire sont généralement mobilisés pour résoudre les grosses dépenses, tandis que les petites économies sont privilégiées pour résoudre les petites dépenses. Toutefois, il faut noter qu'il n'y a pas d'exclusivité dans l'usage des ressources. Les mêmes sources peuvent servir à gérer aussi bien les grosses que les petites dépenses ; les grosses dépenses se distinguant par l'importance des moyens financiers qu'elles mobilisent.

### 3.3. Le partage des risques de santé: solidarité traditionnelle envers les malades

Le principe du partage des risques financiers suppose une solidarité des bien-portants envers les malades. Du côté des institutions de micro-finance et de micro-assurance, elle est exprimée par le caractère imprévu des problèmes (de santé) et surtout par la logique de l'entraide sociale. Des expressions locales permettent de l'illustrer telles que « *Song-taaba* », « *Teel-taaba* ». Elles renvoient à l'idée de la solidarité, de l'entraide ou encore à celle de l'assistance mutuelle. En particulier celle du « *sousoaga* » met en scène la participation collective aux travaux champêtres d'un membre de la communauté.

*« Il y a les demandes pour cultiver un champ, les « sousoaga » en moré, [...] Et qui a toujours existé jusqu'à nos jours. Par exemple une personne demande à 20 personnes de venir l'aider à cultiver son champ. Ils viennent ils cultivent mais le demandeur ne paie pas car il sera aussi amené à le faire un jour pour un membre du groupe ». (Promoteur micro-finance O)*

La logique d'entraide sous-tend le rapport des populations à la question de l'assistance des malades. Pour elles, il est du devoir de ceux qui sont en bonne santé de soutenir ceux qui sont malades, en outre, toute personne malade aimerait recevoir de l'aide de la part des autres.

Envers les personnes malades, la solidarité s'exprime sous plusieurs formes. Elle peut consister en des conseils au malade ou en l'accompagnant vers un centre de soins.

*« Si par exemple la personne n'est pas allée au CSPS et si la maladie est grave, tu peux conseiller à la personne d'aller au CSPS » (femme riche, rural)*

Il peut s'agir d'appui aux travaux ménagers ou champêtres,

*« Si c'est une femme qui est malade et puis elle est couchée elle ne peut plus rien faire donc on peut puiser de l'eau pour elle, ou bien écraser son mil pour elle ou même aller lui donner de la farine parce qu'elle ne peut plus faire quelque chose » (femme moyen, rural)*

Ou dans la majorité des cas, de visites au malade à l'hôpital ou à domicile, soutenues par des dons en nature et en espèces

*« Par exemple si quelqu'un est malade et puis tu es au courant toi aussi tu te lèves pour aller le voir mais tu lui donnes ce que tu as si tu as 100f ou 50f ou bien 5000f ça dépend des moyens de la personne. Ou si tu es au courant que telle personne est malade tu pars voir la personne ou bien si tu es assis et puis on vient te dire que ton parent une telle est malade mais on l'a amené*

*au centre de santé tu vas aller le voir et puis lui donner ce que tu as nous vivons tout ça dans notre vie de tous les jours » (femme pauvre, urbain)*

*« Tout le monde fait son possible pour aller le voir avant qu'il ne quitte le centre de santé. Certaines personnes apportent de la nourriture ou de la bouillie » (homme moyen, rural)*

Les pauvres et moins pauvres sont ceux qui évoquent le plus ces formes de solidarité, tandis que les plus aisés, parlent davantage de l'aide financière. Toutefois, la contribution financière vient en tête des formes de solidarité envers les malades. Elle reste la plus évoquée et la plus souhaitée par l'ensemble des populations.

### **Les deux logiques du don**

Deux logiques différentes sous-tendent le don permettant d'aider à faire face aux dépenses imprévues : l'une est horizontale et se base sur le principe de réciprocité, l'autre est verticale et se base sur des motivations plus personnelles telles que la réputation ou la bénédiction divine.

La solidarité des bien-portants envers les malades est vécue comme un prolongement de l'entraide sociale. L'aide financière apportée ici, n'est pas remboursée. Elle est empreinte d'une logique de la réciprocité. Nul n'étant à l'abri des problèmes, l'aide apportée à une personne permet de bénéficier de celle des autres plus tard, car comme l'explique cette femme :

*« Quel que soit ce que tu auras comme évènement les gens vont venir t'assister tout simplement parce que toi aussi tu assistes aux évènements des autres » (femme moyen, urbain)*

Les pauvres et les personnes de niveau économique moyen qui ne disposent pas de ressources conséquentes dépendent davantage de l'entourage.

Et pour les personnes qui ne sont pas malades mais continuent de cotiser pour les autres, l'aide apportée constitue une source de bénédictions.

*« Ceux qui vont refuser d'adhérer à cette mutuelle c'est qu'ils ne réfléchissent pas loin. Personne ne souhaite tomber malade, et si tu cotises sans tomber malade, ton argent aura servi à soigner quelqu'un et non seulement tu as la bénédiction de Dieu mais en plus le malade également te bénit » (homme, pauvre, urbain)*

Un autre ajoute

*« Si c'est dans ce domaine-là que tu cotises et qu'on n'utilise pas l'argent pour te soigner, si tu es malin tu ne dois pas faire la bagarre parce que tu ne souhaites même pas tomber malade. Donc si tu peux donner de l'argent à quelqu'un pour ses soins, si tu cotises également pour qu'on soigne quelqu'un d'autre, c'est bien ! » (homme pauvre, rural).*

Dans cette logique, c'est une source de bénédiction divine.

*« Oui c'est la bénédiction ! Il y a des gens qui donnent de l'argent pour aider d'autres personnes. Cela réjouit le cœur » (femme pauvre, rural)*

C'est sur cette logique de solidarité que s'appuient les promoteurs de micro-assurance pour expliquer les principes de la mutualisation des dépenses de santé.



« Quand on parle de la mutuelle «songtaaba», il faut savoir que si tu tombes malade c'est la collecte de l'argent que tout le monde aura cotisé qu'on va utiliser pour te soigner ou pour soigner quelqu'un d'autre. Tu ne paies pas pour toi seulement mais c'est aussi pour ton prochain, et puis 1200francs ne peuvent pas couvrir une ordonnance et tout le monde le sait. Donc si tu es malade c'est peut-être l'argent de trois personnes on va utiliser pour te soigner et c'est la définition même du nom de la mutuelle comme : « s'entraider » se soutenir mutuellement...Nous leur faisons comprendre que c'est la cotisation des personnes bien portantes qui est utilisée pour soigner ceux qui seront malades » (promoteur micro-assurance B)

« Nous leur expliquons que la cotisation qu'ils font c'est déjà pour eux et aussi pour d'autres personnes et ce n'est pas évident que vous soyez malade, et donc si quelqu'un est malade et qui fait partie de la mutuelle on utilise l'argent d'une autre personne pour le soigner. Aujourd'hui c'est lui mais demain ça peut être moi et on va prendre aussi l'argent d'une autre personne pour me soigner». (promoteur micro-assurance W)

C'est également cette logique qui serait appliquée pour la mise en place de l'AMU pour laquelle les populations y voient des avantages et des inconvénients fortement liés à leur SSE.

### ***Avantages et inconvénients d'une solidarité plus formelle***

Déjà vécue au sein de leur communauté, la solidarité face aux dépenses de santé des malades est un principe qui est bien accepté par les populations. Elles ne trouvent pas d'inconvénients que l'aide apportée au malade soit organisée de manière formelle à travers une structure déterminée, mais elles suggèrent que cette mutualisation ne soit pas obligatoire.

De façon générale, les populations sont favorables à la mise en place d'une telle intervention dans la mesure où elle serait profitable à toute la population et particulièrement aux plus pauvres. Plusieurs avantages lui sont reconnus, surtout par les pauvres et les personnes de niveau économique moyen qui ne disposent pas de ressources conséquentes

*« Certains peuvent avoir un petit animal d'autres peuvent avoir un gros animal et d'autres des maisons, donc si tu as un sérieux problème et puis l'organisation mise en place peut te venir en aide toi qui n'a rien là, ça va vraiment t'aider »* (homme moyen, rural)

*« Moi je pense que les gens vont adhérer parce que ça, c'est pour aider les communautés parce qu'il y a des gens des fois qui demandent qu'on les aide à se soigner, donc s'il y a le coffre et si les gens cotisent, ces genres de demandes ne vont plus se faire. Donc moi je pense que si les gens vont vraiment adhérer c'est une aide pour tous les pauvres»* (femme pauvre, urbain)

Le principal avantage relevé est l'accès financier aux soins de santé

*« Ça a des avantages car même si tu n'as pas l'argent pour te soigner, on peut te soigner gratuitement parce que le coffre est là ! »* (homme pauvre, urbain)

Pour un autre, cela permet de réduire le délai de traitement

*« C'est une bonne chose parce que si en ce moment ton problème c'est comment envoyer le malade dans un centre de santé, et dès que tu arrives là-bas ce que tu peux faire c'est juste suivre pour voir, c'est encore mieux parce que tu sais que si tu arrives là-bas on va soigner le malade donc c'est une bonne chose »* (homme pauvre, urbain)

Il y a aussi le fait qu'elle constitue une épargne spécifique pour les dépenses de santé, ce qui permet de se préparer et de faire face aux imprévues

*« Tu peux être assis et tu ne t'attends pas à ça (la nouvelle de la maladie d'un tiers) et puis ça vient ! Donc c'est une bonne chose ! ça même, ça dépasse le fait de chercher 100francs ou 200francs pour aller lui donner, pour le soutenir » (femme riche, rural)*

Dans un contexte où les revenus sont instables voire irréguliers, la mutualisation permet de minimiser le caractère aléatoire de l'aide ou de l'emprunt. Elle permet aussi d'avoir une aide conséquente pour les soins car elle vient s'ajouter à l'aide manifestée dans la solidarité envers les malades. Elle est également perçue comme un moyen de couvrir les frais de santé de toute la famille. En somme, en tant que système de solidarité, elle ne peut qu'être profitable à toute la population.

Pour la majorité des populations, notamment les pauvres et les moyens, et les personnes qui vivent en milieu rural, la mutualisation de l'aide des bien-portants envers les malades est faisable mais reste conditionnée. En effet, les populations pensent que sans une bonne sensibilisation et communication sur les objectifs de l'intervention, il sera difficile d'obtenir une adhésion franche de toute la communauté. L'intervention pourrait être interprétée autrement par certaines personnes qui par ignorance ou du fait qu'elles ne tombent pas souvent malades, peuvent refuser d'y adhérer.

*« Si les gens ont les informations, et puis, ils sont convaincus de la bonne cause de la mutuelle, les gens vont adhérer. Mais il y a des gens qui vont dire au début que c'est pour les flatter et puis prendre leur argent, mais si on commence et puis ça marche bien, ceux qui n'avaient pas adhéré, s'ils voient qu'il y a des avantages ils vont tous adhérer » (femmes riche, urbain)*

Il y a aussi la question du montant des cotisations qu'il faut prendre en compte. Une cotisation qui ne tient pas compte du niveau de vie des populations pourrait créer des réticences. Si on note une adhésion plus ou moins homogène de la population au principe du partage des risques, le principe d'une subvention croisée entre statut socio-économiques (SSE) quant à lui, fait l'objet de réticences, de réserves de la part de certaines catégories de la population.

La subvention croisée entre statut socio-économiques (SSE) suppose que chacun cotise selon ses capacités financières, ce qui implique que les mieux lotis subventionnent les plus pauvres. Des métaphores, ou certaines activités de la vie communautaire, permettent d'illustrer le concept. L'une des métaphores les plus illustratives est celle de la construction de la termitière « *yoramèbo* ». Chaque termite contribue selon sa capacité à la construction et tous y habitent sans discrimination.

Les catégories moyennes et pauvres trouvent l'idée intéressante et y sont favorables. Elles l'inscrivent dans la continuité de la solidarité communautaire et la perçoivent comme une sorte d'équité dans l'accès aux soins. Par ce principe, les personnes démunies pourront accéder aux soins même si elles ne cotisent pas. On évoque plus bas le point de vue des plus riches.

Toutefois, la faisabilité de l'intervention est l'objet d'appréciations diverses. Comme pour le principe du partage des risques, la faisabilité reste conditionnée par un ensemble d'éléments. Les populations pensent qu'avant tout, il faut une bonne sensibilisation sur les objectifs et

le bien-fondé de l'intervention, sinon certaines personnes, sous prétexte qu'elles n'ont pas de problèmes de santé régulièrement pourraient refuser d'adhérer *a fortiori* payer plus que d'autres personnes.

*« Des gens vont refuser ils vont dire que ces personnes (les pauvres) ne paient pas alors eux aussi ils n'en ont pas donc ils ne vont pas payer » (femme riche, urbain)*

*(...) est-ce que de gens comme ça vous pensez qu'il va cotiser pour la mutuelle-là ?il va surement dire que s'il tombe malade il va se prendre en charge (homme moyen, rural)*

En outre, il faudrait que la catégorisation des individus et le montant à payer par chacun soient faits par l'État pour garantir l'adhésion de tous, car des gens nantis pourraient dissimuler leurs biens et se faire passer pour des pauvres, et certains (perçus comme des égoïstes) pourraient refuser de payer pour les autres.

*« Si c'est le gouvernement qui va classer les gens c'est parfait sinon si c'est entre nous qui allons décider de qui doit payer combien par exemple chacun peut payer c'est compliqué. Par exemple on peut décider qu'une personne ne doit pas payer parce qu'elle n'a rien. Mais certains peuvent refuser et dire par exemple que lui il n'en a pas, mais il ne mange pas chez quelqu'un donc en ce moment c'est gâter » (femme, moyen, rural)*

Certains craignent particulièrement que les plus nantis refusent d'adhérer :

*« Les riches vont dire que c'est leur cotisation qui va servir à soigner les indigents...Il y a certains riches qui vont adhérer, d'autres vont refuser...Parce qu'il y a des riches qui refusent de donner à celui qui ne travaille pas » (femme, moyen, rural)*

*« Ceux qui connaissent Dieu vont payer mais il y a des gens qui seront là, qui sont riches mais ils ne vont pas payer » (femme, pauvre, urbain)*

Quant aux catégories aisées, elles restent réticentes au principe de la solidarité entre SSE, surtout celles de la zone urbaine. Elles sont les plus défavorables à une contribution financière ajustée aux capacités financières de chacun. Les raisons de cette réticence sont diverses. Pour d'autres, le caractère inégal de la cotisation qui est remis en cause

*« Pour que la mutuelle fonctionne bien il faut que ça soit égal ! Les gens doivent payer la même chose parce que si vous voulez classer les gens pour dire que telle personne doit payer tel montant et telle personne également doit payer tel montant vous aurez des problèmes » (femme riche, urbain)*

Un autre renchérit

*« Oui c'est au niveau de la cotisation, il faut fixer un petit montant pour que les gens puissent payer sinon si vous dites que les riches paient tel montant et les non riches paient tel montant, si vous classez les gens, au niveau des mossi ce n'est pas faisable. C'est quel mossi qui reconnaît qu'il a de l'argent ? Qui ? » (homme riche, urbain)*

Un autre est catégorique

*« Moi, si on me classe par catégorie je n'adhère pas » (homme riche, urbain)*

Pour d'autres encore, les statuts ne sont pas stables, un individu aisé pouvant devenir pauvre dans un laps de temps, surtout dans un contexte où les activités économiques relèvent en majorité du secteur informel. En somme, les catégories aisées de la zone urbaine, sont défavorables à cette modalité, surtout à l'échelle nationale. Leur réticence est relative à l'objectivité de la catégorisation des individus selon leurs revenus. Elles considèrent que celle-ci sera difficile à obtenir et n'est pas garantie du fait de l'instabilité des revenus.

*« chez les mossi ce n'est pas possible ! Au niveau du blanc c'est possible parce que vous savez combien on touche là-bas mais nous les commerçants, nous ne pouvons pas faire ça » (homme riche, urbain)*

Pour elles, il est préférable de définir une cotisation fixe, mais minimale qui permettrait à tout le monde de contribuer, les plus nantis pourront par la suite compléter de façon libre et volontaire.

*« Vous voulez dire que telles personnes sont riches donc elles doivent payer tant et telles personnes sont pauvres donc elles doivent payer tant. Par exemple si vous devez demander aux gens...Par exemple nous sommes assises là, si vous demandez qui est riche moi je vous dis que je n'en ai pas, mais pour les autres je ne sais pas ! Mais si vous proposez que ça soit le même montant ça va bien marcher, mais si vous dites qu'il faut payer selon ses capacités, qui va dire qu'il est riche ? Mais si par exemple vous proposez que tout le monde donne par exemple 100francs je pense que ça va marcher » (femme, riche, urbain)*

Quant à l'exemption de cotisation pour les personnes indigentes, tous, mais surtout les pauvres, pensent qu'ils doivent contribuer ne serait que de façon symbolique.

*« Non, il ne faut pas les laisser comme ça, il faut qu'ils paient même si c'est un peu » (homme, pauvre, urbain)*

*« Je propose quand même qu'il donne les 5 poules là seulement » (homme, pauvre, rural)*

Il y en a qui pense que l'exemption pourrait avoir des effets pervers

*« Vous n'allez pas le laisser sans qu'il ne paie. Si on le laisse il va dérouter » (homme pauvre, rural)*

*« S'il s'habitue à ne pas payer ça pourrait être difficile par la suite » (homme pauvre, rural)*

Les rapports des populations (quelle que soit leur catégorie) au principe de la solidarité entre niveau économique met au jour une convergence des préoccupations vers la question de la catégorisation des individus selon le niveau économique. Elle se présente comme un enjeu pour la mutualisation des coûts de santé. Ce qui est mis en cause ici, ce n'est pas l'intervention –qui, si elle est conduite par les plus hautes autorités peut obtenir l'adhésion des individus– mais l'objectivité de la classification des individus dans un contexte d'activités économiques informelles, donc la capacité des promoteurs à déterminer les véritables revenus des individus.

### Le soutien reçu *a posteriori* selon le lien avec la personne sollicitée

Les stratégies utilisées *a posteriori* quand les ressources accumulées avant ou au moment de l'imprévu ne suffisent pas vont dépendre du bon vouloir des personnes sollicitées et donc du réseau sur lequel peut s'appuyer le sollicitant. La Figure 3 présente les stratégies *a posteriori* mobilisées selon type de personne sollicité.

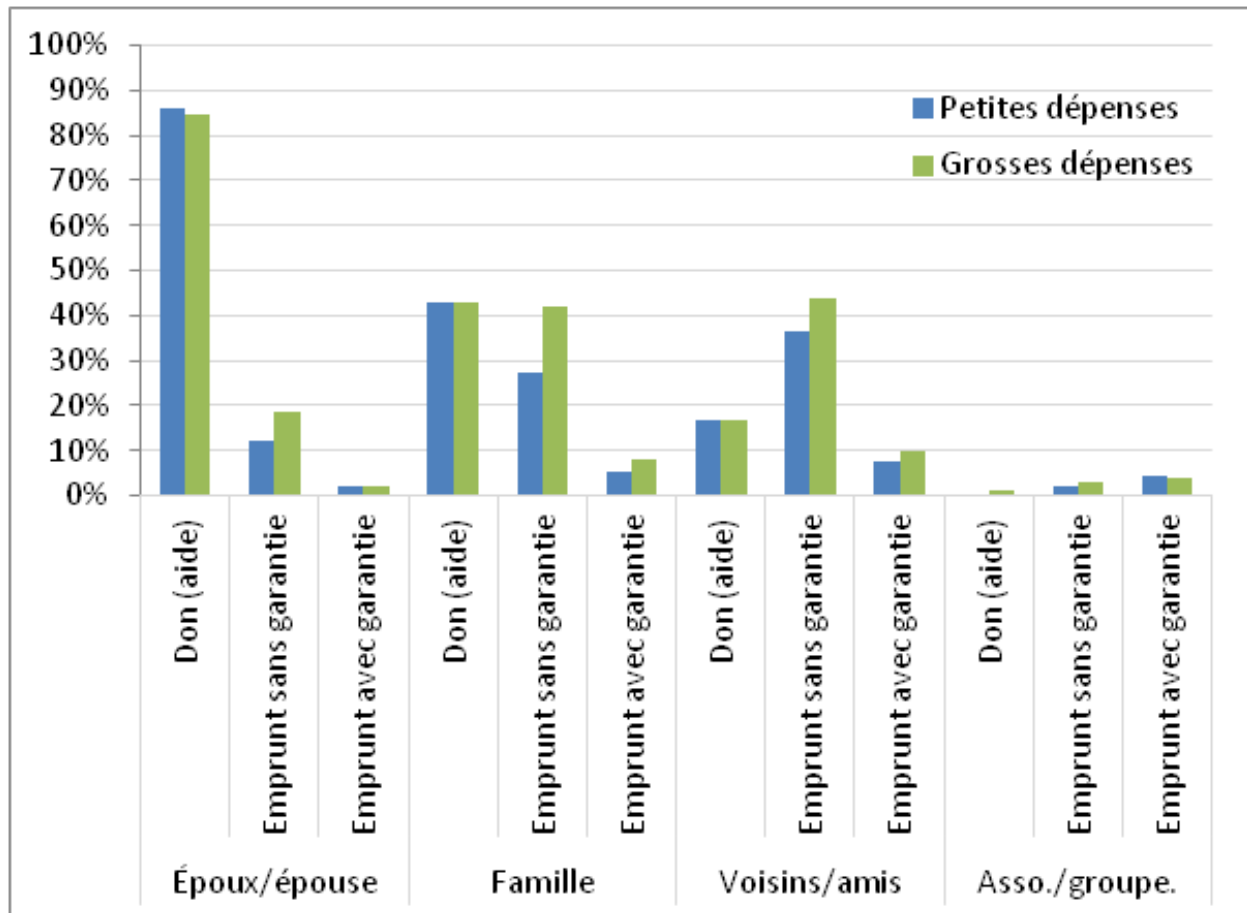


Figure 3 – Stratégies de gestion des imprévus *a posteriori* selon le lien avec le sollicité

Entre époux, le don est la règle (86% et 85% selon le volume de l'imprévu) et l'emprunt sans garantie se fait à l'occasion (12% et 18%). La famille aide aussi bien sous forme de don (43% des cas) que de prêt sans garantie surtout en cas de gros imprévus (27% vs 42%), les prêts avec garantie sont l'exception. L'aide du voisinage et des amis se fait sous forme de prêt sans garantie (37% et 44%) plutôt que sous forme de don (17%) ou sous forme de prêt avec garantie (8% et 10%). Le recours aux associations ou groupement pour faire face aux imprévus n'est mobilisée que très exceptionnellement et principalement sous forme d'emprunt avec garantie (4%).

## Les stratégies a posteriori selon le profil

La variété des recours aux dons, aux prêts avec et sans garantie en cas de ressources insuffisantes pour faire face aux imprévus, selon le profil est reportée dans le Tableau 5.

**Tableau 5 – Régressions : Stratégies de gestion des imprévus a posteriori selon le profil**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Petits imprévus			Gros imprévus		
	Don	Prêt SG	Prêt AG	Don	Prêt SG	Prêt AG
Lien au sollicité (époux(se))						
Famille	-0.270*** (0.00921)	0.136*** (0.0168)	0.0445*** (0.0130)	-0.266*** (0.0102)	0.194*** (0.0160)	0.0784*** (0.0157)
Amis/voisins	-0.436*** (0.00615)	0.198*** (0.0165)	0.0628*** (0.0128)	-0.440*** (0.00649)	0.206*** (0.0167)	0.0932*** (0.0163)
Asso/groupement	-0.916*** (0.0524)	-0.242*** (0.0294)	0.0326** (0.0134)	-0.791*** (0.0312)	-0.325*** (0.0325)	0.0379** (0.0165)
Quintiles de richesse (Q1)						
Q2	-0.0118 (0.0232)	-0.00111 (0.0266)	-0.000546 (0.0155)	-0.0253 (0.0233)	-0.0145 (0.0276)	-0.00139 (0.0161)
Q3	0.0169 (0.0228)	-0.0295 (0.0254)	0.0117 (0.0164)	-6.24e-05 (0.0225)	-0.0338 (0.0266)	-0.00796 (0.0184)
Q4	0.0207 (0.0237)	-0.0200 (0.0274)	0.00845 (0.0156)	0.0217 (0.0233)	-0.0197 (0.0273)	-0.00416 (0.0171)
Q5	-0.0123 (0.0233)	-0.0268 (0.0256)	0.00192 (0.0166)	-0.0192 (0.0231)	-0.0391 (0.0276)	-0.0101 (0.0167)
District (Zorgho)						
Kaya	0.0486*** (0.0153)	0.0347* (0.0178)	-0.0124 (0.0103)	0.0610*** (0.0151)	0.0207 (0.0181)	-0.00800 (0.0115)
Milieu (Rural)						
Urbain	-0.0520*** (0.0145)	-0.0459*** (0.0169)	-0.0268** (0.0111)	-0.0332** (0.0142)	-0.0362** (0.0169)	-0.0327*** (0.0116)
Sexe (homme)						
Femme	0.0783*** (0.0126)	-0.0530*** (0.0134)	-0.000515 (0.00781)	0.0949*** (0.0126)	-0.0861*** (0.0140)	-0.00367 (0.00810)
Expo. Financière	-0.00124 (0.00163)	0.00514*** (0.00196)	-0.000485 (0.00128)	-0.00188 (0.00166)	0.00567*** (0.00204)	-0.000410 (0.00130)
Education (aucune)						
Alphabétisé	0.0189 (0.0186)	-0.000591 (0.0202)	-0.0248* (0.0140)	0.0416** (0.0186)	-0.00125 (0.0224)	-0.0298* (0.0154)
Primaire	0.0270 (0.0188)	0.0120 (0.0207)	-0.000864 (0.0143)	0.0252 (0.0185)	0.00427 (0.0206)	0.0133 (0.0126)
Secondaire supérieur	0.00436 (0.0240)	-0.0328 (0.0275)	-0.0136 (0.0176)	-0.0126 (0.0242)	-0.0622** (0.0291)	-0.0178 (0.0199)
Mb. mge. malade chronique (non)						
Oui	-0.0584*** (0.0157)	-0.0358* (0.0193)	-0.0112 (0.0124)	-0.0854*** (0.0160)	-0.0444** (0.0201)	4.86e-05 (0.0123)
Mb. mge. handicapé (non)						
Oui	-0.00793 (0.0166)	0.0374** (0.0185)	-0.00211 (0.0114)	0.00963 (0.0164)	0.0479** (0.0191)	0.00215 (0.0119)
Age	0.00164*** (0.000548)	0.000863 (0.000616)	0.000116 (0.000344)	0.00173*** (0.000529)	0.000492 (0.000632)	0.000344 (0.000362)
Observations	4,772	4,772	4,772	4,772	4,772	4,772
Prêt SG: sans garantie, Prêt AG: avec garantie, Robust standard errors in parentheses (housholds/clusters), *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1						

Outre la confirmation que le lien entre le sollicitant et le sollicité est le premier déterminant du mode de soutien apporté, on remarque également qu'il n'y a pas de différence significative entre les SSE concernant les modes de soutien. Les plus pauvres ne s'endetteraient donc pas plus pour faire face aux imprévus et bénéficieraient autant de la solidarité sous forme de don que les mieux lotis.

Les stratégies *a posteriori* sont plus souvent mobilisées en milieu rural qu'urbain tant au niveau des dons que des emprunts. Le don est une pratique plus féminine et l'emprunt une pratique plus masculine. L'exposition aux outils financiers va logiquement de pair avec un recours plus important aux emprunts sans garantie.

L'éducation joue un rôle peu important et non linéaire, le cas échéant, dans la mobilisation de ces stratégies *a postérieure*. Les personnes alphabétisées ayant plus recours au don que les non alphabétisées pour les gros imprévus et les titulaires du secondaire ou du supérieur auraient moins recours aux emprunts sans garantie que tous les autres pour les gros imprévus également.

Les personnes plus âgées ont logiquement plus souvent recours aux dons. Les ménages ayant un membre malade chronique ont plutôt moins souvent recours à ces stratégies *a posteriori* et ceux avec un handicapé plus souvent. Les différentes vulnérabilités ne s'expriment donc pas de la même façon au plan de la mobilisation des ressources.

## 4. Discussion

### *Effet direct et indirect de l'AMU*

Les données qualitatives et quantitatives s'accordent à placer la santé en premier lieu parmi les risques auxquels sont exposés les ménages dans leur quotidien devant les imprévus liés aux événements sociaux et aux pertes d'actifs en nature.

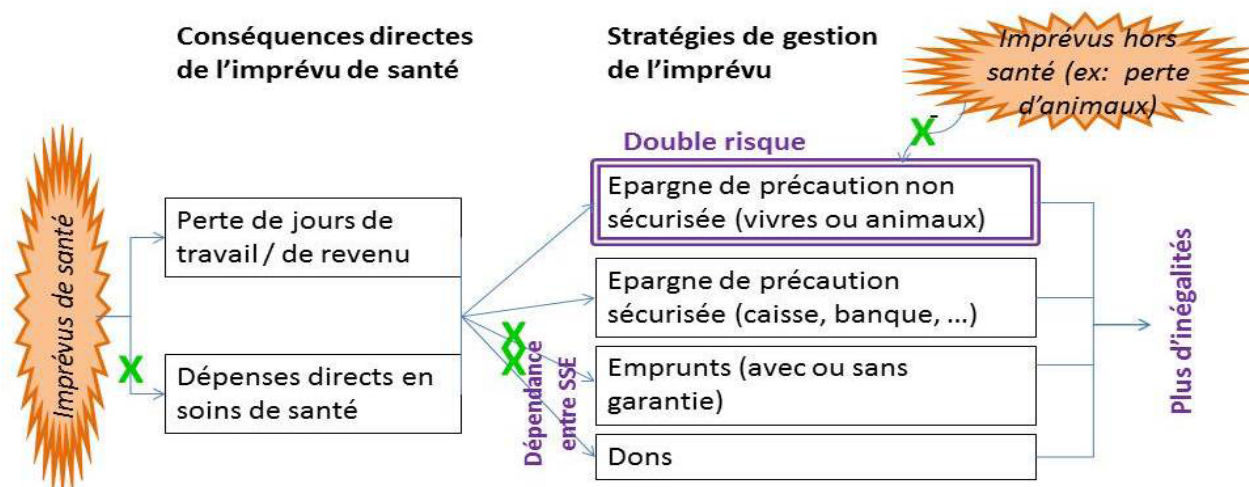
De plus, si les événements rares et très coûteux tels que les accidents de la route, les interventions chirurgicales, les césariennes et les hospitalisations de prématurés ont des conséquences désastreuses sur les finances des ménages et les dépenses catastrophiques (1), ceux-ci, de par leur rareté, pèsent en moyenne beaucoup moins dans le budget des ménages que les dépenses beaucoup plus fréquentes liées à la maladie. Cette situation est certainement à mettre en parallèle avec les discussions habituelles autour de l'assurance maladie et de la couverture des petits ou gros risques selon les perceptions locales.

En outre, les barrières financière et géographique à l'accès au système de santé dans le contexte du Burkina Faso ne sont plus à démontrer (25). Les effets directs de l'AMU sur le financement des soins sont clairement établis (26). Cependant, la mise en place d'une couverture santé universelle aurait également des effets indirects sur l'exposition aux risques financiers beaucoup moins traités dans les écrits scientifiques. En effet, si on se penche sur les stratégies *a priori* pour faire face aux imprévus, l'épargne en nature via l'achat d'animaux est très largement pratiquée et supplante même la thésaurisation (liquide à la maison avec ou sans coffre). La distinction entre

gros et petits imprévus est d'ailleurs très révélatrice, de ce point de vue, puisqu'elle s'exprime en animaux plutôt qu'en valeur monétaire. Le recours au dépôt sécurisé à la banque ou à la caisse est bien moins fréquent.

De façon générale, l'épargne en nature et l'épargne monétaire non sécurisée ne représentent pas les mêmes risques que l'épargne monétaire sécurisée. En effet, la thésaurisation (liquide à la maison) sans coffre est soumise au vol ou à la destruction inopinée de la « cachette », l'épargne en nature ou en vivre est soumise aux aléas naturels.

Or, concernant les risques auxquels sont exposés les ménages, le risque le plus important non lié à santé est de loin celui représenté par la perte d'animaux, qui est à la fois fréquent et représente des montants importants relativement aux autres risques. Les ménages sont donc soumis à un double risque, d'une part, le coût des soins quand nécessaire et, d'autre part, le risque de perdre l'épargne accumulée (en animaux) pour y faire face (entre autres risques) comme illustré ci-dessous (inspiré de (4)).



**-- Canaux d'aggravation des inégalités via les imprévus**

**X Apports de la CSU**

La mise en place d'un système de paiement anticipée des cotisations et de mutualisation des risques permettrait donc d'éliminer ce double risque encourus par ceux qui ont recours à une épargne non sécurisée, les ressources nécessaires à couvrir les dépenses de santé n'étant plus gardée sous forme d'épargne risquée mais transmise sous forme de cotisations anticipées à l'AMU.

Enfin, comme l'épargne n'est pas spécifique aux risques financiers liés à la santé, il existe une concurrence entre les différents imprévus. La première dépense à survenir viendra diminuer d'autant l'épargne de précaution laissant moins de ressources disponibles pour l'imprévu suivant. La mise en place de l'AMU permettant donc d'allouer des ressources spécifiques à la santé. Les données qualitatives montrent que la prise en compte de la santé serait considérée comme un progrès par les ménages.



### ***Des effets d'équité entre SSE via la réduction de la double exposition aux risques***

Si la prépondérance des risques de santé se retrouve parmi toutes les catégories de population, elles ne sont pas toutes exposées de la même façon. La fréquences de maladie et les montants plus élevés déclarés par les ménages les mieux lotis relèvent plus d'un effet d'éducation et de capacité à payer que du risque d'encourir des soins plus coûteux (27,28). Elle élude la question de l'accès aux soins plus qu'elle ne met en lumière une réelle disparité d'exposition (29).

Les dépenses de santé plus élevées chez les urbains sont quant à elles à mettre en regard avec une offre de soins plus diversifiée et plus complète en zone urbaine (30).

Les stratégies *a posteriori* sont également plus souvent mobilisées par les ménages ruraux. Si les options d'épargne sont plus restreintes en zone rurale (moindre accès aux options d'épargne formelles), les mieux lotis y sont également plus enclins à la solidarité entre SSE que leurs homologues urbains. Cela peut expliquer que l'aide *a posteriori* soit plus souvent mobilisé en zone rurale. La dépendance entre SSE est donc plus forte en zone rurale.

Les ménages les plus vulnérables au plan des besoins de santé (maladie chronique, handicaps ou âge) se trouvent très logiquement, soit plus fréquemment exposés, soit contraint à faire face à de plus gros montants. Nos résultats montrent donc qu'un partage des risques de santé pourrait bénéficier à ces ménages plus vulnérables, même si nous avons vu combien la mobilisation de la solidarité n'était pas forcément en phase avec les valeurs locales où l'égalité prime sur l'équité (31).

Le double risque maladie/épargne non sécurisés, identifié plus haut, ne touche pas toutes les catégories de population de la même façon. S'il n'y a pas de différence notable entre les quintiles de revenus concernant le recours à l'épargne en nature, il y a en revanche un recours plus accru au dépôt sécurisé à la banque ou à la caisse par les mieux lotis. Les résultats qualitatifs et quantitatifs se renforcent mutuellement sur ce point.

Il y a par ailleurs une plus forte exposition liée à l'épargne en nature en zone rurale, les urbains ayant à leur disposition des moyens d'épargne plus diversifiés. Ici également les résultats quantitatifs et qualitatifs concordent. A la barrière géographique plus pénalisante pour les zones rurales s'ajoute donc cette plus grande incertitude, justifiant certainement une plus grande préoccupation pour trouver une solution de lutte contre les risques adaptée à ces zones.

Enfin, le moindre recours au don et le recours accru à l'emprunt de la part des personnes exposées aux outils financiers peut être le signe d'une plus grande aisance ou d'une préférence de certains à recourir à ces institutions plutôt qu'à un système de solidarité traditionnelle impliquant la réciprocité. On peut aussi y voir une contrainte pour les personnes ayant un soutien moindre de leur entourage sous forme de don. Elles vont chercher dans ce type d'institution un soutien plus naturellement sous forme d'emprunt. L'AMU peut donc leur être bénéfique également.

### ***Des effets pour l'empowerment des femmes***

Les femmes déclarent une moins grande exposition aux risques financiers liés à la maladie bien qu'en charge des soins des enfants (32). La différence de déclaration peut potentiellement venir d'une tendance inflationniste de la part des hommes plus que d'une différence réelle. La différence entre genre se fait plus ressentir au niveau du type de soins auxquels ils sont exposés avec une prépondérance de la question de l'accouchement pour ces dernières. Par ailleurs, les femmes déclarent être moins souvent exposées à la perte d'animaux. Ici aussi, le résultat est à relativiser par la tradition de propriété de ceux-ci plus favorable aux hommes.

Concernant l'accès aux soins, des interventions récentes d'exemption de paiement des soins favorables aux enfants et aux femmes enceintes au Burkina Faso ont montré un effet d'empowerment sur les femmes. Ainsi, elles ne dépendent plus des ressources du ménage et ont plus de latitude pour prendre des décisions pour leurs enfants en bas âge et pour elles-mêmes (33).

Enfin, l'AMU permet d'allouer les ressources nécessaires pour faire face à un imprévu lié à la santé. Il n'y a donc plus de concurrence avec d'autres risques (hors santé) quant à l'utilisation de l'épargne de précaution du ménage. De même, il n'y a plus d'arbitrage à faire entre les besoins des différents membres du ménage concernant la santé. Si par exemple un adulte (apportant un revenu au ménage) a besoin de soins en même temps qu'un enfant, l'AMU permettra de ne pas avoir à faire de choix entre les deux car ils ne seront plus en concurrence pour la mobilisation des mêmes ressources (34). L'AMU pourrait donc avoir un effet favorable aux plus vulnérables au sein même du ménage si ce principe est respecté.

### ***Des effets d'émancipation des SSE les plus modestes par rapport aux mieux loties***

Les stratégies pour faire face aux imprévus *a posteriori* se déclinent en dons et emprunts. Concernant les emprunts, alors que les données qualitatives mettent en exergue le besoin de discrétion du côté de l'emprunteur et de garantie (animaux ou autres biens à vendre) du côté du prêteur, les résultats quantitatifs nuancent en indiquant que le recours à l'emprunt avec garantie se fait de façon bien plus restreinte que l'emprunt sans garantie.

Par ailleurs, le principal déterminant du type de stratégie *a posteriori* mobilisé est le lien sollicitant-sollicité. Plus ce lien est fort, plus le recours se fait via le don plutôt que l'emprunt. Les ressources dont dispose une personne qui n'a pas assez d'épargne pour faire face à l'imprévu sont donc fortement dépendante de la structure de son entourage et de l'étendue de son réseau (35,36). Le paiement anticipé permettrait donc de ne pas conditionner l'accès aux soins à l'étendue de ce réseau et éventuellement aux temps de négociation qu'il implique. On sait notamment que les plus pauvres sont le plus souvent les plus isolés et que contrairement aux idées reçues, la solidarité en Afrique est aussi bien souvent sélective (36,37). En d'autre terme, cela permettrait de réduire le premier retard de l'accès aux soins (38).

Dans le cas des urgences obstétricales, le gouvernement du Burkina Faso a mis en place une politique de gratuité de l'évacuation d'un centre de santé vers le niveau supérieur de prise en charge. Or, les autres évacuations médicales de façon plus générale sont encore synonymes de

dépenses importantes pour les répondants et à la source du second retard (39) que le paiement anticipé permettrait également de réduire.

Les montants mobilisés sous forme de prêts interpersonnels et de dons sont comparables entre SSE. Si la sollicitation de personnes plus fortunées par les moins fortunées n'est pas quantifiée de façon directe, la provenance des fonds et la dépendance entre SSE est clairement exprimée par les ménages au niveau qualitatif.

Concernant le don, deux logiques sous-jacentes sont à distinguer, celle de la réciprocité et celle de la reconnaissance/bénédiction que cela confère au donateur. Alors que la première est assez horizontale, la seconde implique une dépendance supplémentaire des plus modestes envers les plus fortunés.

La motivation du don (35,40), qui n'implique pas de réciprocité et qui est pratiqué plus intensément par les mieux lotis, a des conséquences directes sur les précautions à prendre lors de la mise en place de l'AMU. En effet, les bénéfices retirés par l'acte de don au plan de la notoriété et de la bénédiction divine s'opposent au caractère anonyme et obligatoire de la cotisation au régime de l'AMU. Dans un exercice prospectif, les ménages les plus aisés n'indiquent pas de réticence par rapport au caractère plus formel que pourrait revêtir l'AMU mais montrent beaucoup plus de réserve quant au caractère obligatoire, indiquant que celui-ci serait, d'une part, trop contraignant et leur ferait perdre, d'autre part, la bénédiction divine. Au Mali voisin, on a vu par exemple les fonctionnaires refuser le caractère obligatoire des cotisations pour la CSU que le gouvernement souhaitait mettre en place (41).

De plus, concernant la mise en œuvre de l'AMU, des craintes sont clairement exprimées concernant, d'une part, la difficulté de classification des ménages concernant leurs ressources due à l'informalité et à l'instabilité des revenus, et, d'autre part, au manque de discrétion sur les revenus de chaque ménage qu'impliquerait une cotisation progressive. On peut se demander si cette réflexion des personnes participantes à la recherche exprime de réels préoccupations ou simplement un discours normatif très présent dans les pays sous-dépendance de l'aide internationale. En effet, plusieurs recherches ont montré la faisabilité d'un tel classement de la population, notamment lorsqu'il était organisé de manière participatif et transparent (42,43). Les inquiétudes exprimées dans la présente recherche sont peut-être plus liées à la perception d'une telle catégorisation organisée par un État et des services publics pour lesquels la population burkinabè a encore peu confiance (44).

Les résultats entre petits et gros risques sont assez similaires du point de vue des stratégies employées pour y faire face mise à part le type d'animaux mobilisés (les gros animaux étant plus mobilisés pour les plus gros aléas). Cependant, l'exposition aux petits risques de santé, comme la maladie, est bien plus fréquente que celle impliquant des montants plus importants comme les interventions chirurgicales. Si ce second type de risque a des implications bien plus dramatiques pour un ménage lorsqu'il est atteint, nos résultats montrent également que les petits risques de santé, fréquents, représentent en moyenne des montants bien plus importants sur l'année. Pourtant, les écrits traitant des facteurs expliquant la participation aux mutuelles ou des modalités que devrait revêtir l'AMU ne traite pas en détail de cette question du type de risque à prendre en charge (45-48).

### ***Implications opérationnelles pour l'AMU***

L'aide apportée par les mieux lotis pour le financement des soins de personnes plus modestes n'est pas motivée par la réciprocité mais par un bénéfice anticipé au plan de la notoriété ou de la bénédiction divine. Il existe donc déjà un mécanisme informel de financement progressif de la santé où les mieux lotis vont contribuer de façon plus importante. Cependant, d'une part, cela ne profite pas à tous, et d'autre part, lorsque l'on souhaite le mettre en place de façon plus systématique dans le cadre d'une AMU, plusieurs problèmes d'opérationnalisation se posent. Tout d'abord, le classement des ménages selon leur revenu pose la question de la détermination des véritables revenus dans un contexte où les activités sont très informelles, d'une part, et les revenus générés sont très instables, d'autre part.

Par ailleurs, si ce classement peut être mis en place, la question de l'objectivité de celui qui opère le classement est pointée par les ménages en question ainsi que la confidentialité de cette information. En effet, des inquiétudes ont été exprimées concernant la publicisation du niveau de cotisation de chaque ménage qui indiquerait son niveau de richesse. Le sujet semble particulièrement sensible en zone Mossi. On en revient au débat sur les valeurs Mossi plus centrées sur l'égalité que l'équité (49,50). L'Etat semble le plus fiable pour remplir ce rôle d'après les déclarations des participants même si la confiance que les participants en ont est limitée (14).

En outre, les expériences passées de détournement de fonds mis en commun pour d'autres utilisations que celles initialement prévues par la communauté font craindre des récidives. A ce titre, la confiance dans le gestionnaire désigné est pointée comme essentielle et sa stabilité dans son poste est un des éléments fondamentaux pour accorder cette confiance (14,51).

Enfin, le caractère obligatoire de la cotisation serait en contradiction avec le fait de pouvoir bénéficier de la bénédiction divine puisque celle-ci ne s'applique que si l'aide apportée est volontaire. La contribution progressive semble donc difficile à mettre en place en l'état. On pourrait donc considérer une combinaison de type de financement (15) avec une contribution unique mais une exemption des indigents (identifiés comme tel) complétée par une taxation générale qui permettrait un système progressif sans levée de bouclier à condition que la taxation générale le soit (52).

La mise en place de l'AMU doit, en plus de ces défis, être assortie d'une communication et d'une pédagogie adaptée. Certains aspects doivent être clarifiés en amont :

- Tout le monde tombe malade un jour. Les cotisations de tous servent aux malades uniquement. On cotise donc moins que le coût des soins le jour où on tombe malade.
- La cotisation n'est pas remboursable. Cet aspect doit être clairement établi dès le départ. Elle peut être présentée sous la logique de don quelle qu'en soit sa motivation (réciprocité et bénédiction).
- Pour les indigents, même si le montant paraît symbolique, il peut constituer une barrière à l'accès au soin et les exempter peut être une solution à condition de bien les identifier tel que prévu dans la loi votée le 5 septembre 2015.

### ***Limites de l'étude***

L'étude a été menée dans une zone dominée par la population Mossi et avec une urbanisation limitée. Il serait prématuré de généraliser les conclusions à tout le pays mais les préoccupations exprimées sont tout de même valides de façon large et représentatives au niveau urbain/rural à l'exception des 2 ou 3 grandes agglomérations du pays. De plus, l'existence d'une solidarité des villes vers les zones rurales pour le paiement des soins a été démontré ailleurs (53).

Pour des raisons logistiques, la collecte qualitative n'a pu être réalisée que dans le premier district (Kaya). Cependant, comme indiqué en méthodologie, le contexte entre les deux districts est très similaire et la quantification des phénomènes a été faite dans les deux districts.

La plus grande exposition aux maladies déclarées par la catégorie socio-économique la plus élevée soulève la question des perceptions sur les besoins de soins (28).

Le montant plus important en perte d'animaux (le cas échéant) déclaré par les plus éduqués soulève une limite de notre collecte de données. En effet, il a été indiqué très clairement par les enquêteurs que l'étude n'aurait pas de contrepartie. Cependant, certains enquêteurs ont indiqué qu'ils suspectaient une surestimation du montant relatif à la perte d'animaux de la part de certains enquêtés dans l'espoir de recevoir une compensation.

Il aurait été préférable d'intégrer les deux régressions d'exposition à un risque donné (exposé ou non et montant si exposé) dans une seule estimation de type Heckman. Cependant, nous ne disposons pas d'un instrument adéquat dans nos données.

## **5. Conclusion**

La santé représente un risque financier prépondérant dans la gestion quotidienne des ménages, et les stratégies pour y faire face varient selon les catégories de population, notamment entre SSE et selon le milieu. Le manque de mécanisme systématique de partage des risques (la solidarité dépendant du bon vouloir des donateurs) et d'options pour constituer une épargne de précaution sécurisée (l'achat d'animaux étant prédominant) pénalise doublement les plus vulnérables (plus pauvres et ruraux). L'AMU permettrait donc de réduire tant les risques financiers liés directement à la santé que les risques indirects liés à la perte d'une épargne de précaution, de dépendances, ou encore d'endettement (parfois assortis de taux usuriers). Les bénéfices indirects viennent donc renforcer ceux directs de façon plus importante pour les plus vulnérables. L'AMU offrirait donc une protection financière à l'ensemble de la population et encore d'avantage aux plus vulnérables.

Cependant, les défis de mise en œuvre sont de taille, notamment en ce qui concerne la progressivité des contributions et la sensibilisation auprès d'une population faiblement exposée aux outils de protection financière. Une combinaison de plusieurs types de financement semble être inévitable mais requiert une attention particulière quant à l'efficacité de la gestion administrative. La coordination des sources de financement doit également inclure les financements internationaux (15,54)..

## Références bibliographiques

1. Abiola, S. E., Gonzales, R., Blendon, R. J., & Benson, J. (2011). Survey In Sub-Saharan Africa Shows Substantial Support For Government Efforts To Improve Health Services. *Health Affairs*, 30(8), 1478–1487. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.1055>
2. Agier, I., Ly, A., Kadio, K., Kouanda, S., & Ridde, V. (2015). Endorsement of universal health coverage financial principles in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, (Accepted).
3. Alam, K., & Mahal, A. (2014). Economic impacts of health shocks on households in low and middle income countries: a review of the literature. *Globalization and Health*, 10, 21. <http://doi.org/10.1186/1744-8603-10-21>
4. Annear, P. L., Comrie-Thomson, L., & Dayal, P. (2015). The challenge of extending universal coverage to non-poor informal workers in low-and middle-income countries in Asia: impacts and policy options (Policy Brief No. 3, Vol. 4). Manila, Philippines: Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Retrieved from <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/12396>
5. Atchessi, N., Ridde, V., & Zunzunégui, M.-V. (2014). Is the process for selecting indigents to receive free care in Burkina Faso equitable? *BMC Public Health*, 14(1), 1158. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1158>
6. Attané, A. (2015). Pour se soigner, les sociétés africaines sont solidaires. In *Des idées reçues en santé mondiale* (p. 250). Valéry Ridde Fatoumata Ouattara. Retrieved from <http://www.pum.umontreal.ca/catalogue/des-idees-recues-en-sante-mondiale>
7. Aye, M. (2000). Capital social, logiques de solidarité et accès aux soins de santé modernes en Afrique subsaharienne. (Thèse de santé publique.) (p. 273). Université de Montréal. Retrieved from [http://www.irec.net/upload/File/memoires\\_et\\_theses/240.pdf](http://www.irec.net/upload/File/memoires_et_theses/240.pdf)
8. Baxerres, C., & Hesran, J.-Y. L. (2010). Quelles ressources familiales financent la santé des enfants ? *Revue Tiers Monde*, n° 202(2), 149–165.
9. Bennett, S. C. (2004). The Role of Community-Based Health Insurance Within the Health Care Financing System. A Framework for Analysis (PDF Download Available). *Health Policy and Planning*, 19(3), 147–58. <http://doi.org/10.1093/heapol/czh018>
10. Carrin, G., Waelkens, M., & Criel, B. (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems - Eldis. *Tropical Medicine & International Health*, 10(8), 799–811.
11. Conseil national de la transition. Loi portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso, Pub. L. No. 060–2015/CNT (2015). Retrieved from [http://www.cnt.bf/IMG/pdf/loi\\_060\\_portant\\_ramu.pdf](http://www.cnt.bf/IMG/pdf/loi_060_portant_ramu.pdf)

12. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications. Retrieved from [http://books.google.ca/books/about/Designing\\_and\\_Conducting\\_Mixed\\_Methods\\_R.html?id=FnY0BV-q-hYC&redir\\_esc=y](http://books.google.ca/books/about/Designing_and_Conducting_Mixed_Methods_R.html?id=FnY0BV-q-hYC&redir_esc=y)
13. De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V. R., Sarker, M., Tiendrebéogo, J., Yé, M., ... Jahn, A. (2012). The impact of targeted subsidies for facility-based delivery on access to care and equity - evidence from a population-based study in rural Burkina Faso. *Journal of Public Health Policy*, 33(4), 439–453. <http://doi.org/10.1057/jphp.2012.27>
14. Druetz, T., Kadio, K., Haddad, S., Kouanda, S., & Ridde, V. (2015). Do community health workers perceive mechanisms associated with the success of community case management of malaria? A qualitative study from Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, 124, 232–240. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.053>
15. Evans, D. B., & Etienne, C. (2010). *Health systems financing: the path to universal coverage* (World health report). WHO. Retrieved from <http://www.who.int/whr/2010/en/>
16. Fame, T., Fournier, P., & Ridde, V. (2013). Les causes du premier retard et leur impact sur la morbidité des urgences obstétricales : le cas des échappées belle du district de Diéma (Mali). In *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*. (pp. 57–78).
17. Greene, W. H. (2012). *Econometric Analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Retrieved from <http://pages.stern.nyu.edu/~wgreene/Text/econometricanalysis.htm>
18. Joe, W. (2015). Distressed financing of household out-of-pocket health care payments in India: incidence and correlates. *Health Policy and Planning*, 30(6), 728–741. <http://doi.org/10.1093/heapol/czu050>
19. Kadio, K. (2013). Perception de l'entraide et de la solidarité d'indigents provenant de ménages du quintile le plus riche du district sanitaire de Ouargaye, Burkina Faso (L' Harmattan). P. Fournier & collaborateurs.
20. Kouanda, S., Bado, A., Yameogo, M., Nitiema, J., Yameogo, G., Bocoum, F., ... Sondo, B. (2013). The Kaya HDSS, Burkina Faso: a platform for epidemiological studies and health programme evaluation. *International Journal of Epidemiology*, 42(3), 741–749. <http://doi.org/10.1093/ije/dyt076>
21. Kruk, M. E., Goldmann, E., & Galea, S. (2009). Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low- And Middle-Income Countries. *Health Affairs*, 28(4), 1056–1066. <http://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.1056>
22. M. P. Waelkens, B. C. (2004). *Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne; état des lieux et réflexions sur un agenda de recherche*. HNP Discussion Paper, (28907).

23. Mariko, S., Bidiga, A. J., & Maïga, A. (2012). Burkina Faso Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (No. EDSBF-MICS IV 2010) (p. 527). Ouagadougou, Burkina Faso: Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD).
24. Mills, A., Ataguba, J. E., Akazili, J., Borghi, J., Garshong, B., Makawia, S., ... McIntyre, D. (2012). Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *The Lancet*, 380(9837), 126–133. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60357-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60357-2)
25. Ministère de la fonction publique du travail et de la sécurité sociale. (2014). Projet de loi portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso (RAMU-BF).
26. Ministère de la santé. (2014). Annuaire statistique 2013 - Burkina Faso. Direction générale des études et des statistiques sectorielles. Retrieved from [http://www.cns.bf/IMG/pdf/annuaire\\_sante\\_2013.pdf](http://www.cns.bf/IMG/pdf/annuaire_sante_2013.pdf)
27. Nikièma, B., Haddad, S., & Potvin, L. (2008). Women Bargaining to Seek Healthcare: Norms, Domestic Practices, and Implications in Rural Burkina Faso. *World Development*, 36(4), 608–624. <http://doi.org/10.1016/j.worlddev.2007.04.019>
28. Odeyemi, I. A. (2014). Community-based health insurance programmes and the national health insurance scheme of Nigeria: challenges to uptake and integration. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 20. <http://doi.org/10.1186/1475-9276-13-20>
29. Oduro, A. D. (2010). Adverse Shocks and Social Protection in Africa: What Role for Formal and Informal Financial Institutions ? (European Report on Development No. RSCAS 2010/31). Legon: Robert Schuman Centre for Advanced Studies. Retrieved from [http://cadmus.eui.eu/bitstream/handle/1814/13866/RSCAS\\_2010\\_31.pdf?sequence=1](http://cadmus.eui.eu/bitstream/handle/1814/13866/RSCAS_2010_31.pdf?sequence=1)
30. Omilola, B., & Kaniki, S. (2014). Social Protection in Africa-A Review of Potential Contribution and Impact on Poverty Reduction. UNDP. Retrieved from [http://www.undp.org/content/south\\_africa/en/home/library/poverty/social-protection-in--africa-a-review-of--potential-contribution.html](http://www.undp.org/content/south_africa/en/home/library/poverty/social-protection-in--africa-a-review-of--potential-contribution.html)
31. OMS. (2014). What is universal health coverage? Retrieved December 9, 2015, from [http://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/)
32. Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), 533–544. <http://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
33. Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 29–45. <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>



34. PNUD. (2007). Mesure de la pauvreté selon la méthode de degré de satisfaction des besoins essentiels (DSBE): expérience du Niger. Niamey : S.l.: République du Niger ; Programme des Nations Unies pour le développement. Retrieved from <http://catalog.hathitrust.org/Record/010565600>
35. Ridde, V. (2006). La question de l'équité dans l'accès aux soins au Burkina Faso. Le point de vue de quelques infirmiers et membres des comités de santé. (No. Etude Recit no 12) (p. 36). Ouagadougou: Laboratoire Citoyennetés. Retrieved from [http://base.afrique-gouvernance.net/docs/a56\\_etu12\\_queequiaccoisan\\_bf\\_ridde.pdf](http://base.afrique-gouvernance.net/docs/a56_etu12_queequiaccoisan_bf_ridde.pdf)
36. Ridde, V. (2008a). Equity and health policy in Africa: Using concept mapping in Moore (Burkina Faso). *BMC Health Services Research*, 8(1), 90. <http://doi.org/10.1186/1472-6963-8-90>
37. 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* (1982), 66(6), 1368–1378. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.026>
38. Ridde, V., Agier, I., Jahn, A., Muller, O., Tiendrebéogo, J., & Yé, M. (2014). The impact of user fee removal policies on household out-of-pocket spending: evidence against the inverse equity hypothesis from a population based study in Burkina Faso. *European Journal of Health Economics*, 16(1). <http://doi.org/10.1007/s10198-013-0553-5>
39. Ridde, V., Belaid, L., Samb, O. M., & Faye, A. (2014a). Health system revenue collection in Burkina Faso from 1980 to 2012. *Santé Publique (Vandoeuvre-Lès-Nancy, France)*, 26(5), 715–725.
40. Ridde, V., Belaid, L., Samb, O. M., & Faye, A. (2014b). Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012. *Santé Publique*, Vol. 26(5), 715–725.
41. Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Sanfo, O., Coulibaly, N., Nitiema, P. A., & Bicaba, A. (2010). A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(1), 10–15. <http://doi.org/10.1136/jech.2008.086793>
42. Rockers, P. C., Kruk, M. E., & Laugesen, M. J. (2012). Perceptions of the Health System and Public Trust in Government in Low- and Middle-Income Countries: Evidence from the World Health Surveys. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37(3), 405–437. <http://doi.org/10.1215/03616878-1573076>
43. Røttingen, J.-A. (2014). Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for Health Financing (Chatham House Report). Centre on Global Health Security. Retrieved from <https://www.chathamhouse.org/node/14467>
44. Samb, O. M., & Ridde, V. (2012). Interventions to Subsidize Payment for Care Strengthen Community Empowerment in Burkina Faso. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Santé Publique*, 103(7 Suppl 1), eS20-25.

45. Sen, A. (2002). Health: perception versus observation. *BMJ : British Medical Journal*, 324(7342), 860–861.
46. Sidibe, I., & Ouedraogo, A. (2011). La région du Plateau Central en chiffres (p. 8). Ouagadougou: INSD. Retrieved from [http://www.insd.bf/n/contenu/statistiques\\_regions/regions\\_en\\_chiffres\\_en\\_2011/reg\\_chif\\_pltcentral\\_2011.pdf](http://www.insd.bf/n/contenu/statistiques_regions/regions_en_chiffres_en_2011/reg_chif_pltcentral_2011.pdf)
47. Souares, A., Savadogo, G., Dong, H., Parmar, D., Sié, 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 & Social Care in the Community*, 18(4), 363–368. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00905.x>
48. Touré, L., Ridde, V., & Queuille, L. (2014). Evaluation des besoins de plaidoyer en appui à la couverture universelle santé in Burkina Faso, Mali, and Senegal. Retrieved from [http://www.miselimali.org/dl/Root/cay8r-rapport\\_definitif\\_mali\\_janv\\_14.pdf](http://www.miselimali.org/dl/Root/cay8r-rapport_definitif_mali_janv_14.pdf)
49. Vuarin, R. (1994). L'argent et l'entregent. *Cahiers des Sciences Humaines*, 30(1–2), 255–273.
50. Vuarin, R. (2000). Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation ou "venez m'aider à tuer mon lion" (L'Harmattan). Retrieved from <http://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=8388>
51. WHO. (2013). The world health report 2013: research for universal health coverage.
52. World Bank. (2015). World Development Report 2015: Mind, Society, and Behavior (License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO). Washington, DC: World Bank. Retrieved from <http://www.worldbank.org/en/publication/wdr2015>
53. Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. L. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *The Lancet*, 362, 111–117.
54. Yates, R., & Humphreys, G. (2013). Arguing for Universal Health Coverage (p. 40). World Health Organization. Retrieved from [http://www.who.int/health\\_financing/UHC\\_ENvs\\_BD.PDF?ua=1](http://www.who.int/health_financing/UHC_ENvs_BD.PDF?ua=1)

## Annexe

**Table 6 - Exposition aux risques**

Type de risque encouru dans les 12 derniers mois	Exposés		Montant moyen impliqué	
	%	N	Si exposé	Tous
Maladie	85,9%	1078	37 694	32 378
Cérémonies	58,5%	734	13 823	8 084
Visite d'un étranger	54,3%	681	20 224	10 974
Voyage	43,7%	548	23 678	10 339
\$ pour parent/beaux-parents	41,6%	522	16 416	6 828
Perte d'animaux	39,8%	500	84 922	33 834
Décès	35,5%	445	26 097	9 254
Dépenses pour l'école	26,1%	328	9 864	2 578
Vivres insuffisants (soudure)	15,9%	199	43 670	6 925
Perterécoltes/vivres	11,4%	143	46 258	5 271
Dommagessur la maison	10,8%	136	60 403	6 546
Amener la nouvelle mariée	8,0%	101	32 460	2 612
Accident (matériels)	8,0%	100	21 462	1 710
Accident (physiques)	3,6%	45	67 651	2 426
Intervention chirurgicale	2,2%	27	80 241	1 726
Césarienne	1,8%	22	50 714	889
Prématuré (hospitalisation)	1,0%	12	73 892	707
Observations		1255		

Table 7 – Stratégies de gestion des imprévus

	Petits imprévus		Gros imprévus	
	%	N	%	N
A priori				
Épargne monétaire				
Argent à la maison (sans coffre)	57,1%	716	49,1%	616
Argent à la maison (coffre)	32,2%	404	31,2%	391
Argent à la banque/caisse	12,9%	162	18,5%	232
Épargne en association/tontine	10,6%	133	10,4%	130
Confie l'argent à quelqu'un en ville	8,8%	111	9,2%	115
Confie l'argent à une vieille ou un vieux	7,3%	92	7,4%	93
Tarogo-collecteur d'épargne	6,1%	76	4,9%	61
Épargne en nature				
Achète de la volaille	62,4%	783	64,5%	809
Achète des moutons	57,9%	727	75,6%	949
Achète des bœufs	26,4%	331	39,8%	499
Garde des vivres/récoltes	38,3%	481	36,5%	458
Achète des médicaments (pharmacie) pour déposer	52,1%	654	37,0%	464
Achète d'autres biens pour garder	4,1%	52	4,8%	60
Autre				
Cultive un terrain et vend la récolte en groupement	0,9%	11	0,5%	6
Petites activités génératrices de revenus	0,087	109	0,058	73
A posteriori				
Époux/épouse				
Don (aide)	86,0%	1026	84,8%	1012
Emprunt sans garantie	12,3%	147	18,4%	220
Emprunt avec garantie	2,1%	25	2,0%	24
Famille				
Don (aide)	42,7%	510	43,1%	514
Emprunt sans garantie	27,2%	324	41,9%	500
Emprunt avec garantie	5,4%	64	7,9%	94
Voisins/amis				
Don (aide)	16,8%	201	16,8%	201
Emprunt sans garantie	36,6%	437	43,8%	522
Emprunt avec garantie	7,8%	93	10,1%	120
Association /groupement				
Don (aide)	0,4%	5	1,3%	15
Emprunt sans garantie	2,3%	28	3,0%	36
Emprunt avec garantie	4,2%	50	3,9%	47
Observations		1255		1255

**Table 8 - Exposition aux risques (table complète)**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Risque	Maladie			Perte d'animaux		
Variable dépendante	Occurrence	Montant	Montant	Occurrence	Montant	Montant
		(si exposé)	(tous)		(si exposé)	(tous)
Type de regression	Logit	OLS	OLS	Logit	OLS	OLS
Quintiles de richesse (Q1)						
Q2	0.0366 (0.0384)	4,637 (4,884)	4,119 (4,207)	0.0375 (0.0503)	-1,590 (17,656)	4,009 (7,885)
Q3	0.0307 (0.0377)	10,289** (5,197)	8,526* (4,555)	0.0749 (0.0534)	-5,288 (17,189)	5,329 (7,986)
Q4	0.0200 (0.0400)	20,305** (8,305)	15,788** (7,262)	0.103* (0.0560)	21,417 (21,784)	20,690* (11,096)
Q5	0.0722* (0.0375)	21,286** (9,966)	20,101** (8,966)	0.0572 (0.0527)	-18,249 (19,106)	646.5 (8,282)
District (Zorgho)						
Kaya	-0.0394 (0.0267)	-5,984 (6,800)	-6,613 (5,858)	-0.112*** (0.0360)	-20,884 (13,901)	-15,459** (6,666)
Milieu (Rural)						
Urbain	0.0380 (0.0241)	16,799*** (5,143)	15,668*** (4,598)	-0.0897*** (0.0342)	-1,746 (10,504)	-7,551 (6,033)
Sexe (homme)						
Femme	-0.0925*** (0.0186)	-11,857*** (3,845)	-13,125*** (3,398)	-0.0444 (0.0270)	-26,788*** (6,623)	-14,213*** (3,698)
Exposition financière	0.00651** (0.00290)	68.37 (592.8)	231.1 (493.3)	0.00309 (0.00397)	1,810 (1,296)	980.1 (655.8)
Education (aucune)						
Alphabétisé	-0.0209 (0.0344)	-3,515 (5,426)	-3,721 (4,688)	0.0600 (0.0459)	4,089 (10,566)	5,785 (6,166)
Primaire	-0.00853 (0.0297)	9,759 (7,785)	8,450 (6,753)	-0.0429 (0.0430)	-1,752 (10,786)	-5,688 (5,186)
Secondaire supérieur	-0.0630 (0.0503)	15,371 (12,595)	11,035 (10,771)	-0.0834 (0.0557)	51,587 (34,822)	5,848 (12,882)
Avec mb.malade chronique (non)						
Oui	0.116*** (0.0377)	28,482*** (8,688)	29,163*** (8,159)	-0.0428 (0.0415)	4,712 (16,539)	-1,702 (8,063)
Avec mb. mge. handicapé (non)						
Oui	0.119*** (0.0378)	-9,195* (4,792)	-6,131 (4,407)	0.0877** (0.0437)	6,812 (13,234)	11,226 (7,713)
Age	-0.000187 (0.000859)	566.4** (232.6)	490.0** (207.4)	0.000888 (0.00134)	423.0 (397.4)	213.5 (196.9)
Constant		-4,339 (12,971)	-2,815 (11,618)		76,856*** (28,531)	31,665** (13,757)
Observations	1,255	1,078	1,255	1,255	500	1,255
R-squared		0.085	0.085		0.062	0.042

Robust standard errors in parentheses (Households' clusters), \*\*\* p&lt;0.01, \*\* p&lt;0.05, \* p&lt;0.1

Table 9 - Stratégies a priori (petites imprévus)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
	Banque	Maison avec coffre	Maison sans coffre	Confie	Volaille	Moutons	Boeufs	Vivres	Medicaments
Quintiles de richesse (Q1)									
Q2	0.0481 (0.0300)	0.00871 (0.0492)	0.0307 (0.0494)	-0.0810** (0.0403)	-0.0289 (0.0539)	-0.0407 (0.0567)	0.0162 (0.0443)	-0.113** (0.0536)	0.0442 (0.0520)
Q3	0.0678** (0.0330)	0.0613 (0.0494)	-0.0473 (0.0513)	-0.0609 (0.0400)	0.0443 (0.0520)	0.00284 (0.0548)	0.0309 (0.0454)	-0.134** (0.0528)	0.0846 (0.0520)
Q4	0.0595* (0.0308)	0.0593 (0.0506)	-0.00870 (0.0529)	0.0112 (0.0437)	-0.000426 (0.0564)	-0.0179 (0.0596)	0.0275 (0.0461)	-0.0684 (0.0576)	0.0958* (0.0513)
Q5	0.109*** (0.0336)	0.0849 (0.0533)	0.0118 (0.0524)	-0.0307 (0.0419)	-0.0268 (0.0569)	-0.0269 (0.0588)	0.0317 (0.0477)	-0.0759 (0.0593)	0.105* (0.0538)
District (Zorgho)									
Kaya	-0.0400* (0.0222)	-0.0288 (0.0353)	-0.0297 (0.0355)	0.0478* (0.0275)	-0.0542 (0.0358)	0.0239 (0.0390)	-0.0367 (0.0326)	0.0391 (0.0382)	0.0324 (0.0353)
Milieu (Rural)									
Urbain	0.0991*** (0.0210)	0.0765** (0.0321)	-0.0173 (0.0334)	0.0166 (0.0268)	-0.170*** (0.0321)	-0.171*** (0.0350)	-0.123*** (0.0303)	-0.201*** (0.0324)	0.0248 (0.0338)
Sexe (homme)									
Femme	-0.107*** (0.0197)	-0.0288 (0.0272)	0.0190 (0.0289)	0.0562** (0.0258)	-0.0674** (0.0268)	-0.0712*** (0.0263)	-0.186*** (0.0230)	0.0202 (0.0243)	-0.0853*** (0.0285)
Exposition financière	0.00320 (0.00256)	0.0137*** (0.00364)	-0.00843** (0.00385)	0.0251*** (0.00288)	0.00425 (0.00374)	-0.000191 (0.00394)	-0.000608 (0.00370)	0.00382 (0.00375)	0.00590 (0.00409)
Education (aucune)									
Alphabétisé	0.0461 (0.0306)	0.0750* (0.0436)	0.0604 (0.0433)	-0.0113 (0.0363)	0.0808** (0.0384)	0.0292 (0.0426)	0.0604 (0.0420)	0.149*** (0.0470)	0.126*** (0.0436)
Primaire	0.143*** (0.0301)	-0.0145 (0.0405)	-0.0404 (0.0434)	-0.0108 (0.0330)	-0.0297 (0.0439)	-0.0187 (0.0435)	0.0708* (0.0398)	-0.00219 (0.0413)	0.0627 (0.0456)
Secondaire supérieur	0.272*** (0.0496)	0.0610 (0.0553)	-0.100 (0.0650)	-0.0927** (0.0426)	-0.207*** (0.0612)	-0.156*** (0.0590)	-0.113*** (0.0396)	-0.129** (0.0538)	-0.000892 (0.0558)
Mb. mge. malade chronique (non)									
Oui	0.0448** (0.0212)	-0.113*** (0.0410)	-0.00233 (0.0410)	-0.0337 (0.0308)	-0.104*** (0.0369)	-0.0542 (0.0412)	-0.0241 (0.0352)	-0.117*** (0.0418)	-0.0939** (0.0409)
Mb. mge. handicapé (non)									
Oui	0.00307 (0.0254)	0.0268 (0.0390)	-0.0606 (0.0415)	-0.0380 (0.0304)	-0.0328 (0.0414)	-0.0378 (0.0436)	-0.0418 (0.0376)	-0.0915** (0.0435)	0.0785* (0.0415)
Age	-0.000323 (0.000794)	-0.00104 (0.00128)	-0.000858 (0.00130)	-0.00164 (0.00110)	0.00347*** (0.00132)	0.00191 (0.00136)	0.000785 (0.00105)	0.000117 (0.00123)	-0.00120 (0.00126)
Observations	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255

Robust standard errors in parentheses (Households' clusters), \*\*\* p&lt;0.01, \*\* p&lt;0.05, \* p&lt;0.1

**Table 10 - Stratégies a priori (gros imprévus)**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Grosses imprévus	Banque	Maison	Maison	Confie	Volaille	Moutons	Boeufs	Vivres	Medicaments
		avec coffre	sans coffre						
Quintiles de richesse (Q1)									
Q2	0.0646* (0.0346)	0.0589 (0.0466)	0.000162 (0.0502)	-0.0409 (0.0418)	0.00803 (0.0524)	0.0312 (0.0477)	0.0770* (0.0437)	-0.132** (0.0529)	-0.0331 (0.0560)
Q3	0.0974*** (0.0358)	0.0747 (0.0460)	-0.0687 (0.0508)	-0.0598 (0.0413)	0.106** (0.0488)	0.104** (0.0446)	0.0767 (0.0474)	-0.110** (0.0549)	0.0496 (0.0594)
Q4	0.0848** (0.0353)	0.102** (0.0488)	-0.0291 (0.0528)	-0.0140 (0.0434)	0.0486 (0.0577)	0.0709 (0.0487)	0.0745 (0.0479)	-0.0733 (0.0594)	0.0238 (0.0594)
Q5	0.174*** (0.0379)	0.0735 (0.0492)	-0.0383 (0.0548)	-0.0131 (0.0442)	0.0549 (0.0557)	0.0911* (0.0477)	0.169*** (0.0510)	-0.0564 (0.0586)	0.0775 (0.0610)
District (Zorgho)									
Kaya	-0.0521** (0.0249)	0.00382 (0.0332)	-0.0186 (0.0364)	0.0190 (0.0296)	-0.128*** (0.0355)	0.00499 (0.0303)	-0.0542 (0.0344)	0.0305 (0.0386)	-0.0159 (0.0398)
Milieu (Rural)									
Urbain	0.164*** (0.0231)	0.0300 (0.0313)	0.00192 (0.0345)	0.00681 (0.0266)	-0.184*** (0.0316)	-0.193*** (0.0280)	-0.196*** (0.0299)	-0.199*** (0.0325)	0.0591 (0.0373)
Sexe (homme)									
Femme	-0.122*** (0.0212)	-0.0346 (0.0284)	0.0436 (0.0289)	0.0808*** (0.0255)	-0.0222 (0.0260)	-0.0499** (0.0236)	-0.245*** (0.0246)	0.0170 (0.0239)	-0.00462 (0.0251)
Exposition financière	0.00992*** (0.00285)	0.0120*** (0.00369)	-0.0101*** (0.00392)	0.0251*** (0.00296)	0.00152 (0.00362)	0.00449 (0.00317)	0.00732** (0.00359)	-0.000942 (0.00381)	0.00825** (0.00403)
Education (aucune)									
Alphabétisé	0.0878** (0.0382)	0.0606 (0.0426)	0.129*** (0.0448)	0.0445 (0.0399)	0.0825** (0.0390)	0.0415 (0.0348)	0.0867** (0.0406)	0.123** (0.0486)	-0.0989** (0.0429)
Primaire	0.162*** (0.0325)	0.0371 (0.0421)	-0.0512 (0.0449)	0.0363 (0.0340)	-0.0397 (0.0401)	0.000396 (0.0349)	0.0400 (0.0411)	-0.00859 (0.0420)	0.00777 (0.0440)
Secondaire supérieur	0.325*** (0.0504)	0.0182 (0.0514)	-0.172*** (0.0605)	-0.0780** (0.0381)	-0.207*** (0.0644)	-0.167*** (0.0560)	-0.170*** (0.0496)	-0.157*** (0.0487)	0.00262 (0.0578)
Mb. mge. malade chronique (non)									
Oui	-0.00576 (0.0258)	-0.0351 (0.0385)	-0.0865** (0.0412)	-0.113*** (0.0338)	-0.0610 (0.0373)	-0.0422 (0.0318)	-0.0730* (0.0380)	-0.120*** (0.0426)	-0.111** (0.0444)
Mb. mge. handicapé (non)									
Oui	0.0621** (0.0291)	-0.00582 (0.0365)	-0.0909** (0.0427)	-0.0997*** (0.0335)	-0.0155 (0.0394)	0.0333 (0.0385)	-0.0149 (0.0400)	-0.0517 (0.0421)	0.0266 (0.0435)
Age	0.000267 (0.000846)	-0.00219* (0.00126)	0.000315 (0.00130)	4.01e-05 (0.00107)	0.00236* (0.00130)	0.00263** (0.00117)	0.00130 (0.00119)	-0.000191 (0.00121)	0.00126 (0.00129)
Observations	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255

Robust standard errors in parentheses (Households' clusters), \*\*\* p&lt;0.01, \*\* p&lt;0.05, \* p&lt;0.1

Cahiers REALISME  
Numéro 7, Mai 2016

**Comité éditorial:**

Maria José Arauz Galarza  
Marie Munoz Bertrand  
Lara Gautier  
Valéry Ridde  
Emilie Robert  
Emmanuel Sambieni  
Sylvie Zongo

**Coordinatrice de la collection:**

Lara Gautier

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique  
de l'Université de Montréal (IRSPUM)  
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

[www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/](http://www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/)  
[cahiers-realisme@equitesante.org](mailto:cahiers-realisme@equitesante.org)

## La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.



## Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME  
Numéro 7, Mai 2016

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)  
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03  
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



[www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/](http://www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/)