

LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DES INDIGENTS VIVANT DANS DES MÉNAGES NON PAUVRES

Kadidiatou Kadioet al.

S.F.S.P. | Santé Publique

2014/1 - Vol. 26
pages 89 à 97

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-1-page-89.htm>

Pour citer cet article :

Kadio Kadidiatou *et al.*, « Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres »,
Santé Publique, 2014/1 Vol. 26, p. 89-97.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

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

Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres

The difficulties of access to health care for indigent living in non-poor households

Kadidiatou Kadio^{1,2}, Valéry Ridde^{3,4}, Samb Oumar Mallé³

➔ Résumé

Introduction : afin de protéger les indigents de l'exclusion des services de santé du fait du paiement direct, une recherche action a été mise en œuvre au Burkina Faso. Par une approche communautaire, des comités villageois de sélection (CVS) ont identifié les indigents devant bénéficier de l'exemption du paiement des services dans les formations sanitaires. À l'issue d'une étude quantitative sur les dépenses de consommation des ménages sélectionnés (dans le but d'évaluer l'efficacité du ciblage communautaire), nous avons fait un constat. En effet, certaines personnes ciblées sont dans des ménages de niveau économique élevé. La présente recherche a pour but de comprendre pourquoi ces personnes ont été sélectionnées par les CVS.

Méthodes : l'approche est qualitative exploratoire à visée descriptive, complémentaire et subséquente à une étude quantitative. Des récits de vie et des entretiens individuels ont été réalisés auprès de 54 indigents sélectionnés par un échantillonnage aléatoire stratifié. L'analyse thématique de contenu a été effectuée.

Résultats : les indigents identifiés par la communauté sont le plus souvent des personnes âgées, incapables de travailler pour se prendre en charge en raison du poids de l'âge ou d'une maladie chronique. Toutefois certains d'entre eux ont un niveau de consommation non pauvre. Cela s'explique par le fait qu'ils bénéficient de la solidarité locale pour les besoins alimentaires. Cependant, les difficultés quant à l'accès aux soins de santé demeurent.

Discussion : la communauté perçoit la pauvreté au-delà de l'aisance économique. La dimension sociale de la pauvreté (dont l'incapacité de l'individu à participer pleinement à la vie de la communauté) a largement déterminé l'identification d'indigents dans des ménages dont le niveau économique est *a priori* élevé. Le processus communautaire a permis de retenir ces personnes qui, sur la base des éléments contextuels, n'ont pas forcément accès aux ressources des ménages pour des soins de santé.

Mots-clés : Coûts des soins de santé ; Disparités d'accès aux soins ; Marginalisation sociale ; Participation des consommateurs ; Recherche participative communautaire ; Burkina [sic] ; Indigence médicale.

➔ Summary

Introduction: To increase the financial access to health care for indigents, an action research was conducted in Burkina Faso. Based on a community approach, village committees identified indigents who were exempt from payment of health care fees. Quantitative analysis of the food expenditure of selected households (to assess the efficacy of the community-based selection) showed that some of the indigents selected came from households with a high economic level. This research was designed to explain why these people were identified by the Village Selection Committees (VSC).

Methods: This study was based on a qualitative exploratory descriptive approach, complementary and subsequent to a quantitative study. Life stories and individual interviews were conducted with stratified random sampling of 54 indigents. Thematic content analysis was performed.

Results: Indigents identified by the community are usually elderly, unable to work because of old age or chronic illness. However, some of them came from households with a high level of consumption, which can be explained by the fact that they benefit from community aid for their food needs. However, they present persistent difficulties of access to health care.

Discussion: The community perceives poverty in terms other than simply economic aspects. The social dimension of poverty (including the inability to fully participate in community life) has a major impact on the choice of the CVS, leading to the selection of indigents from households that appear to have a high economic level. This community process which takes into account contextual factors, identified these people who do not necessarily have access to the household resources for health care.

Keywords: Health Care Costs; Health Care Disparities; Social Marginalization; Consumer Participation; Community-Based Participatory Research; Burkina Faso; Medical Indigency.

¹ Département biomédical et santé publique, Institut de Recherche en Sciences de la Santé – Ouagadougou (IRSS/CNRST) – Burkina Faso.

² Programme de doctorat en Sciences Humaines Appliquées (SHA) – Université de Montréal.

³ École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM).

⁴ Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM).

Introduction

À la suite de l'Initiative de Bamako (IB) en 1987, les politiques publiques sanitaires en Afrique ont privilégié le paiement direct. Dans sa formulation, l'IB prévoyait que des mesures d'exemption soient prises pour ceux qui ne peuvent pas payer. Toutefois, la mise en œuvre de l'IB a ignoré cette disposition [1]. Par conséquent, son application dans les formations sanitaires a réduit l'accès aux soins de santé d'une grande partie de la population pauvre, notamment au Burkina Faso [2, 3].

Afin de fournir les bases factuelles d'une application de cette disposition de l'IB, une recherche-action visant à exempter les indigents du paiement des services de première ligne a été mise en œuvre [1]. Cette recherche s'est déroulée de 2007 à 2011 dans le district sanitaire de Ouargaye au Burkina Faso, où l'agriculture traditionnelle de type extensif est la principale activité de la population. Elle a permis de tester la capacité de la communauté à sélectionner et à prendre en charge les indigents.

Le processus d'identification des indigents s'est fait en cascade et de manière participative. Des comités villageois de sélection (CVS) mis en place dans tous les villages relevant de l'aire sanitaire de chaque Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) ont été formés sur les objectifs et la stratégie de mise en œuvre pour la sélection des indigents. À partir d'une définition consensuelle de l'indigent (« *un démuné extrême socialement et économiquement, incapable de se prendre en charge et sans soutien endogène ou exogène* ») qui a été traduite dans les langues locales, les CVS (257) ont établi des listes d'indigents (2 645 personnes). Ces listes ont servi de base pour la sélection effectuée par les Comités de Gestion des formations sanitaires (Coges). Ces derniers ont retenu au final 1 097 indigents (soit 41,47 %).

Afin d'étudier si la sélection communautaire a permis d'identifier des personnes situées en deçà des seuils de pauvreté et de pauvreté extrême, l'évaluation de l'efficacité du ciblage a été réalisée en 2007 par une enquête quantitative¹ [4]. Une mesure du niveau de pauvreté approché par la mesure de la consommation des ménages où vivent les indigents identifiés a été réalisée. L'approche était essentiellement économique, car il était nécessaire de comparer cette sélection locale d'indigents à un étalon

dont la représentation était nationale. Ainsi, une mesure de référence nationale de la pauvreté a été utilisée pour juger de l'admissibilité des personnes à l'exemption du paiement. Il s'agit du seuil national de pauvreté calculé en fonction de la consommation des ménages pour satisfaire leurs besoins de base. Ce seuil prend en compte à la fois les besoins alimentaires et non-alimentaires des ménages et permet l'identification des ménages qualifiés de pauvres (économiquement). Après un ajustement qui tient compte de l'inflation, le seuil de pauvreté en 2010 a été estimé à 100 000 CFA de dépenses par an et par personne. Pour classer les individus selon leur degré de pauvreté, l'indice des dépenses monétaires a été évalué. Il a été déterminé sur la base des résultats de l'enquête réalisée dans les ménages où vivent les indigents sélectionnés par les communautés. L'indice de dépenses est la somme des principales utilisations des revenus du ménage. Il prend en compte toutes les utilisations possibles des revenus puisqu'il inclut en plus des acquisitions de biens et services de consommation (santé, éducation, alimentation, etc.), l'autoconsommation, l'épargne et les autres transferts. À défaut d'une estimation directe des revenus du ménage (difficile dans ces contextes), l'indice des dépenses en donne une idée très proche. Sont alors déclarées pauvres, les personnes dont l'indice de dépenses des ménages par personne est en dessous de la ligne de pauvreté.

L'analyse a montré que les biais d'inclusion et d'exclusion sont minimes [1], mais ce ciblage reste très sélectif car il n'a concerné que quatre pour mille de la population totale du district (1 097 indigents pour 270 000 habitants). Par ailleurs, l'évaluation du ciblage communautaire montrait que certains indigents vivaient dans des ménages du quintile le plus supérieur² (tableau I : Q5),

Ces résultats quantitatifs sont donc *a priori* étonnants. Les dépenses annuelles de consommation par personne du quintile supérieur n'en faisaient pas des riches en termes absolus, mais plaçaient cependant ces ménages au-dessus du seuil de pauvreté au Burkina Faso. Toutefois, pour des commodités sémantiques ces ménages seront appelés « ménages aisés ». Comment est-il possible que des individus soient reconnus comme indigents par la communauté alors qu'ils vivent dans des ménages dont le niveau de dépenses qualifie d'aisés ?

² Les recherches sur la pauvreté, notamment la pauvreté relative (Razafindrakoto et Roubaud, 2001), organisent habituellement les populations en segments de 20 % à partir de leur niveau économique, désignés sous le vocable « quintile ». Les quintiles de notre recherche ont été nommés : extrêmement pauvres (Q1), pauvres modérés, niveau de vie moyen, non pauvres, riches (Q5), même si on comprend que les riches sont finalement les moins pauvres dans ce contexte.

¹ Faute de place, nous renvoyons le lecteur à l'article Ridde *et al.* (2010) qui présente l'ensemble des détails méthodologiques de cette enquête quantitative.

Tableau I : Répartition des ménages en quintiles selon les dépenses moyennes de consommation par an et par personne

Quintiles	Effectif	Revenus moyens (/pers/an)	Revenus medians (/pers/an)	Pourcentage
Q1 (inférieur)	564	42 200	31 500	24,2
Q2	494	55 000	40 600	21,2
Q3	434	62 900	52 900	18,6
Q4	428	76 200	64 600	18,4
Q5 (supérieur)	410	126 000	102 000	17,6
TOTAL	2 330	72 500	57 800	100,0

Méthodes

L'objectif de l'étude est de comprendre pourquoi des personnes vivant dans des ménages classés économiquement aisés ont été considérées comme indigentes par les CVS. Sur la base de notre connaissance du milieu, nous avons formulé deux hypothèses³ pouvant *a priori* expliquer le fait que plus de 400 personnes ont été identifiées comme indigentes alors qu'elles vivent dans des ménages théoriquement non pauvres. Nous pouvons supposer que ces personnes sont qualifiées d'indigentes par les communautés :

- parce qu'elles n'ont pas accès aux ressources de ces ménages ;
- sur la base d'autres critères que ceux de la pauvreté économique utilisée pour réaliser le classement des ménages.

Une approche qualitative exploratoire à visée descriptive, complémentaire et subséquente à l'étude quantitative (soit un devis séquentiel explicatif [5]) a été réalisée.

Des indigents des ménages du quintile 5, soit 410 individus, nous avons retenu comme population à l'étude que les indigents CVS et Coges sélectionnés en 2010, soit 349 indigents (216 CVS et 133 Coges)⁴. Compte tenu des ressources disponibles et de la profondeur d'analyse possible par l'approche qualitative, nous avons sélectionné un échantillon aléatoire stratifié de 54 indigents selon le type d'indigent (CVS et Coges) et le sexe (tableau II).

³ Une troisième hypothèse concerne le biais d'instrumentation, autrement dit des erreurs de mesure des dépenses des ménages, mais elle ne sera pas abordée ici car elle fera l'objet d'un autre article.

⁴ Nous avons retenu uniquement ces indigents dans le but de ne pas tenir compte de ceux sélectionnés par le COGES en 2007 mais exclus par le CVS en 2010, car ceux-ci n'ont plus le statut d'indigents en 2010.

Tableau II : Échantillon d'indigents retenus pour les entretiens qualitatifs

Type d'indigent	Sexe		Total
	H	F	
CVS	15	13	28
COGES	14	12	26
Total	29	25	54

Le récit de vie et l'entretien individuel ont été utilisés pour collecter les données auprès des indigents. Dans les situations où l'indigent souffrait d'un problème de santé mentale, des entretiens individuels ou des discussions informelles ont été réalisés avec le chef de ménage ou un agent de santé communautaire du village (ASC). Les ASC ont été notre porte d'entrée dans chaque village et avaient une assez bonne connaissance des indigents.

Au total, 60 ménages d'indigents ont été visités, 54 entretiens et récits de vie réalisés (7 pris en note manuellement et 47 enregistrés). Nous n'avons pas pu réaliser six entretiens car deux indigents étaient décédés et quatre étaient en déplacement au moment de l'enquête. La collecte des données s'est déroulée du 4 au 22 juillet 2011 dans les aires sanitaires de 17 CSPS du district de Ouargaye.

Lors des entrevues, les thèmes abordés ont été les suivants : caractéristiques sociodémographiques, vie présente, relation avec le groupe d'appartenance ou d'accueil, genèse de la dépendance, occupation professionnelle. L'étude a été autorisée par les comités d'éthique en santé du Burkina Faso et de Montréal.

L'analyse a été effectuée selon la méthode de l'analyse thématique [6]. Elle s'est faite en trois étapes. Nous avons d'abord transcrit tous les entretiens. Ensuite, nous avons vérifié la complétude des données et contrôlé la qualité des transcriptions à travers plusieurs écoutes des enregistrements et la lecture approfondie de tous les discours. Cela

nous a également permis de nous familiariser avec la structure relativement homogène des entretiens et de faire émerger des discours les principaux thèmes et catégories de réponses. Enfin, le logiciel QSR NVivo 8 a été mis à profit dans la phase d'organisation de l'analyse du corpus.

Résultats

Deux cas de figures ont été rencontrés lors de nos entretiens, soit des indigents chefs de ménage, soit des indigents simplement membres d'un ménage.

Chef de ménage indigent pourtant classé dans la catégorie « de ménage aisé »

Nous avons rencontré des ménages classés « aisés », selon la mesure économique de la pauvreté qui sont pourtant sous la responsabilité de personnes désignées comme indigentes par les CVS. Plusieurs éléments caractérisent ces chefs de ménage. Ils sont le plus souvent âgés de plus de 50 ans, incapables de travailler par eux-mêmes, et n'ayant jamais eu ou/plus d'enfants pour cultiver.

Dans ces ménages, les chefs sont incapables de travailler pour assurer une production agricole suffisante pour alimenter la famille. Cela résulte d'un affaiblissement physique du fait du poids de l'âge ou d'une maladie chronique invalidante.

Faisant allusion à son état de santé Rabanga⁵, chef de ménage de 70 ans, aveugle et visiblement fatigué explique : « J'ai mal au dos, c'est pourquoi je marche avec une canne. Le pied n'accepte pas que je marche. ».

À propos de son incapacité à travailler, à cause de la maladie, Lebendé, 71 ans, dit : « Je ne fais rien, je suis malade, comment je vais faire pour cultiver ? Ça fait environ dix ans [silence et toux]. C'est la maladie qui m'a affaibli. Je ne peux pas cultiver ni même aller au CSPS qui est en face ».

Aussi, il peut s'agir d'hommes ayant contracté plusieurs unions sans pour autant avoir un enfant. Ils se retrouvent à la vieillesse, soit célibataires, soit en union avec une veuve du même âge dans un ménage sans enfant. Dans d'autres cas, le chef de ménage est considéré comme n'ayant pas de fils car ces derniers sont en migration et ne

donnent plus de nouvelles : « J'ai eu un enfant mais il est en Côte d'Ivoire, ça fait environ dix ans qu'il ne revient plus nous voir. Je n'ai jamais eu de ses nouvelles » Wéfo, 75 ans. Dans certains cas, l'absence de fils est due à leur décès. Paka, veuve de 65 ans, chef de ménage ayant à sa charge deux enfants de son défunt fils unique explique : « Ce sont mes petits enfants. Mon mari est décédé, me laisse avec nos trois enfants un garçon et deux filles. Je les ai élevés toute seule sans vouloir un autre mari de sa famille. Si j'avais pris un mari dans la famille (pratique du lévirat⁶), je serais sous la responsabilité de ce dernier, ce qui aurait entraîné la perte des terres héritées de mon défunt mari. Mes enfants n'alliaient rien avoir. Malheureusement, mon fils unique a grandi et est mort. Je vis avec mes deux petits enfants, 12 ans et 9 ans ».

Dans d'autres situations, il s'agit de chefs de ménage âgés avec des fils jeunes incapables de travailler. Le récit de Lembila, 70 ans, est très illustratif de ce type de situation : « C'est mon fils, il a 13 ans, sa maman est décédée et nous sommes seuls dans la cour. J'ai eu sept enfants mais ils sont tous finis ». Certaines personnes n'ont eu que des filles. En milieu rural Yanna – où se déroule l'étude – le garçon est celui qui assure les vieux jours des parents, car il hérite des terres et du bétail pour assurer la continuité de la production agricole. La fille appelée au mariage quittera le domicile parental pour une autre demeure. Elle devient ainsi plus utile pour ses beaux-parents que pour son patrilignage. Les personnes n'ayant eu que des filles sont considérées comme n'ayant pas eu d'enfants.

Rabanga, 70 ans, explique : « Mais je n'ai pas eu d'enfants. Ma femme est décédée laissant deux enfants (des filles). Elles sont mariées. Je n'ai pas eu de garçon ». À la question de savoir si les filles ne sont pas des enfants, il répond : « Oui ce sont des enfants, mais au Yanga ici, si tu n'as pas eu de garçon, on dit que tu as raté. Sinon l'essentiel est que Dieu te donne un enfant. Si c'est un garçon c'est bon, c'est une fille c'est bon. Mais les gens disent que les filles ne peuvent pas t'arranger ».

Les sources de revenus qui influencent le classement des ménages

Il apparaît que même si ces indigents chefs de ménage n'ont pas de fils, ou sont dans l'incapacité physique de se prendre en charge, ils disposent néanmoins d'autres sources de revenus qui leur permettent de survivre même

⁵ Tous les prénoms utilisés sont fictifs.

⁶ En effet, après la mort du mari, la famille impose à la veuve l'un des frères directs du défunt ou cousins, neveux, etc. Cette pratique consiste à maintenir la veuve dans la famille avec ou contre son gré.

si elles ne sont pas régulières : la solidarité locale et les activités génératrices de revenus nécessitant peu d'effort physique.

La solidarité de l'entourage se manifeste généralement à travers le don en espèce ou en nature (nourriture, mil, laboure de champ, semence). Ces marques de solidarité sont l'œuvre de cousins, de neveux, de frère et sœur ou alors d'habitants du village. Le cas de Rabanga, 70 ans célibataire sans fils qui bénéficie du soutien du chef de village, de ses voisins et de ses filles est illustratif : « *Celui qui me donne à manger et lave mes habits est le chef de ménage d'à côté, [en indiquant une maison voisine à la sienne] Je fais écraser le mil et j'appelle un enfant qui vient préparer pour moi. Quand mes filles viennent, elles restent six à sept jours, elles cuisinent pour moi. Je cultive un peu pour ne pas avoir à demander du mil pour ma fille qui est mariée [...], mais si mon mil finit c'est le chef de Tensobtenga [chef du village], qui me nourrit. Si les maris de mes filles gagnent du mil elles viennent me donner de la farine. Aussi, l'argent ne peut pas me manquer. Toute personne qui vient ici me donne 100 F* ».

Afin de compenser la faible capacité de production agricole, certains chefs de ménage exercent des activités génératrices de revenus périodiques nécessitant peu d'effort physique : l'élevage de volaille ou des travaux manuels (tissage de cotonnade, vannerie). Les revenus générés servent aux dépenses des ménages.

Expliquant la source de ses revenus, Yembila, 81 ans, veuf dont les fils sont absents s'exprime en ces termes : « *Même si c'est une de mes poules je peux vendre. J'élève des poules* ». De même Larba, 50 ans célibataire et malade, nous décrit son activité occasionnelle de fabrique de chaises en bois : « *Je confectionne des chaises dont la vente me procure un peu d'argent. Je n'arrive pas à faire des économies. C'est juste pour me nourrir.* »

Cette solidarité occasionnelle de l'entourage ainsi que les activités génératrices de revenus périodiques pourraient expliquer le fait que les ménages dont ils ont la responsabilité ont été classés lors de l'étude quantitative comme ayant des revenus élevés. En revanche, ces sources de revenus sont peu mobilisables pour les soins de santé.

Des ménages « aisés » dont certains membres ont été identifiés comme indigents

Les indigents sont parfois simplement des membres de ménages qui ont la possibilité d'accéder aux biens des ménages, en particulier les biens de consommation (repas, vêtements).

Dans la majorité des cas, ces indigents issus des ménages aisés sont très âgés, veuves/veufs, célibataires (sans enfants ou n'ayant eu que des filles) et ayant un lien par alliance avec le chef de ménage (belle-mère, tante, oncle, nièce, neveu).

Soumé, 85 ans, veuve, sans enfant, aveugle vivant dans le ménage des neveux de son défunt époux décrit les actes de solidarité dont elle bénéficie : « *Ma vie est belle. C'est ma belle-fille qui prépare pour moi, qui lave mes habits et fait tout pour moi* ». Pour le chef de ménage : « *C'est notre maman. C'était la femme à mon oncle, comme elle n'a pas d'enfant je m'occupe d'elle* ».

Ces personnes, jeunes ou vieilles, souffrent d'une maladie chronique, ou d'un handicap physique invalidant (filariose, cécité, épilepsie). Amina, 30 ans, célibataire handicapée physique, orpheline de père et de mère décrit la solidarité des membres du ménage dans lequel elle vit : « *Je ne suis pas mariée, c'est à cause de ma maladie. Je ne peux pas travailler, je ne peux pas puiser l'eau, donc c'est compliqué. Dans cette maison, ce qu'on mange c'est ce que je mange, quand je suis malade, il [l'oncle qui est son tuteur] m'amène à l'hôpital et assure le paiement des médicaments selon ses moyens* ».

En plus du poids de l'âge et de la maladie chronique, la santé mentale précaire est aussi un point commun à certains de ces indigents. Avec le soutien alimentaire, une attention particulière leur est souvent accordée par les membres du ménage. Aveugle, déficient mental, vivant avec une femme déficiente mentalement et physiquement, Tilado, 70 ans, décrit ses rapports avec le chef de ménage : « *Ce sont ceux avec qui je vis qui s'occupent de moi et de ma famille. C'est mon frère. Comme je n'ai plus de force, je pars souvent au champ les aider à arracher des herbes. Ils nous aident, seulement ils ne nous donnent pas d'argent. En cas de maladie, on nous amène à l'hôpital et ils paient les médicaments jusqu'à ce que la santé revienne.* ». À propos de Pissiba, célibataire de 30 ans épileptique avec des crises fréquentes, et souffrant d'une déficience mentale, incapable de travailler, le chef de ménage explique : « *Mon frère, je le prends en charge. Si c'est la nourriture il n'y a pas de problème, nous partageons ce que mes femmes préparent. Mais l'achat des médicaments pour calmer ses crises fréquentes n'est vraiment pas facile pour moi. Surtout si au même moment il y a des enfants qui sont aussi malades, ça devient compliqué* ».

En somme, ce serait donc ces caractéristiques de vulnérabilité (âge, maladie chronique, déficience mentale ou physique) qui auront retenu l'attention des CSV dans leurs critères de sélection de ces personnes.

Discussion

Les limites du concept de ménage

Le concept de ménage est un point de départ de notre étude, puisqu'il nous a permis d'ordonner les ménages en fonction de leur niveau de pauvreté (étudié selon leurs dépenses) et ainsi de faire émerger la question de recherche. Rappelons que notre question de recherche qualitative résulte d'une recherche quantitative qui s'est appuyée sur le concept de ménage vu par les démographes, passage obligatoire pour évaluer l'efficacité du ciblage.

Lacombe [7] soutenait qu'en Afrique, la réalité de la famille se conçoit différemment selon les disciplines. L'anthropologie culturelle privilégie la parenté par alliance et la filiation. Les économistes et les démographes, quant à eux, préfèrent le concept de ménages qui leur permet de se focaliser sur les liens économiques entre des individus vivant ensemble.

Aujourd'hui, en Afrique, les chercheurs quantitatifs s'inspirent toujours de la définition classique de ménage pour réaliser des enquêtes [8]. Des raisons méthodologiques motivent le choix de cette définition qui permet de disposer d'un concept opératoire pour leurs enquêtes : « *fût-ce pour le soumettre à la critique d'autres disciplines* » [9]. Le ménage est considéré comme : « *l'unité socio-économique de base, au sein de laquelle les différents membres sont apparentés ou non. Ils vivent généralement ensemble dans la même demeure, mettent en commun leurs ressources et satisfont en commun à l'essentiel de leurs besoins alimentaires et autres besoins vitaux. Ils reconnaissent en général l'autorité d'un des membres du ménage en tant que chef de ménage, indépendamment du sexe de celui-ci* ». C'est aussi la définition qu'utilise l'Institut National des Statistiques et de la Démographie du Burkina Faso et celle que nous avons utilisée dans cette recherche.

Si plusieurs auteurs ont travaillé sur la démographie des ménages et de la famille en Afrique [10], les enjeux conceptuels demeurent toujours autour de la question du ménage. Le concept de ménage a longtemps fait l'objet de nombreuses critiques, qui n'ont pas permis la définition d'un concept unique [11]. Certains estiment qu'il est opérationnel comme concept pratique, mais ne coïncide pas toujours avec une réalité sociale ou un vécu des individus. En effet la définition prend en compte le critère de résidence, économique et de parenté, mais comporte des limites puisque l'unité résidentielle ne coïncide pas toujours avec les unités de production et de consommation qui peuvent être

différentes [12]. Bien que le ménage soit une unité de collecte pertinente, il donne une image déformée de la réalité familiale, limitée au cercle des co-résidents et loin de correspondre à l'entourage familial effectif [13].

Dans le cadre de notre étude, des personnes considérées comme indigentes, ont été identifiées dans des ménages théoriquement aisés. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le concept de ménage en lui-même ne permet pas de capter les vécus réels des individus dans une communauté. L'objectif de la recherche quantitative était de comparer les données recueillies dans les ménages avec celles nationales afin de vérifier si les indigents faisaient vraiment partie des plus démunis économiquement. La seule approche méthodologique possible pour réaliser une telle évaluation était donc celle des économistes et des démographes faisant appel au concept de ménage. Ainsi, pour des raisons méthodologiques, la présente étude et la question de recherche associée ont pris origine dans une enquête quantitative dont la définition du concept de ménage était nécessairement associée à la nature des données quantitatives disponibles. Le recours à un tel concept n'est pas sans limite méthodologique et ouvre de nouvelles pistes de recherche. Cependant, il était guère possible de ne pas l'utiliser pour évaluer l'efficacité du ciblage, au risque de ne pas pouvoir fournir des preuves factuelles aux décideurs en réclamant.

Inégal accès aux ressources au sein du ménage

Les résultats de la mesure économique de la pauvreté montrent que plus de 17 % des ménages où vivent les indigents sélectionnés par la communauté avaient des dépenses individuelles de consommation annuelle les situant dans le quintile supérieur. Nous pensions que la présence des indigents dans des ménages aisés pouvait être la conséquence d'une inégalité interne au ménage, c'est-à-dire que l'individu vit une exclusion et ne bénéficie pas des ressources du ménage au même titre que les autres membres. Or, les données empiriques semblent infirmer cette hypothèse de départ. Si les besoins de nourriture sont assurés, ce n'est apparemment pas le cas pour les dépenses de santé. Nous constatons que ces personnes ne sont donc pas victimes d'une exclusion sociale au sein des ménages et ils bénéficient du respect et de la considération des autres membres du ménage ainsi que de la famille en général. En revanche, l'accès aux ressources pour les soins de santé n'est pas systématique. Nos entretiens montrent que les indigents souffrent de maladies chroniques nécessitant des traitements permanents. Or, vu le contexte, les ménages sont

dans l'impossibilité d'assurer des traitements de longue durée. En effet, la mesure de la répartition et des inégalités internes aux ménages s'avère difficile lorsque l'analyse se limite aux revenus et à la consommation, car les données disponibles ne rendent généralement pas compte directement des dépenses de consommation des individus. Les dépenses, ou le revenu par personne d'un ménage, sont calculées en divisant les ressources du ménage par le nombre de personnes qui le compose. Aussi imparfait soit-il, c'est le seul outil méthodologique disponible pour réaliser une telle analyse, qui cependant ne permet pas une mesure systématique des inégalités internes aux ménages [14]. Ainsi, il est possible de constater un accès inégal des membres aux ressources du ménage sans pour autant être capable de le mesurer, car le fait de se fier exclusivement aux informations fournies par les ménages peut conduire à sous-estimer les inégalités et la pauvreté [15]. À titre d'exemple, Béatrice Nikiema [16] dans une tentative de conceptualisation de la « capacité à mobiliser les ressources » pour payer les soins au Burkina Faso, aborde les facteurs susceptibles d'influencer l'inégalité d'accès aux ressources au sein d'un ménage. Les conventions sociales qui se traduisent dans le ménage par une définition des rôles de chaque membre (qui fait quoi, qui peut prendre une décision) va de pair avec la faible capacité des femmes à mobiliser les ressources et rend complexe la réponse à leurs besoins de soins. Ainsi, la perception (et la réalité) inégale du poids contributif de chaque membre adulte à la production des biens du ménage peut influencer « le soutien social et économique » qui leur est accordé en cas de besoin de soins. Une étude menée par Nougara [17] au Burkina Faso dans le domaine de la santé confirmait cette inégalité dans l'allocation des ressources du ménage entre membres productifs et non productifs. Il montrait que la priorité était accordée aux adultes malades au détriment des personnes âgées et des enfants malades [18]. Au Sénégal, Baxerres et Le Hesran [19] ont montré que la solidarité communautaire n'est pas toujours mobilisée pour financer le traitement des enfants en cas de suspicion d'accès palustre (fièvre).

Des recherches menées en Guinée, concordent pour montrer que le principe directeur qui guide l'allocation des ressources en cas de besoin est la capacité de travailler et de produire de la richesse pour le ménage [20]. Ainsi, les dépenses de santé sont toujours réservées prioritairement à ceux qui soutiennent cette production [21]. En Inde, Behrman montre que face au dilemme productivité - équité dans l'allocation de la nourriture, les préférences des parents vont vers les adultes productifs [22]. Ainsi, même si les considérations d'équité ne sont pas négligées, celles

qui visent à assurer la prospérité du ménage l'emportent souvent [21].

Nous pensons donc que le faible poids contributif des indigents à la production des biens des ménages pourrait influencer leur capacité à mobiliser les ressources du ménage pour leurs dépenses de soins de santé.

Les données empiriques montrent clairement que les indigents membres des ménages aisés dans notre échantillon accèdent aux ressources alimentaires des ménages, mais ont une faible capacité à mobiliser systématiquement les ressources monétaires pour accéder aux soins de santé en cas de maladie. Ils sont perçus comme une charge pour ces chefs de ménage au regard de leur incapacité à contribuer à la production du ménage qui selon nous, influence leur capacité à mobiliser les ressources.

De ce fait, leur sélection par les CVS qui leur donne droit à une exemption de paiement des soins est un soulagement, non seulement pour l'indigent, mais aussi pour le membre de ménage responsable de l'allocation des ressources. Rappelons que même si les données classent les ménages dans la catégorie de « ménage aisé », il n'en demeure pas moins que l'intervention se déroule dans un contexte de ressources limitées et de pauvreté très généralisée.

Dimension sociale de la pauvreté

Une des raisons qui justifie la présence d'indigents dans des ménages économiquement aisés pourrait être liée au fait que les personnes ont été considérées indigentes sur la base d'autres critères non économiques. Au regard des données empiriques, nous sommes tentés de dire que la perception de la pauvreté et de l'indigence vue par la communauté, va au-delà de l'aisance économique. La mesure économique montre des personnes vivant dans des ménages aisés, qui ont été considérées comme indigentes par les communautés. Même s'ils ont dans la majorité des cas tenu compte des avoirs des ménages lors de la sélection, il nous semble que dans certaines situations l'accent a plutôt été mis sur la capacité de production. Dans la totalité des cas, il s'agit de personnes incapables de se prendre en charge sans un soutien extérieur. Les entretiens montrent qu'il s'agit de malades chroniques.

Tous partagent des caractéristiques communes liées à la vulnérabilité, soit le poids de l'âge, la maladie et la déficience mentale ou physique. Il nous semble donc que les membres de la communauté ayant sélectionné les indigents ont considéré des dimensions autres que les ressources monétaires. Ce serait donc ces caractéristiques de vulnérabilité individuelle, et le non accès aux ressources pour les

soins de santé, plutôt que le revenu (des ménages, calculés lors de l'enquête quantitative), qui auront retenu l'attention des CSV dans leurs critères de sélection de ces personnes. Razafindrakoto, [23] rapporte que les pauvres sont ceux qui sont alors incapables de satisfaire aux besoins essentiels en raison d'un manque de capacité (santé déficiente, éducation insuffisante, déséquilibres nutritionnels, etc.). On pourrait aussi dire que l'incapacité de l'individu à participer pleinement à la vie de la communauté a guidé le choix. Aye *et al* [24] rapportent que la solidarité dans une communauté est liée au niveau d'implication sociale des individus (événements sociaux). Les membres dans l'incapacité de participer à cette vie communautaire bénéficient moins de la solidarité et mobilisent moins les ressources, surtout non alimentaires. Cela nous ramène à la situation des indigents (chefs de ménage ou des indigents membres de ménage) bénéficiant de la solidarité locale limitée qui ne peut s'étendre au paiement des soins de santé.

La pauvreté est souvent d'abord perçue comme une insuffisance ou une détérioration des liens qui attachent l'individu à une communauté de vie. Cette pauvreté peut résulter, de l'absence d'enfants ou de parents [25]. Dans un contexte africain rural où les enfants sont « la richesse des parents », on pourrait comprendre le choix des indigents fait par les CVS et les COGES. Le contrat intergénérationnel, bien qu'il s'effrite, rend les enfants responsables de la prise en charge de leurs parents [26]. Peu d'indigents chefs ou membre d'un ménage « aisé » ont des enfants. La carte d'indigent qui donne droit à une exemption du paiement des soins vient alors palier à cette solidarité limitée face aux dépenses de santé.

La pertinence de l'approche communautaire de sélection des indigents réside dans le fait qu'elle permet d'aller au-delà des seules variables instrumentales comme le revenu ou la disponibilité des ressources. Elle inscrit l'analyse de la pauvreté dans un cadre multidimensionnel incluant les capacités de la personne à accéder aux ressources disponibles et surtout à pouvoir les convertir pour satisfaire ses besoins essentiels tel que la santé [27].

Conclusion

Cette étude montre que les indigents vivant dans des ménages économiquement aisés sont incapables de se prendre en charge, mais bénéficient de la solidarité de leur entourage (repas quotidien, vêtement, etc.). Par contre, le plus difficile pour eux semble être l'accès aux ressources

pour payer les soins de santé en cas de maladie. Ainsi, la sélection communautaire, même si elle a été jugée très rigoureuse, a prouvé son efficacité dans l'identification des plus pauvres [1]. La présente étude montre que l'approche communautaire de sélection des indigents prend en compte les perceptions locales de la pauvreté, notamment la dimension sociale, tel que cela avait été prévu à l'origine. Ainsi, elle a permis de toucher des personnes que les données économiques classent dans la catégorie des ménages à revenu élevé (et donc qui n'auraient pas été retenus pour l'exemption du paiement sur cette seule base) qui pourtant, sur la base des éléments contextuels, n'ont pas forcément accès aux ressources de ces ménages pour se soigner en temps opportun. Leur permettre de bénéficier de l'exemption du paiement ne fait pas d'eux des exclus sociaux, mais les protège de l'exclusion des soins de santé et leur procure une sérénité en les libérant de l'angoisse liée à l'incertitude d'accéder aux soins de santé en cas de maladie [28]. Ces exemptions permettent également de soulager les chefs de ménage aisés et les évitent de se décourager dans leurs efforts de solidarité.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Remerciements et source de financement

Nous tenons à remercier Moctar Ouedraogo et Aristide Romaric Bado qui nous ont soutenus dans l'analyse des données quantitatives, ainsi que toutes les personnes qui ont participé aux entretiens. La recherche a été possible grâce au financement de l'Agence canadienne de développement international (CRDI) et avec l'appui de l'Initiative de recherche en santé mondiale (IRSM), un partenariat de financement collaboratif de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada. V. Ridde est nouveau chercheur des Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC).

Références

1. Ridde V. L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues. Montréal, Les Presses de l'université de Montréal; 2012.
2. Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health policy and planning*. 1997;12(4):273-85.
3. Sakho M, Yonli L. Backstopping sur le recouvrement des coûts dans la région sanitaire de Kaya (01-13 décembre 1997). Burkina Faso: Ministère de la santé, SCPB, 1997.
4. Ridde V, Haddad S, Nikiema B, Ouedraogo M, Kafando Y, Bicaba A. Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a

- community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees. *BMC public health*. 2010;10:631.
5. Pluye P. Les méthodes mixtes pour l'évaluation des programmes *In*: Ridde V et Dagenais C, editor. Dans : *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Presses de l'Université de Montréal 2012.
 6. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences sociales et humaines*. Armand Colin, Paris ; 2003.
 7. Lacombe B. *Ménage et famille en démographie : concepts, données, méthodes*. 1975.
 8. Salan-Diakanda M. Problèmes conceptuels et pratiques liés aux informations disponibles sur la structure des ménages en Afrique ainsi qu'à son analyse. *Congrès africain de la population* ; Dakar 1988.
 9. Locho T. Ménage et famille en Afrique : bilan, enjeux et perspectives de la recherche. *In*: Pilon M, Hertrich V, editors. *Aller au-delà du ménage : pour de nouvelles approches démographiques* CEPED-ENSEA-INS-ORSTOM-URD seminar, Lome, December, 4-9 décembre 1995.
 10. Pilon M, Locoh T, Vignikin É, Vimard P. *Ménages et familles en Afrique : approches des dynamiques contemporaines* 1997.
 11. Locoh T. Structures familiales : l'apport de la démographie. *In*: Pilon M, Locoh T, Vignikin E, Vimard P, editors. *Ménages et familles en Afrique : approches des dynamiques contemporaines*, paris : les études du ceped ; 1997. p. 424
 12. Gastellu JM. Mais où sont donc ces unités économiques que nos amis cherchent tant en Afrique ? *In*orstom, editor. 1980.
 13. Tichit C, Robette N. Appréhender la composition familiale des ménages dans les Enquêtes Démographiques et de Santé : *Centre Population et Développement* ; 2008.
 14. Coudouel A, Hentschel J, Wodon Q. *Mesure et analyse de la pauvreté*. 2002.
 15. Haddad L, Kanbur R. How serious is the neglect of intra-household inequality? *The Economic Journal*. 1990;Vol. 100, No. 402:866-81.
 16. Nikièma B, Haddad S, Potvin L. Women bargaining to seek health-care: Norms, domestic practices, and implications in rural Burkina Faso. *World Development*. 2008;36(4):608-24.
 17. Nougara A. Assessment of MCH services offered by professional and community health workers in the District of Solenzo, Burkina Faso: utilization of MCH services. *Journal of Tropical Pediatrics*. 1989;35:2.
 18. Roger Petitjean M. *Accès aux soins des enfants confiés en milieu urbain africain: le cas de Bobo Dioulasso*. 1999.
 19. Baxerres C, Le Hesran JY. Quelles ressources familiales financent la santé des enfants ? *Revue Tiers Monde*. 2010(2):149-65.
 20. Evans T. The impact of permanent disability on rural households: river blindness in Guinea. *IDS bulletin*. 1989;20(2):41-8.
 21. Sauerborn R, Berman P, Nougara A. Age bias, but no gender bias, in the intra-household resource allocation for health care in rural Burkina Faso. *Health transition review*. 1996;6(2):131-45.
 22. Behrman JR. Nutrition, health, birth order and seasonality: Intra-household allocation among children in rural India. *Journal of Development Economics*. 1988;28(1):43-62.
 23. Razafindrakoto M, Roubaud F. Les multiples facettes de la pauvreté dans un pays en développement: le cas de la capitale malgache. *Document de travail DIAL*. 2001(2001-07):41.
 24. Aye M, Champagne F, Fournier P, Rivard M. Capital social et nouvelles formes de solidarité en Afrique subsaharienne: cas de la commune rurale d'Agou, Côte d'Ivoire. *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*. 2001;22(3):697-720.
 25. CNS/BF, Faso CNDSDDB. Conditions de vie des ménages 2013 [cited 2013 31-05-2013]; Available from: <http://www.cns.bf/spip.php?article189>.
 26. Roth C. Les relations intergénérationnelles sous pression au Burkina Faso. *Autrepart*. 2010(1):95-110.
 27. Sen A. *Un nouveau modèle économique*. Développement, Justice. Liberté, Éditions Odile Jacob, Paris. 2000.
 28. Samb OM, Ridde V. Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'empowerment des communautés au Burkina Faso. *Canadian Journal of Public Health*. 2012;103(7):S20-S5.