

Université de Montréal

**La gratuité des soins et ses effets sociaux : entre
renforcement des capacités et du pouvoir d’agir
(*empowerment*) au Burkina Faso**

par

Oumar Mallé Samb

École de santé publique
Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté de médecine
en vue de l’obtention du grade de doctorat en santé publique
Option organisation des soins

Juillet 2014

© Samb, Oumar Mallé 2014

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

La gratuité des soins et ses effets sociaux : entre renforcement des capacités et du pouvoir
d'agir (*empowerment*) au Burkina Faso

présenté par :
Oumar Malla Samb

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

André Pierre Contandriopoulos, président-rapporteur
Valéry Ridde, directeur de recherche
Lambert Farand, membre interne
Sanni Yaya, examinateur externe
Danielle D'amour, représentant du doyen de la FES

Résumé

La documentation sur les interventions de gratuité sélective des soins est encore insuffisante et surtout focalisée sur leurs effets au niveau de l'utilisation des services de santé ou de la réduction des dépenses catastrophiques. Leurs effets sociaux sont occultés par les recherches.

L'originalité de cette thèse tient au fait qu'elle constitue la première recherche qui s'est consacrée à cela. Ses résultats sont structurés en quatre articles.

Le premier article montre que la gratuité sélective des soins est socialement acceptée, car elle est vue comme contributive au renforcement du lien social. Toutefois, le choix des cibles bénéficiaires est remis en cause. Au nom d'arguments moraux et humanitaires, les communautés préfèrent inclure les personnes âgées dans le ciblage, quitte à les substituer aux plus pauvres, les indigents. Néanmoins, le ciblage des indigents n'a pas entraîné de stigmatisation.

Le deuxième article souligne que la fourniture gratuite de soins aux populations par les villageois membres des comités de gestion des centres de santé a contribué au renforcement de leur pouvoir d'agir et celui de leur organisation. Cependant, pour que la participation communautaire soit effective, l'étude montre qu'elle doit s'accompagner d'un renforcement des compétences des communautés

Le troisième article soutient que la suppression du paiement des soins a permis aux femmes de ne plus avoir besoin de s'endetter ou de négocier constamment avec leurs maris pour disposer de l'argent des consultations prénatales ou des accouchements. Ce qui a contribué à leur *empowerment* et rendu possible l'atteinte d'autres réalisations au plan sanitaire (augmentation des accouchements assistés), mais aussi social (renforcement de leur position sociale).

Le quatrième article s'est intéressé à étudier la pérennité de ces interventions de gratuité des soins. Les résultats suggèrent que le degré de pérennité de la prise en charge des indigents (district de Ouargaye) est moyen correspondant au degré le plus élevé dans une organisation alors que celui de la gratuité des accouchements et des soins pour les enfants (districts de Dori et de Sebba) est précaire. Cette différence de pérennité est due principalement à la différence

d'échelle (taille des populations concernées) et d'ampleur (inégalité des ressources en jeu) entre ces interventions. D'autres facteurs ont aussi influencé cette situation comme les modalités de mise en œuvre de ces interventions (approche projet à Dori et Sebba *vs* approche communautaire à Ouargaye)

Au plan des connaissances, l'étude a mis en exergue plusieurs points dont : 1) l'importance de prendre en compte les valeurs des populations dans l'élaboration des réformes ; 2) la pertinence sociale du ciblage communautaire de sélection des indigents ; 3) la capacité des communautés à prendre en charge leurs problèmes de santé pourvu qu'on leur donne les ressources financières et la formation minimale ; 4) l'importance du processus de pérennisation, notamment la stabilisation des ressources financières nécessaires à la continuité d'une intervention et l'adoption de risques organisationnels dans sa gestion ; 5) l'importance de la suppression de la barrière financière au point de services pour renforcer l'empowerment des femmes et son corolaire leur recours aux services de soins.

Mots-clés : gratuité des soins, politiques publiques, effets sociaux, pouvoir d'agir, capacité, Burkina Faso, ciblage, valeurs sociales, pérennité.

Abstract

The present evidence on free selective assistance of health care is still insufficient and mostly focused on their effects on the use of health services or the reductions of catastrophic expenses. Most times, their social dimension is often hidden.

The originality of this thesis lies on the fact that it is the first research that focused on the social effects of the free selective health care interventions. The results are structured under four articles.

The first article shows that free selective health care interventions are well accepted since it is seen as a contributor to reinforce social connection. However, the choice of the target recipients is questioned. For moral and humanitarian reasons, communities prefer the inclusion of older people in the target population in place of the poor. Yet, targeting the poor did not lead to stigmatization.

The second article showed that providing free health care to the population by the management committee members of the health centers contributed to strengthening their ability to act as well as that of their organization. Yet, for an effective involvement of the community, the study shows that their services must be followed by a reinforcement of their competence.

The third article supports the evidence that the removal of health fees has enabled women to no longer have the need to borrow or negotiate the approval of their husbands to have money for antenatal and deliveries care. As a result, it contributed to their empowerment and helped them to reach other health (increased of assisted childbirth) and social goals (elevating their social status.)

The fourth article explores the sustainability of free selective health care interventions. The results estimate that the sustainability level of free healthcare for indigent (Ouargaye) is medium corresponding to the highest level in an organization whereas the gratuity of childbirth and health care for children (Dori and Sebba) is precarious. This disparity is mainly caused by a scale difference (size of the population involved) and the magnitude (inequality of

the resources involved) between these interventions. Other factors such as the modalities of implementations of these interventions (project strategy in Dori and Sebba *vs* communal strategy in Ouargaye) played a role.

The study has lead to several outcomes such as: 1) The significance of taking into account the values of the population when planning reforms; 2) The efficiency and social significance of common targeting of the needy; 3) The ability of communities to get involved and take care of their health problems assuming that they are provided with financial resources and minimum training; 4) The importance of the process of sustainability especially the stabilization of financial resources necessary for the continuity of the intervention and the adoption of organizational risks in its management; 5) The importance of removing financial barriers to services in order to enhance women's empowerment and its corollary , their use of social services.

Keywords : free care, social effect, empowerment, capability, Burkina Faso, targeting, social values, sustainability.

Table des matières

Chapitre 1 : Introduction.....	1
1.1. Définition du problème et des objectifs de la recherche.....	2
1.2. Organisation de la thèse.....	4
Chapitre 2 : Revue de la littérature	6
2.1. L'accès aux soins des populations en Afrique de l'Ouest	6
2.2. L'abolition des paiements des soins en Afrique	8
2.3. Les enjeux du ciblage.....	12
2.3.1. Un soutien politique et social souvent précaire	12
2.3.2. Les méthodes et mécanismes de ciblage.....	14
2.4. Les effets sociaux des politiques sociales et sanitaires.....	18
2.4.1. Au niveau des valeurs	19
2.4.2. Au niveau de l'empowerment des communautés	21
2.4.3. Au niveau des ménages.....	27
2.4.4. Synthèse de la littérature.....	34
2.5. Cadre d'analyse.....	35
Chapitre 3. Méthodologie	39
3.1. Stratégie de recherche	39
3.2. Déroulement de la recherche	40
3.2.1. Population à l'étude	40
3.2.2. La collecte des données	43
3.3. Analyse des données	44
3.4. Validité de la recherche	45
3.5. Considérations éthiques	46
Chapitre 4. Résultats	48
4.1. Articles 1 : La pertinence sociale de la gratuité sélective des soins dans trois districts sanitaires burkinabés (Dori, Sebba, Ouargaye).....	49
4.2. Article 2 : Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l' <i>empowerment</i> des communautés au Burkina Faso.....	72

4.3. Article 3 : La gratuité des accouchements et des soins pour les enfants : une stratégie payante de renforcement des capacités des femmes au Burkina Faso	93
4.4. Article 4 : Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ?	130
Chapitre 5. Discussion générale.....	156
5.1. Apport empirique	157
Niveau macroscopique.....	157
Niveau mésoscopique	158
Niveau microscopique	162
5.2. Apport théorique	163
5.3. Apport méthodologique	165
5.4 Comment soutenir la transférabilité des résultats d'une recherche qualitative ?	168
5.5. Les limites de la recherche.....	171
Chapitre 6. Conclusion et perspectives.....	175
6.1. Pistes d'interventions	175
6.2. Pistes de recherche.....	177
Bibliographie.....	179
Annexe 1. Certificat d'approbation du comité éthique de l'Université de Montréal.....	i
Annexe 2. Certificat d'approbation du comité éthique du Burkina Faso.....	iii
Annexe 3. Formulaire d'information et de consentement.....	v
Annexe 4. Guide d'entretien (article 1).....	xii
Annexe 5. Guide d'entretien (article 2).....	xv
Annexe 6. Guide d'entretien (article 3).....	xvi
Annexe 7. Guide d'entretien (article 4).....	xviii

Liste des tableaux

Chapitre 3 : Méthodologie

Tableau 1 : les répondants aux entrevues individuelles et de groupe	43
---	----

Chapitre 4: Résultats

Tableau 2 : liste des articles de la thèse	48
--	----

Article 1:

Tableau 1 : présentation des interventions de gratuité sélective et du contexte en 2010.....	52
--	----

Tableau 2 : Caractéristiques des participants et instruments de collecte	55
--	----

Article 2:

Tableau 1 : récapitulatif des interventions et du contexte.....	76
---	----

Tableau 2 : Caractéristiques des participants.....	79
--	----

Tableau 3 : liste des thèmes abordés durant les entrevues.....	80
--	----

Tableau 4 : synthèse de l'impact des interventions sur les différentes dimensions du pouvoir d'agir	85
---	----

Article 3:

Tableau 1 : présentation des interventions de gratuité et du contexte en 2010.....	98
--	----

Tableau 2 : caractéristiques des participants et instruments de collecte.....	103
---	-----

Liste des figures

Chapitre 2 : Revue de la littérature et cadre d'analyse

Figure 1 : Cadre d'analyse de la recherche 38

Article 2

Fig1 : Dimension de l'*empowerment* individuel : source (Ninacs, 2008) 78

Article 3

Figure 1 : Cadre d'analyse de la capacité des femmes 101

Liste des sigles et abréviations

AS :	Agent de santé
ASC :	Agents de Santé Communautaires
CA :	Capability Approach
CMA :	Centre médical avec antenne chirurgicale
CHR :	Centre hospitalier régional
CSPS :	Centre de santé et de promotion sociale
COGES :	Comité de gestion
CVS :	Comités villageois de sélection
DS :	District sanitaire
DS1 :	District sanitaire de Dori
DS2 :	District sanitaire de Sebba
DS3 :	District sanitaire de Ouargaye
DRS :	Direction régionale de la santé
EI :	Entrevue individuelle
EG :	Entrevue de groupe
ECD :	Équipe-cadre de district
FS :	Formation sanitaire
GDT :	Guide de diagnostic et de traitement
ICP :	Infirmier Chef de Poste
IB :	Initiative de Bamako
MC :	Membre des Coges
MEG :	Médicaments essentiels génériques
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PTF :	Partenaire technique financier
PEC :	Prise en charge des indigents
PCIME :	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PC :	Participation communautaire
SONU :	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence

*A ma mère Fatou Allé Thioune arrachée à mon
affection pendant que je travaillais sur cette
thèse, je dédie ce travail*

Remerciements

La poursuite d'une thèse de doctorat est un cheminement long, mais exaltant d'un point de vue académique et humain. Donc arrivé à son terme, on ne peut que rendre grâce à Dieu, mais aussi remercier toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à rendre cela possible.

Pour commencer, je voudrais d'abord rendre un hommage à mes deux parents disparus. Je leur exprime à l'occasion toute ma gratitude, car je leur dois tout. J'espère seulement que là où ils sont, c'est-à-dire au Paradis, ils seront fiers de moi.

Je remercie aussi mes frères et sœurs qui m'ont toujours soutenu : Cheikh, Omar, Khadim, Salam, Ibou, Sam, Ndiogou, Sokhna.

Je dédie une mention spéciale à mon épouse Thiony, celle qui a supporté si stoïquement et pendant si longtemps mon stress et mes nuits dubitatives. Son soutien constant m'a donné la force de continuer. Sans sa présence, sève nourricière de mon endurance, cette aventure intellectuelle aurait été bien difficile.

Une thèse de doctorat scelle nécessairement la rencontre entre deux hommes habités par le commun vouloir de faire avancer les connaissances dans leur domaine. Sur ce point, ma rencontre avec mon directeur de thèse Valéry Ridde a été très enrichissante. Pour cela, je tiens à le remercier du fond du cœur. Merci Valéry pour ton soutien, merci de m'avoir inculqué la rigueur dans le domaine de la recherche et surtout d'avoir toujours cru en moi.

Je tiens à remercier aussi mes amis dont certains m'ont apporté une aide déterminante en des moments difficiles. Je pense particulièrement à Khadim Rassoul Diop, Saad Benguerrah, Adama Faye, sans oublier Seydou, Koita, Ameth, Oumy, Babs, Ibou, Doudou, Mor, Cheikh Diagne, Pape Laye, Marcellin, Dia, Bakary, Louise, Ameth Diallo, Mouhammed, Cathy, Leyti, Hado, Khadim Leye, Néné.

Mes remerciements vont également à mes collègues étudiants avec qui j'ai passé des moments agréables tout au long de ces années. Je veux citer Mike, Emilie, Loubna, Lynda, Ishimo.

Enfin, ce travail n'aurait jamais abouti sans le concours financier de certaines institutions que je tiens à remercier. Je pense principalement à la fondation Bill et Melinda Gates dont la bourse de doctorat «Population et santé en Afrique» gérée par l'unité de santé internationale a financé cette recherche doctorale.

J'associe à ces remerciements le Pr Pierre Fournier ainsi que toute l'équipe de l'Unité de Santé Internationale qui assurait la gestion de ce programme.

J'exprime également ma reconnaissance à l'AFD et le CRDI qui ont financé le programme de recherche «L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest» codirigé par le Lasdel (Niger) et l'Université de Montréal (Canada) dont cette recherche fait partie.

Enfin, je dis un grand Merci aux membres des communautés qui m'ont accueilli à Dori, Sebba et Ouargaye, mes enquêteurs, ainsi que toutes les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche.

Chapitre 1 : Introduction

Les sociétés modernes sont marquées par une réelle ambivalence. En même temps qu'on y célèbre, à juste titre, le triomphe de l'égalité des individus au sens de l'extension du principe toquevillien d'égalité des droits (Dubet, 2001), il s'y déroule un accroissement de l'écart des inégalités de chances, de revenus et de santé (Sen, 2000). Même dans les pays les plus riches, ceux qui sont en « bas » de l'échelle sociale meurent plus tôt que les autres (Marmot, 2005). En Afrique, la situation est encore plus critique. Une étude a montré dans sept pays que le quintile de la population le plus pauvre bénéficiait moins des services que les plus riches (Ashford, 2004). Or la plupart des pays sur ce continent ont encore du mal à appréhender l'ampleur des inégalités d'accès aux soins et leurs conséquences sur la santé de leur population (Yaya & Bonnet, 2009). Ce qui fait que l'exclusion sanitaire y persiste en dépit des campagnes internationales (Clément & Edouard, 2008).

Pourtant à Alma Ata, les représentants des gouvernements des pays participants à la conférence semblaient en avoir conscience en déclarant la santé comme un droit humain fondamental (OMS 1979). Il faut reconnaître que cet engagement était ambitieux et ne pouvait être réalisé sans une réforme radicale des systèmes de soins (Balique, 2000). Or le contexte économique d'alors était caractérisé par une grande crise touchant la plupart de ces États africains qui n'arrivaient pas à maintenir un financement suffisant de leurs systèmes de santé (Deschamps, 2000). Cette situation de crise structurelle les obligeait à solliciter l'aide internationale (Sen & Koivusalo, 1998) qui s'accompagnait cependant d'un certain nombre de réformes contraignantes comme la réduction des dépenses publiques de santé, considérées alors comme un « *privilège* » (Nimâ, 2001).

Cette période correspond à l'ère des politiques d'ajustement structurel dont les effets seront catastrophiques sur la santé des populations (Peabody, 1996). En effet, la réduction des dépenses publiques de l'État va voir baisser drastiquement les revenus disponibles pour les

systèmes de soins, mais aussi marquer l'arrivée du paiement des soins (Peabody, 1996). C'est ce contexte de crise économique et de dysfonctionnement des services de santé qui marque la naissance de l'Initiative de Bamako (IB) en 1987 sous l'égide de l'Unicef et de l'OMS.

1.1. Définition du problème et des objectifs de la recherche

Avec l'initiative de Bamako, la plupart des pays en Afrique ont généralisé la politique de recouvrement des coûts qui imposait aux patients de payer lorsqu'ils utilisaient les services de santé (Knippenberg, Soucat, Oyegbite, Sene, & Broun, 1997). L'expérience montre que le paiement direct a limité l'accès aux soins aux femmes (Nanda, 2002) et aux plus pauvres (Gilson, 2000; Ouendo, Makoutodé, Paraiso, & Wilmet-Dramaix, 2005; Stierle, Kaddar, & Tchicaya, 1999). L'une des solutions prévue lors de l'instauration de la politique était la mise en place d'un système d'exemption pour les personnes indigentes. Cependant, peu de pays ont mis en place un tel système (Ridde, 2008). Parmi les rares qui ont essayé, les dispositifs (mal mis en œuvre) ont profité beaucoup plus aux non pauvres qu'aux plus pauvres (Asante, Chikwama, & Daniels, 2007; Kivumbi & Kintu, 2002; Leighton & Diop, 1995).

C'est face à l'exclusion sanitaire des plus pauvres et des plus vulnérables que de nombreux auteurs ont formulé des recommandations pour la mise en place de politiques ciblées sur ces couches de la population pour les protéger plus efficacement (Mkandawire, 2005). Le ciblage désigne la concentration des ressources des politiques de développement en faveur des plus pauvres et des plus vulnérables (Pasquier, Levallée, Olivier, & Robilliard, 2009). Il repose sur le postulat que dans un contexte de rareté des ressources, les moyens doivent être concentrés sur les plus nécessiteux et les plus vulnérables plutôt que sur l'ensemble de la population. Depuis les années 90, il est devenu l'instrument dominant de l'aide au développement (Pasquier et al., 2009).

Cependant, la documentation sur le ciblage est encore insuffisante (Coady, Grosh, & Hoddinott, 2004; Noirhomme & Thomé, 2006). La plupart des écrits qui lui sont consacrés se sont limités à l'étudier sous l'angle de la performance au niveau de la couverture des bénéficiaires ou d'erreurs de ciblage (Hanson, Worrall, & Wiseman, 2008) occultant la dimension sociale et les effets du contexte. À cela s'ajoute le fait que sur le continent africain, les expériences sont encore rares (Coady et al., 2004).

Dans le domaine de la santé, le ciblage s'est traduit par la mise en place de dispositifs d'exemptions en faveur des couches de la population les plus pauvres et les plus vulnérables. Au Burkina Faso, le gouvernement a mis en place en 2006 une politique nationale qui subventionne à 80% les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) en faveur des femmes enceintes. Cette politique nationale a été complétée dans plusieurs autres districts sanitaires du pays grâce au concours de certaines ONG internationales, dont HELP (Dori et Sebba) et Terre des hommes (Tougan et Séguenaga). À Dori et Sebba, l'ONG Help a pris en charge le différentiel des 20% que les parturientes devraient payer rendant ainsi les accouchements totalement gratuits pour les femmes enceintes dans ces deux districts. L'ONG a aussi ajouté dans ces mêmes districts une exemption à 100% pour les enfants âgés de moins de cinq ans pour toutes les affections. De plus, elle apporte un soutien technique avec le renforcement du plateau médical des formations sanitaires ainsi que la formation des agents de santé et des membres des Coges. À Ouargaye, une recherche-action a apporté la preuve de la faisabilité d'une prise en charge communautaire des indigents (Ridde, 2008). Suite à cela, les populations à travers les comités de gestion (Coges) ont mis en place en 2007 une initiative financée sur leurs fonds propres pour prendre en charge gratuitement les indigents préalablement ciblés par les comités villageois de sélection (CVS). La réussite de l'expérience a fait qu'elle a été étendue en 2010 dans les districts de Dori et Sebba.

Ces différentes interventions ciblées (femmes enceintes, enfants, indigents) ont été largement étudiées (De Allegri et al., 2012; Ridde, Haddad, Nikiema, et al., 2010). Cependant, on ne dispose pas de données sur leurs effets sociaux. Par effets sociaux, nous entendons les

changements ou bouleversements induits par ces interventions au niveau du système de valeurs des communautés, de leurs préférences et du vécu de leurs membres.

L'objectif général de cette recherche doctorale vise à étudier les effets sociaux de la gratuité¹ sélective des soins de santé au Burkina Faso.

Quatre objectifs spécifiques sont visés dans cette thèse :

1. Analyser la pertinence sociale de la gratuité sélective des soins et son adéquation avec les valeurs des populations de Dori, Sebba et Ouargaye au Burkina Faso.
2. Étudier l'impact de la gratuité des soins sur le pouvoir d'agir (*empowerment*) des membres des comités de gestion et de leur organisation.
3. Comprendre les effets de la gratuité sélective sur la capacité des femmes au Burkina Faso.
4. Analyser et comparer la pérennité des interventions de gratuité sélective des soins au Burkina Faso.

1.2. Organisation de la thèse

La thèse est organisée en six chapitres. Le chapitre 1 introduit la problématique, l'objectif général et les objectifs spécifiques ainsi que l'organisation de la thèse ; le chapitre 2 présente une revue de la littérature qui rappelle l'évolution des connaissances sur l'accès aux soins des populations en Afrique. Une mise en perspective qui est suivie par une identification des effets sociaux des politiques sociales et sanitaires pour se terminer par l'élaboration d'un cadre d'analyse et la formulation des questions de recherche.

¹ Par commodité de langage, nous utilisons le terme de gratuité pour désigner la suppression du paiement direct au point de service en faveur des patients, mais c'est « exemption de paiement » le terme approprié car les patients font face à d'autres dépenses avant et après de venir au point de service et aussi évidemment la gratuité engendre des dépenses pour le système de soins.

Le chapitre 3 présente les éléments méthodologiques sur lesquels repose l'étude (stratégie de recherche, échantillonnage des CSPA et des entrevues, collecte des données et considérations éthiques). Le chapitre 4 présente sous forme d'articles les résultats de la recherche qui seront discutés au chapitre 5. Il est aussi question dans ce chapitre 5 de montrer l'apport de la thèse au plan empirique, théorique et méthodologique ainsi que ses limites. Enfin, le chapitre 6 présente la conclusion de la thèse, mettant en évidence ses implications au niveau pratique comme au niveau de la recherche.

Chapitre 2 : Revue de la littérature

2.1. L'accès aux soins des populations en Afrique de l'Ouest

L'objectif qui était assigné à l'initiative de Bamako (IB) était de répondre à la dégradation des services de santé des pays en développement et de relancer la politique des soins de santé primaires (Deschamps, 2000). Initialement limitée aux pays d'Afrique subsaharienne, l'IB a été étendue quelques années plus tard à des pays d'Asie (Yémen, Myanmar, Cambodge, Vietnam) et d'Amérique latine (Pérou). Elle comprenait deux volets : un volet financier appelé aussi recouvrement des coûts qui imposait le paiement direct à l'utilisateur des services et un volet organisationnel, prolongement de la déclaration d'Alma Ata, qui réaffirmait la participation communautaire (Tizio & Flori, 1997). L'argent collecté à travers la politique de recouvrement des coûts devait servir à garantir la disponibilité des produits pharmaceutiques et un paquet minimum d'activités comme les services maternel et infantile (Richard, 2004). Pour Velasque (1989), la politique de recouvrement des coûts marque un changement de paradigme ; celui du passage de la prise en charge gratuite des frais par l'État à un financement presque entièrement à la charge de l'utilisateur (Velasque, 1989). Une lecture différente de celle d'Audibert et collègues (2003) pour qui la politique de recouvrement des coûts n'est au fond qu'une légalisation d'une situation qui a toujours existé. Car les soins n'ont jamais été gratuits dans la mesure où les consommables y étaient rarement fournis et les professionnels demandaient souvent « *une contribution personnelle* » pour assurer la prise en charge d'un patient (Audibert, Mathonnat, & Roodenbeke, 2003a).

Dans certaines expériences, l'IB a eu des effets positifs notamment au niveau de la couverture vaccinale des enfants (Knippenberg et al., 1997). Elle a permis aussi une plus grande utilisation des services de consultations prénatales qui est passée en 1987 de 35% au Bénin et moins de 10% en Guinée à respectivement 55 % et 68 % en 1993 (Levy-Bruhl, Soucat, Ossen, & Ndiaye, 1997).

En revanche, elle montrera des limites réelles sur la question de l'équité. La participation financière exigée aux usagers apparaît dans plusieurs pays antinomique avec l'objectif fixé de l'accès universel aux soins de santé primaires. Elle serait responsable, de l'exclusion des services de soins d'une partie de la population, entre 5 % et 30% (De La Rocque, 1996). Son caractère régressif est patent (Gertler, Locay, & Sanderson, 1987), et ses effets à l'accès aux soins des plus pauvres désastreux (Creese, 1997; De La Rocque, 1996; Gilson, 1997; James et al., 2006; Kippenberg, Sahokwasama, & Amon, 2007; Lagarde & Palmer, 2008; Leighton & Diop, 1995; Nanda, 2002; Nolan & Turbat, 1995; Ouendo et al., 2005; Xu, Evans, & Carrin, 2007). De plus, les dispositions prévues pour prendre en charge les indigents (Tizio & Flori, 1997) n'ont jamais été effectives (Waddington & Enyimayew, 1990). Au Ghana, une étude montre que dans la plupart des hôpitaux où existent des mécanismes d'exemption, ils n'ont pas été appliqués ou l'ont été quasi exclusivement pour le personnel de santé (Nyonator & Kutzin, 1999).

Par conséquent, pour certains auteurs (Tizio & Flori, 1997; Yates, 2009), la politique de recouvrement des coûts n'a pas eu les effets escomptés. En plus de son échec au plan de l'équité (Ridde, 2003), ses résultats sont aussi mitigés au niveau de son impact économique, pourtant un des prétextes de sa mise en œuvre. Par exemple, pour Yates (2009), l'impact économique de la politique a été minime, elle n'a ni permis une gestion efficiente des structures de santé, ni permis de générer des ressources additionnelles substantielles (Yates, 2009). À cause de cela, la suppression du paiement a été plaidée pour favoriser l'accès aux soins des plus pauvres : « *la tarification pénalise de toutes les façons l'équité et les seuls moyens d'assurer l'égalité d'accès aux soins restent la gratuité ou l'assurance sociale* » (Tizio & Flori, 1997 : 843).

Les mutuelles ont été présentées comme une innovation prometteuse et une alternative à considérer (Audibert, Mathonnat, & Roodenbeke, 2003b). Cependant, il semble que peu de pauvres ont pu être couverts par l'assurance sociale de type communautaire, comme l'ont montré des études au Rwanda et au Ghana (Bennett & Gilson, 2008). Les primes de cotisation

exigées ont constitué un écueil à la couverture des plus pauvres (Carrin, Waelkens, & Criel, 2005; Ekman, 2004). Ainsi, depuis les années 90, de plus en plus de pays se sont ralliés à la mise en place de politiques d'exemption des paiements des soins en faveur des pauvres et des plus vulnérables (Robert & Samb, 2012).

2.2. L'abolition des paiements des soins en Afrique

L'objectif de l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé est de faire sauter le verrou que constitue le paiement direct considéré comme un des facteurs bloquants à l'accès aux soins des plus pauvres (Nabyonga, Desmet, Karamagi, & Kadama, 2005). Sa mise en place est marquée par une certaine hétérogénéité tant dans sa formulation que dans sa mise en œuvre (Ridde & Morestin, 2011). Dans la plupart des cas, il est le fait des gouvernements, soutenus dans certains cas par des ONG internationales comme au Niger et au Burkina Faso. En ce qui concerne l'émergence de ces politiques, les écrits montrent que la décision de supprimer le paiement direct des soins a été généralement prise par les gouvernements. Cependant, dans la plupart des cas, la décision a été prise de manière précipitée avant ou après une échéance électorale comme en Ouganda (en pleine campagne électorale) ou à Madagascar (à la suite des troubles postélectorales) (Ridde & Morestin, 2011).

Pour ce qui est de la formulation de ces politiques, on peut noter que si certains pays anglophones ont opté pour des politiques de gratuité universelle comme c'est le cas du Ghana, l'Ouganda ou l'Afrique du Sud, les politiques de gratuité sélectives semblent être dominantes dans les pays francophones de la CEDEAO (Messen et al., 2011). Elles concernent dans ces pays les catégories de la population considérées comme les plus vulnérables notamment les femmes enceintes (Ghana, Côte d'Ivoire, Bénin, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Burkina, Soudan), les enfants de moins de cinq ans (Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Ghana, Niger, Sierra Leone, Soudan) ou les personnes âgées (Sénégal, Afrique du Sud et le Ghana dans le cadre de l'assurance maladie). Il existe d'autres gratuités dans ces pays ciblant certaines maladies

négligées comme la lèpre (Bénin, Guinée Bissau, Mali), ou certains traitements spécifiques comme les antirétroviraux ou le traitement de la tuberculose (Robert & Samb, 2012).

L'impréparation de ces politiques explique souvent les difficultés observées dans leur mise en œuvre (Ridde, Robert, & Meessen, 2012). Au Burundi par exemple, le fait qu'elle a été soudainement décidée sans mesure d'accompagnement a chamboulé le système de santé en aggravant les ruptures de stock (Nimpagaritse & Bertone, 2011). À cela s'ajoute le fait que le financement de ces réformes bien que centrale n'a pas été correctement assuré dans la plupart des pays. Certains comme le Ghana, l'Ouganda ou le Madagascar ont certes mobilisé un budget additionnel pour faire face aux pertes occasionnées par la suppression du paiement, mais de manière générale la disponibilité des fonds a manqué comme au Ghana (Witter & Adjei, 2007) ou s'est faite avec beaucoup de retard comme à Madagascar (Fafchamps & Minten, 2007).

Si la mise en œuvre de la subvention des accouchements a été globalement satisfaisante au Burkina Faso, de nombreuses insuffisances ont été notées comme les retards dans les remboursements aux centres de santé par les districts et la non-implantation de certaines composantes du programme comme le fonds de prise en charge des indigents (Ridde, Richard, Bicaba, Queuille, & Conombo, 2011). Une évaluation de la mise en œuvre de la politique explique aussi que ses procédures de fonctionnement n'ont pas été très bien comprises par les acteurs dont certains l'ont mal interprété (Belaid & Ridde, 2012). Les mêmes difficultés dans la gestion de ces politiques de gratuité notamment au niveau des remboursements ont été aussi observées au Niger (Diarra, 2012) et au Ghana (Witter, Arhinful, Kusi, & Akoto, 2007). Globalement la mise en œuvre de ces politiques a été imparfaite dans la plupart des pays africains (Meessen et al., 2011; Olivier de Sardan & Ridde, 2013; Witter, Khalid moussa, Abdel Rahman, Hussein Al-amin, & Saed, 2013).

Néanmoins, les effets de ces politiques au plan de l'utilisation des services sont considérés comme positifs par la plupart des écrits (Lagarde & Palmer, 2011). Par exemple au Ghana, une

étude montre qu'elle a permis une augmentation significative des accouchements dans les structures sanitaires et des accouchements assistés par du personnel qualifié dans des régions où habituellement les femmes accouchaient à la maison (Penfold, Harrison., Bell., & Fitzmaurice., 2007). La mesure a profité particulièrement aux plus pauvres (Dzakpasu et al., 2012). Cependant, il est probable que d'autres facteurs que la politique aient agi concomitamment dans l'accroissement du taux d'utilisation des services de soins (Dzakpasu et al., 2012).

Les résultats d'une étude longitudinale en Ouganda ont montré que le taux d'utilisation des services a augmenté de 26 % en 2001, un an après la mise en place de la politique à 55% en 2002 avec un bénéfice net en faveur des pauvres (Nabyonga et al., 2005). Xu et collègues (2006 : 873) utilisant les données issues des enquêtes socioéconomiques nationales ougandaises de 1997, 2000 (avant abolition) et 2003 (après abolition) ont soutenu que : « *fee abolition had a positive impact on the poor* ». Néanmoins et comme le montre l'étude, l'absence de réduction de la dépense catastrophique chez les pauvres contrairement aux non pauvres semble relativiser l'effet global de la politique sur les plus démunis (Xu, Evans, Kadama, & Nabyonga, 2006). La suppression des frais a augmenté de 40% l'utilisation des services pour les moins de 5 ans au Burundi (McPake, Schmidt, Araujo, & Kirunga-Tashobya, 2008). Elle a également augmenté l'utilisation des services en Afrique du Sud, particulièrement pour les services curatifs (Wilkinson, Gouws, Sach., & K., 2001).

Au Burkina, la première évaluation d'impact de la SONU menée dans le district sanitaire de Nouna montre une augmentation significative de l'utilisation des services maternels par les femmes (De Allegri et al., 2012). Ce que confirme une étude récente menée dans le même contexte et qui estime que le nombre d'accouchements assistés est passé entre 2006 et 2011 de 48.9 % à 90,3% (Ridde et al., 2014). L'effet protecteur de la politique sur les plus pauvres reste cependant mitigé à cause du mauvais ciblage des plus pauvres. Ce qui fait que seulement 10% des femmes identifiées comme pauvres par l'enquête ont été réellement exonérés du paiement des soins (Ridde et al., 2014). En outre, les effets de la politique sont hétérogènes en fonction des districts. Une situation qu'une étude anthropologique explique par des facteurs

contextuels comme le leadership de certains agents de santé, là où la hausse des accouchements a été positive (Belaid & Ridde, 2014).

Les effets de la gratuité sont meilleurs que la subvention. Des effets plus importants au niveau des accouchements assistés sont notés dans les districts sanitaires où la gratuite des accouchements a été rendue totale avec l'aide d'une ONG (Ridde, Queuille, et al., 2012). C'est le cas aussi au Mali où les soins subventionnés par une ONG puis rendus totalement gratuits par l'État à l'échelle du pays ont connu une hausse importante passant de 0,3 consultation annuelle par enfant à 1,8 (Heinmüller, Dembélé, Jouquet, Haddad, & Ridde, 2012).

Cependant, en dépit des multiples études qui concordent sur les effets positifs de la gratuité des soins sur l'augmentation des accouchements assistés, des études avec des devis plus robustes sont réclamées par certains chercheurs pour démontrer son impact sur la mortalité maternelle et néonatale (Dzakpasu, Powell Jackson, & Campbell, 2014; Hatt, Makinen, Madhavan, & Conlon, 2014).

D'autres aspects de ces politiques ont été aussi investigués comme la qualité des soins. Dans certains pays, des paiements informels ont pu prospérer (Chuma, Musimbi, Okungu, Goodman, & Molyneux, 2009). Par exemple, au Niger, certains agents de santé n'ont pas hésité pour se faire des revenus supplémentaires à revendre des médicaments ou faire payer aux patients certains actes pourtant gratuits (Ridde & Diarra, 2009). En dépit de cela, la gratuité des soins n'a pas semblé entamer la perception des patientes envers la qualité des soins comme cela a été observé au Burkina Faso (Philibert, Ridde, Bado, & Fournnier, 2014). Elle n'a pas non plus entraîné un gaspillage des médicaments par les agents de santé comme le montre une étude sur la gratuité des soins accordée aux enfants de moins de 5 ans par une ONG dans ce même pays. Le maintien de la qualité des prescriptions a été rendu possible grâce à la supervision et la formation continue du personnel de santé (Atchessi, Ridde, & Haddad, 2013).

Pour ce qui est de la charge de travail, les résultats sont contrastés. La plupart des professionnels de santé en Ouganda, au Ghana et en Afrique du Sud ont estimé que la gratuité a entraîné une charge de travail, (Kajula, Kintu, Barugahare, & Neema, 2004; Walker & Gilson, 2004; Witter et al., 2007). Toutefois, certains chercheurs ont trouvé comme au Burkina Faso qu'il y a certes une augmentation de la charge de travail, mais que le personnel soignant est suffisant pour y faire face (Ly, Ridde, Kouanda, & Queuille, 2013a). En revanche, au Niger où les effectifs du personnel soignant sont insuffisants, on a retrouvé les mêmes plaintes comme dans les autres pays (Ly, Ridde, Kouanda, & Queuille, 2013b).

Enfin, pour ce qui est de la question portant sur l'avantage de la subvention au profit des pauvres, une étude récente qui a testé l'hypothèse d'équité inverse concernant la SONU au Burkina Faso montre qu'elle a conduit à une réduction significative et durable des dépenses de santé des ménages tout en profitant à toutes les catégories socio-économiques de la population (Ridde et al., 2014).

La documentation sur ces interventions de gratuité des soins est aujourd'hui abondante bien qu'elle l'était moins lorsque nous avons commencé cette thèse. Cependant, force est de constater que sur les nombreux travaux disponibles, aucun ne s'est intéressé à leurs effets sociaux alors que de plus en plus de chercheurs le réclament (Gilson et al., 2011).

2.3. Les enjeux du ciblage

2.3.1. Un soutien politique et social souvent précaire

Le ciblage est plébiscité par la plupart des bailleurs de fonds de l'aide au développement pour atteindre les plus pauvres car réputé théoriquement plus efficace et plus équitable que les politiques universelles (Dutrey, 2007). Cependant au-delà de son efficacité théorique, le

ciblage comporte de nombreux coûts qui peuvent être directs comme indirects, mais qui influencent son efficacité réelle (Samson, Niekerk, & Quene, 2011). Les coûts directs renvoient aux coûts administratifs et transactionnels nécessaires pour mettre en place des mécanismes performants de ciblage tout en évitant les erreurs (Samson et al., 2011). En effet, il est souvent difficile de trouver l'information pour l'identification des bénéficiaires. En fonction de la méthode utilisée, que nous verrons dans la section suivante, les risques d'erreurs sont importants. Ce qui fait qu'un bon ciblage nécessite des compétences, du temps et de l'argent (Samson et al., 2011). Voilà pourquoi certains auteurs considèrent que le ciblage est un « luxe » que seuls les pays avec un appareil administratif solide peuvent se permettre, autrement dit les pays riches (Mkandawire, 2005).

Ces coûts économiques ne sont en rien comparables aux coûts sociaux (Mkandawire, 2005). En effet, dans certains contextes, le principe du ciblage peut être mal accepté, car interprété comme une option de « privilégier » un groupe de pauvres parmi les pauvres (Dutrey, 2007). À cause de cela, la pérennité des programmes ciblée est souvent incertaine en ce sens qu'ils ne bénéficient pas toujours du soutien social et politique nécessaire au maintien de leur financement (Dutrey, 2007; Mkandawire, 2005; Sen, 1992b). Par exemple, quand le Sri Lanka a commencé à cibler l'aide alimentaire à la fin des années 1970, le soutien populaire au régime de protection sociale s'est détérioré, entraînant une réduction de moitié des avantages du programme. Ce qui n'a fait qu'aggraver la pauvreté et la malnutrition parmi les pauvres dans le pays. De la même manière en Colombie, l'abandon des subventions alimentaires universelles pour un programme de coupons alimentaires ciblé sur les pauvres a conduit à une érosion de l'appui politique au programme et plus tard sa disparition (Samson et al., 2011). Ces deux exemples nous plongent au cœur du paradoxe du ciblage. En effet, les politiques ciblées peuvent être parfois contreproductives et aller à l'encontre des pauvres quand il y a absence de soutien du reste de la population (De Donder & Hindriks, 1998). Voilà pourquoi Sen (1992b :14) considère que : « *The beneficiaries of thoroughly targeted poverty alleviation programs are often quite weak politically and may lack the clout to sustain the programs and maintain the quality of the services offered. Benefits meant exclusively for the poor often end up being poor benefits* ».

En plus du risque de tensions sociales (Samson et al., 2011), le ciblage peut comporter aussi un risque de stigmatisation des bénéficiaires. Le fait que ces derniers soient définis comme pauvres et perçus comme incapables de s'en sortir sans aide sociale peut entraîner chez certains une perte de l'estime de soi (Sen, 2000).

2.3.2. Les méthodes et mécanismes de ciblage

Beaucoup de questions ont été soulevées en ce qui concerne la méthode du ciblage, comme la difficulté d'identifier correctement les bénéficiaires. En effet, ce point demeure un enjeu central pour les politiques de ciblage, car « *a well targeted program...will be one which achieve minimum leakage* » (Cornia & Stewart, 1995 : 460). Deux types d'erreur menacent les politiques de ciblage : les erreurs d'inclusion, appelées aussi erreurs de type I ou E-mistake pour « *Excessive coverage* » qui consistent à faire profiter du programme des non-pauvres et les erreurs d'exclusion, erreur de type II ou F-mistake pour « *failure to cover* » qui poussent à exclure du programme les personnes ciblées. Ce dernier type d'erreur est la plus sérieuse, car ce sont les réels bénéficiaires qui sont exclus du programme (Cornia & Stewart, 1995).

Il est intéressant pour apprécier l'efficacité des approches de ciblage, selon Coady et collègues (2004 : 13), de distinguer la méthode c'est-à-dire l'approche mise en place pour identifier et atteindre les groupes cibles et les acteurs, c'est-à-dire « *the identity of the individuals who perform two roles : the implementation of the targetting method and the subsequent implementation of the intervention* ». Il existe un éventail de méthodes de ciblage que l'on peut regrouper en trois principales catégories: le ciblage d'individus et des ménages, le ciblage des catégories et le ciblage par auto sélection (Coady et al., 2004; Hanson et al., 2008).

Le ciblage individuel ou des ménages repose soit sur l'appréciation directe des revenus sur un aspect monétaire (*means testing*) soit sur la consommation des ménages et de leurs conditions de vie. C'est une méthode efficace, permettant de réduire les erreurs de ciblage, mais qui demande des moyens financiers substantiels (Hanson et al., 2008) que rares pays africains

disposent (Aryeetey, Jehu-Appiah, Spaan, Agyepong, & Baltussen, 2012) . Comme risque, il peut inciter certains individus à changer leurs comportements pour épouser les seuils d'éligibilité (Coady et al., 2004). Il peut aussi léser des ménages qui dépassent de peu la barre d'éligibilité fixée (Van de Walle, 1998). Dans certains contextes, il se fait par score approchant le niveau de vie (*proxy means testing*) et repose sur une mesure de la pauvreté non monétaire c'est-à-dire appréciant la satisfaction des besoins essentiels (Coady et al., 2004). Cette méthode est réputée efficace pour identifier les indigents (Coady et al., 2004). Il peut cependant dans certains cas entraîner la stigmatisation des bénéficiaires (Warin, 2010).

Le ciblage des catégories : il peut être géographique ou démographique. Dans le premier cas, il repose sur l'appréciation de l'ampleur de l'écart qui existe entre des régions (Bigman & Fofack., 2000). Son avantage est qu'il coûte moins cher que le ciblage sur les individus (Grosh, 1995). Il est adapté dans des contextes où le taux de la pauvreté est élevé du fait de la faiblesse du risque d'inclure des non-pauvres. Son usage requiert cependant de disposer des données précises sur le taux de pauvreté dans la région. Il a été largement utilisé pour cibler les pauvres dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne (Aryeetey et al., 2012). Toutefois, il a un risque social et politique qui peut être élevé. L'exclusion de certaines régions peut être vécue comme une injustice (Grosh, 1995). Le ciblage par catégorie démographique constitue un moyen efficace de cibler certains groupes de la population (les femmes, les enfants et les personnes âgées) qui sont plus vulnérables que d'autres. Son avantage est qu'il permet d'éviter une stigmatisation des bénéficiaires. Il est réputé facile à mettre en place et permet de contourner la question de l'appréciation des revenus sans perdre en précision (Appleton & Collier, 1995). Il bénéficie en outre d'un grand soutien politique et social (Coady et al., 2004).

Le ciblage par auto sélection repose sur l'hypothèse que certains produits ou services ne sont utilisés que par les pauvres. Par exemple, des écrits suggèrent que faire la queue pour recevoir des subventions est un tri naturel contre les non-nécessiteux (Besley & Kanbur, 1990). Ce ciblage repose sur la mise en place de produits qui du fait de leur présentation n'attirent que

les plus pauvres. Par exemple aux États-Unis, les riz subventionnés étaient présentés par des étiquettes différentes qui les rendaient moins désirables (Besley & Kanbur, 1990).

Loin d'être mutuellement exclusives, ces différentes méthodes d'identification sont souvent combinées. Face aux faiblesses de chacune des méthodes et à leurs complémentarités, de nombreuses politiques les utilisent conjointement. Dans certains contextes, on cible d'abord des zones géographiques ou des catégories démographiques pour finir par une sélection des individus ou des ménages pauvres. On peut aussi, comme dans le cas du programme PROGRESA au Mexique, cibler les zones rurales les plus pauvres, puis grâce au « *proxy means testing* » éliminer les femmes non pauvres pour enfin et à travers une approche communautaire établir la liste finale des bénéficiaires devant recevoir l'aide financière (Hanson et al., 2008; Skoufias, Davis, & de la Vega, 2001).

Par ailleurs, il existe aussi différents types de mécanismes de ciblage (Coady et al., 2004; Conning & Kevane, 2002; Hanson et al., 2008). Les acteurs appelés à mettre en place les méthodes d'identification peuvent être l'administration centrale, des organisations non gouvernementales, les autorités administratives locales ou les membres de la communauté. Devant la difficulté des autorités étatiques comme des agences extérieures d'identifier les plus pauvres et surtout d'éviter la capture des bénéfices par les non-pauvres (Ridde et al., 2009; Weiss, 2005), certains plaident pour une approche décentralisée, c'est-à-dire communautaire (Coady et al., 2004; Conning & Kevane, 2002). La méthode communautaire « *community based targeting* » semble procurer une plus grande facilité et fiabilité dans l'identification des bénéficiaires que celle des travailleurs sociaux ou des managers (Badasu, 2004). La communauté étant plus apte à reconnaître ses membres les plus démunis (Conning & Kevane, 2002; Morestin, Grant, & Ridde, 2009). En plus, cette méthode revêt l'avantage d'être plus socialement acceptable dans la mesure où elle promeut la participation des communautés qui seront plus enclines à exprimer leurs doléances (Conning & Kevane, 2002). Une étude faite au Burkina Faso montre qu'elle est faisable et bien perçue par les parties prenantes (Ridde, Yaogo, et al., 2010) même si la sélection reste sévère (Ridde, Haddad, Nikiema, et al., 2010).

En revanche, l'un des risques avec cette méthode est de voir des groupes socialement marginaux exclus pour des considérations ethniques ou culturelles (Hurrel, 2009). Il est aussi possible que des conflits d'intérêts apparaissent avec des représentants communautaires qui veulent en profiter pour disposer d'un prestige social grâce à leurs pouvoirs de sélection des bénéficiaires. Ce qui fait qu'il est important pour prémunir cela que les critères de sélection soient clairs et acceptés par tous (Honda, 2013).

En ce qui concerne les performances du ciblage, l'étude réalisée par Coady et collègues (2004) demeure, à notre connaissance, l'analyse transversale la plus exhaustive sur le sujet. Ces auteurs comparent 122 programmes ciblés dans 48 pays en développement à partir d'un indicateur visant à tester la capacité du ciblage à limiter à la fois les erreurs d'inclusion et d'exclusion. Les résultats soutiennent que le ciblage est un outil efficace pour concentrer les bénéfices des politiques en faveur des pauvres : « *across all programs for which we could obtain information on targeting performance, we find that the median program provides approximately 25 percent more resources to the poor than would random allocations* » (Coady et al., 2004 : 42). Cependant, ces résultats sont contestés par certains auteurs pour qui beaucoup de ces programmes étudiés ont échoué à cibler les véritables pauvres qui constituent pourtant dans certains cas la majorité des exclus (Dutrey, 2007).

Les expériences des politiques de ciblage des indigents sont nombreuses dans le monde. L'exemple le plus achevé pour ce qui des pays en développement est le fonds d'équité². Au Cambodge, cette politique a permis d'atteindre dans la région de Sotnikum des résultats qu'un système d'exemption même performant ne pourrait atteindre (Hardeman, Van Damme, & Van Pelt, 2004). En effet, à la différence des politiques d'exemption traditionnelle qui laissent toujours des frais à la charge du patient, les fonds d'équité les réduisent au minimum (Meessen, Van Damme, Tashobya, & Tibouti, 2006) et couvrent dans certains cas des dépenses connexes comme le transport et la nourriture (Hardeman et al., 2004). Dans ce pays

² Appelé aussi « Fonds de solidarité », « fonds d'assistance maladie » (au Mali) ou « Fonds d'indigence » en Mauritanie.

où les dépenses catastrophiques constituent le « *major cause of indebtedness and destitution among the poor* » (Taylor & Marandi, 2008 : 2), la mise en place de ce fonds, étendu depuis à d'autres régions, a permis de lever la plupart des barrières pour l'accès aux soins des plus pauvres (Noirhomme, Meessen, Griffiths, Ir, & Jacobs, 2007). Aujourd'hui, les fonds d'équité opèrent dans plus de 318 centres de santé dans le pays et couvrent plus de 78% des pauvres qui y vivent (Annear, Ahmed, Ros, & Ir, 2013). Ce qui en fait un moyen efficace de protection sociale. Car en plus de fournir une couverture sanitaire aux pauvres, ils les protègent contre les dépenses catastrophiques de santé et la stigmatisation (Annear, 2010).

En Afrique, les expériences sont encore rares (Coady et al., 2004) bien qu'elles se multiplient (Ridde & Jacob, 2013). Dans les quelques pays où l'expérience des fonds d'équité a été tentée, les résultats sont contrastés. En effet, si l'expérience de Madagascar semble fonctionner, elle souffre cependant d'énormes dysfonctionnements au niveau de sa mise en œuvre (Honda, 2013), celles du Mali et de la Mauritanie sont encore timorées (Noirhomme & Thomé, 2006). Au Bénin, le fonds sanitaire des indigents a permis à ses bénéficiaires de recevoir des soins gratuitement au moment du besoin. Cependant, son efficacité est limitée par les nombreuses faiblesses de son mode d'identification et de sélection et qui fait qu'elle peine à toucher les véritables pauvres (Sieuleunou & Kessou, 2013).

2.4. Les effets sociaux des politiques sociales et sanitaires

La recension des écrits montre que les politiques publiques peuvent induire des effets sociaux qui sont encore peu étudiés. Compte tenu du contexte, ils peuvent être, parmi d'autres, de trois ordres : au niveau des valeurs (*macro*), de la participation communautaire (*méso*) et des ménages (*micro*).

2.4.1. Au niveau des valeurs

Selon Massé, deux grandes théories s'opposent dans la définition des valeurs : d'un côté, les défenseurs d'une approche subjective pour qui les valeurs sont le produit des intérêts ou des émotions de l'agent, et d'un autre côté les théories objectives qui insistent sur la stabilité des valeurs et leur indépendance par rapport aux intérêts conjoncturels (Massé & Saint-Arnaud, 2003). La seconde définition semble être la plus conforme à la plupart des théories sociales. Elle constitue la base de la définition proposée par Massé (2003 : 48) qui présente les valeurs comme :

« des construits socioculturels partagés (à des degrés divers) par les membres d'une communauté... elles apparaissent donc comme des critères utilisés pour justifier des conduites, soit comme des normes de référence à travers lesquelles sera apprécié le sens de l'agir ».

Les valeurs renvoient ainsi à la manière d'être ou d'agir qu'une personne ou une société considère comme idéale et désirable (Bréchon, 2003; Rocher, 1968). Il existe plusieurs valeurs contradictoires et d'importance inégale dans une société. Dans cette hiérarchie, celles qui dominent se présentent comme la solution de préférence qu'une société met en avant pour effectuer des choix sociaux (Kluckhohn & Strodtbeck, 1961), par exemple la façon de traiter les groupes et sous-groupes de la population notamment les femmes et les plus démunis (Meessen et al., 2006).

Peu de travaux ont été réalisés sur la question de l'importance des valeurs dans la trajectoire d'une politique publique. Les rares études que l'on trouve traitant de cette question portent généralement sur les politiques de discrimination positive. Kravitz et collègues (1993) ont étudié leurs effets sociaux. Leurs résultats montrent qu'elles ont donné lieu à une certaine opposition qui est vive, lorsque les programmes concernent les femmes ou les minorités visibles. En revanche, l'opposition est moins dure lorsqu'il s'agit de personnes souffrant de handicaps (Kravitz, 1993). En effet, aux États-Unis, les valeurs et l'idéologie penchent au

niveau des préférences vers des politiques qui favorisent l'égalité des chances plutôt qu'un traitement préférentiel (Bobo & Kluegel, 1993). Le « *Self-interest* » semble être la cause principale de l'opposition contre ces politiques, nous disent Kravitz et collègues (1993) qui n'ont cependant pas étudié les ressorts psychologiques à la base de ce comportement. Beaton et Tougas (2001) ont étudié cet aspect au Canada et considèrent qu'au-delà du « *Self interest* », c'est la conception de la justice sociale des individus, émanation de leurs valeurs qui joue le rôle décisif dans l'attitude qu'ils ont envers les politiques ciblées (Beaton & Tougas, 2001). Une autre enquête menée au Canada soutient que la question des valeurs apparaît comme l'élément déterminant à l'opposition contre les politiques de discrimination positive (Bobocel & Son Hing, 1998). Ce qui est corroboré par les études de Daniels (2002) qui montrent que la position des personnes envers les politiques d'« *affirmative action* » dépend largement de leurs valeurs. Ainsi, ceux qui pensent que la maladie et les handicaps sont des infortunes, mais qui ne sont pas injustes s'opposent plus durement aux politiques de discrimination positive et préfèrent les politiques qui cherchent à égaliser les opportunités (Daniels, 2002).

Cette pluralité des conceptions de justice sociale est au cœur des travaux de Contandriopoulos (2003) qui considère que les sociétés modernes sont traversées par trois grandes valeurs, continuellement en tension et qui définissent la forme de leurs institutions et constituent la pierre angulaire de leur organisation sociale. Ces trois grandes valeurs sont l'équité, la liberté et l'efficacité. La prééminence de l'une d'entre elles dans une société traduit la conception de la justice sociale qui y prévaut (Contandriopoulos, 2003). Ainsi, plus une société privilégie l'équité, plus elle a tendance à favoriser un contrat social qui promeut l'universalité de l'accès aux soins. *A contrario*, plus une société est libérale individualiste, plus elle a tendance à laisser le marché sévir et accepter l'exclusion de certaines personnes des systèmes de santé (Contandriopoulos, 2003). En d'autres termes, l'organisation du système de santé dans un pays « *reflète et concrétise certaines valeurs et principes* » (Contandriopoulos, 2003 : 4). Voilà pourquoi, tout projet de transformation sociale doit prendre en compte les valeurs et croyances des personnes qui forment des éléments incitatifs du processus de changement (Contandriopoulos, De Pourville, Poullier, & Contandriopoulos, 2000). Tant qu'il n'y a

pas de changement dans le système dominant de croyances, toute tentative de transformation dans une société ne peut être que marginale (Contandriopoulos et al., 2000), car la répartition des ressources n'a rien d'absolu dans une société, elle repose sur ce que ses membres considèrent comme juste (Sen, 1993).

L'absence de prise en compte de cette réalité semble expliquer le décalage dans les politiques ciblées entre les préférences au niveau central et celles du niveau local (Conning & Kevane, 2002). Ainsi, en Indonésie, les rapports d'évaluation montrent que les chefs de village et les leaders locaux ont préféré distribuer les subventions de riz de manière égalitaire et indifférenciée, contrairement aux recommandations du programme ciblé (Weiss, 2005). Au Burkina, une étude qui a questionné les effets contextuels et sociaux des politiques ciblées sur les indigents nous renseigne qu'il existe un réel problème d'adéquation entre le ciblage et les valeurs dominantes de la société dans la zone du Yatenga. Chez les Mossis, *« l'égalité de l'accès aux soins pour tous prime sur l'équité d'accès pour certains. La mobilisation du principe de l'équité verticale qui postule un accès différent pour des besoins différents n'est pas envisagée »* (Ridde, 2006a : 25). Les préoccupations de la population locale semblent être orientées vers le maintien de la paix sociale plutôt que la prise en charge des plus démunis.

2.4.2. Au niveau de l'empowerment des communautés

Une vaste littérature existe sur l'empowerment (Alsop & Heinsohn, 2005; Ibrahim & Alkire, 2007; Malhotra & Schuler, 2005). Toutefois, cette popularisation du concept est inversement proportionnelle à la précision de sa définition (Perkins & Zimmerman, 1995). Au flou conceptuel s'est ajouté des approximations linguistiques faisant que le concept est traduit de multiples façons dans le monde francophone (Le Bossé, 2004). Certains le traduisent par appropriation, habilitation, pouvoir d'influence, d'autres par capacitation, puissance d'agir, autonomisation ou émancipation (Bacqué & Biewener, 2013). Nous adopterons dans cette recherche la traduction de Le Bossé (2004) qui traduit l'empowerment par pouvoir d'agir. Une traduction qui renvoie non pas au processus de l'empowerment, mais au produit de ce processus (Le Bossé, 2004).

L'utilisation extensive du terme empowerment dans la littérature découle essentiellement selon certains auteurs de la diversité des interprétations du concept de « pouvoir » qui constitue sa racine (Ibrahim & Alkire, 2007; Rowlands, 1997). Rowlands (1997) fait une distinction entre quatre types de pouvoir dont chacun renvoie à une définition de l'empowerment.

- « *Power over* » ou « *pouvoir sur* » qui se réfère à la conception conventionnelle du pouvoir et qui traduit la capacité d'exercer le contrôle et d'influencer les autres
- « *Power to* » ou « *pouvoir de* » qui permet d'accomplir des choses comme acquérir de nouvelles compétences
- « *Power with* » ou « *pouvoir avec* » : qui renvoie à l'action collective et qui traduit souvent la capacité de s'organiser pour défendre ses droits.
- « *Power within* » ou « *pouvoir en soi* » qui concerne le pouvoir personnel, la confiance en soi et l'estime de soi.

Le premier type de pouvoir (*power over*) repose sur des rapports de domination, supposant que l'acquisition du pouvoir par une personne induit sa perte par un autre. Alors que les autres types de pouvoir se focalisent sur une approche plus positive qui renvoie à l'acquisition pour une personne de la capacité de transformer sa vie (Mosedale, 2005).

Pour résumer, on peut considérer que quelque soit le terme utilisé, la perspective adoptée (structurelle ou individuelle) et l'unité d'analyse (la collectivité ou l'individu), il existe une constante qui établit que l'empowerment des personnes ou des collectivités repose sur leur capacité d'influencer la disponibilité des ressources et leur volonté à se prendre en main (Le Bossé, 2004). Naila kabeer (1999 : 473) s'est basé sur deux types de pouvoir « *power to* » et « *power within* » pour proposer sa définition de l'empowerment : « *the expansion in people's ability to make strategic life choices in a contexte where this ability was previously denied to them* ». Cette définition de l'empowerment recoupe celle des capacités de Sen (1999b :18) qui définit le développement humain comme l'extension des possibilités des individus « *to lead the kind of lives they value* ».

2.4.2.1. L'empowerment : une finalité de la participation communautaire

La conférence d'Alma Ata s'était engagée de donner aux communautés le pouvoir d'avoir un plus grand contrôle sur leur santé. C'est ainsi que dès l'article 4 de la déclaration, il est bien affirmé que : « *Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés* » (OMS, 1978). Il s'agissait donc concrètement de changer de perspective, quitter *l'hospitalocentrisme* et donner aux communautés le pouvoir de participer aux décisions concernant leur santé. La participation communautaire devait donc mener au renforcement du pouvoir d'agir des communautés (*empowerment*) (Ugalde, 1985; Woelk, 1992).

Le concept de participation communautaire (PC) est apparu pour la première fois au début des années 1970, à la suite du constat que les besoins en soins de santé primaires ne seront satisfaits dans les pays du Sud sans une implication des communautés (Zakus & Lysack, 1998). En 1978, Alma Ata en fera sa pierre angulaire pour la réalisation de la santé pour tous en l'an 2000 (Zakus & Lysack, 1998). La PC comporte comme avantage de permettre aux populations locales de contrôler leur propre destin (Zakus & Lysack, 1998) , de contribuer par leur implication à la pérennité des services de santé (Rifkin, 1996) et d'en assurer l'efficacité et le succès (Jewkes & Murcott, 1998).

Malgré le fait qu'elle soit largement traitée dans la littérature, la notion de PC demeure toujours une réalité complexe difficile à définir. Brannstrom et collègues (1994) ont analysé un échantillon de 600 articles scientifiques ayant utilisé le terme, mais ils ne sont pas arrivés à identifier les fondements qui sous-tendent ce concept. Rifkin (1986) à la suite d'une revue de 200 études de cas recense trois tentatives de définition. La première demeure liée au modèle biomédical et présente la PC comme l'ensemble des activités que la communauté met en œuvre conformément aux recommandations des professionnels de santé. Pour la seconde, la

PC se présente comme la mobilisation des populations (symbolisée par la création du corps des agents de santé communautaire) afin d'aider à la fourniture des soins. Enfin, la dernière définition voit en la PC l'implication active des populations dans la prise des décisions relatives à leur santé (Rifkin, 1986). Rifkin et collègues (1988) ont proposé une définition qui se veut intégrative de ces différentes approches. La PC est ainsi considérée comme : “ *...a social process whereby specific groups with shared needs living in a defined geographic area actively pursue identification of their needs, take decisions and establish mechanisms to meet these needs* ” (Rifkin, Muller, & Bichmann, 1988 : 933) .

Fournier et Potvin (1995) avertissent que pour éviter toute dérive rhétorique, les promoteurs et les acteurs doivent préciser ce qu'ils entendent et surtout attendent de la PC. En effet, l'analyse des textes dans la littérature rend compte de la multitude d'interprétations auxquelles ce terme a donné lieu (Fournier & Potvin, 1995; Oakley, 1989 : 933; Rifkin, 2001). Si avec Alma Ata, il réaffirmait un idéal de justice qui voulait que les populations soient associées à toutes les décisions liées à leur santé (Rifkin, 2009), avec l'IB, il a été interprété en termes de recouvrement des coûts (Deschamps, 2000). Ce qui est une interprétation réductrice de la politique (Ridde, 2003), car la participation communautaire devait accompagner la politique de décentralisation et se manifester en terme d'implication des populations dans la gestion de leur santé (Tizio & Flori, 1997).

Ceci renseigne sur le combat idéologique auquel ce concept a donné lieu. Morgan (2001) nous le résume par l'opposition de deux perspectives. La première considère la participation communautaire comme un moyen qui peut permettre d'utiliser les fonds des populations pour atteindre les objectifs des politiques. Cette conception dite utilitariste s'oppose à celle appelée de l'*empowerment* et qui voit en la participation communautaire un outil pouvant permettre aux populations de prendre en main leur problème de santé (Kahssay & Oakley, 1999; Morgan, 2001). C'est cette dernière conception qui traduit le mieux l'esprit d'Alma Ata qui visait à renforcer le pouvoir d'agir des communautés afin qu'elle puisse prendre en charge leur propre santé (Morgan, 2001; Stone, 1992). Nous l'adoptons dans cette thèse en considérant la

participation communautaire comme instrumentale à l'*empowerment* des populations (Calvès, 2009).

La question de l'effectivité de la PC reste entière. S'agit-il d'un réel pouvoir accordé aux communautés ou d'une simple pétition de principe ? Dans tous les cas, il semble certain que la PC n'opère pas dans un *vacuum*. Les études menées par Woelk (1992) au Zimbabwe et Tatar (1996) en Turquie ont montré que le contexte joue un rôle critique dans son succès (Tatar, 1996; Woelk, 1992). Au Mali, l'évaluation des centres de santé communautaires montre qu'ils sont adaptés pour procurer des soins efficaces et pertinents aux usagers, mais souffrent de deux maux majeurs : le manque de vie démocratique et le manque de transparence dans leur gestion (Balique, 2001). Au Nigeria, une étude qui a étudié la PC dans un contexte de l'IB montre que le paiement des soins a constitué probablement un facteur limitatif à l'implication des populations. Les données des *focus group* montrent que les populations locales n'ont pas été impliquées dans la gestion de l'argent provenant du paiement des soins et de la vente des médicaments (Uzochukwu, Akpala, & Onwujekwe, 2004). Au Burkina Faso, la PC qui s'est matérialisée à travers la mise en place des Comités de Gestion (Coges) n'a pas produit le dynamisme escompté. Au manque de compétences et de transparence financière constatées (Ridde, 2003) s'ajoute une opacité dans la gestion avec des populations quasiment exclues, ne connaissant rien de l'existence et du fonctionnement des Coges (Gilson, 2000; Ridde & Girard 2004). Cette absence de démocratie, au sens d'implication des citoyens dans la formulation et la conduite des politiques semble être aussi à l'origine de l'échec du projet « *Un village, un PSP (Poste de Santé)* » mis en place durant la révolution sans impliquer les communautés. Or ces dernières devaient assurer les salaires des agents de santé communautaire qui dispensaient les soins. À cause de leur marginalisation, beaucoup d'entre eux se sont montrés réticents à participer (Nitiéma, Ridde, & Girard 2003).

Il n'existe pas à notre connaissance d'écrits sur les effets de la gratuité des soins sur le dynamisme des comités de gestion communautaires des centres de santé. Toutefois, il est fort probable comme l'étude sur le Nigéria le suggère que le fait de donner des soins gratuits peut

être valorisant pour les agents de santé communautaire (Uzochukwu et al., 2004). Le mécanisme communautaire qui est promu dans l'identification des indigents devant bénéficier des projets d'exemption (Ridde et al., 2009) devrait être aussi porteur d'un fort potentiel d'*empowerment* pour les communautés en favorisant leur pleine implication (Morgan, 2001; Stone, 1992). Une étude faite au Cambodge sur l'impact des fonds d'équité sur la PC a montré que la politique a considérablement augmenté le degré de participation des populations (Jacobs & Price, 2004). À l'inverse, à Madagascar l'effet est plus mitigé. Les comités de gestion villageois ont été réduits à l'exécution des tâches administratives. Le pouvoir décisionnel en matière d'allocation des ressources est resté concentré entre les mains des autorités sanitaires (Honda, 2013).

2.4.2.2. Empowerment : type et évaluation

Il existe différents types d'empowerment (Perkins & Zimmerman, 1995). Au niveau individuel, l'empowerment correspond à l'acquisition d'un pouvoir par un individu ou un groupe d'individus (Ninacs, 2008). À un niveau communautaire, il renvoie à un état ou une communauté est capable d'agir en fonction de ses propres choix. Enfin, au niveau organisationnel, l'empowerment représente le processus d'appropriation d'un pouvoir par une organisation (Ninacs, 2008). Si sur le plan théorique, chaque type d'empowerment possède des caractéristiques spécifiques, il existe des liens forts entre eux. Par exemple, le pouvoir d'agir individuel favorise celui de l'organisation dans laquelle appartient l'individu et *vice versa* (Ninacs, 2008).

En outre, l'empowerment peut désigner un processus ou un état (être *empowered*) (Perkins & Zimmerman, 1995). Pour les distinguer, on peut considérer que le développement du pouvoir d'agir constitue le processus d'empowerment tandis que son acquisition est l'étape finale c'est-à-dire l'état d'empowerment (Ninacs, 2008). Ainsi, on peut évaluer l'empowerment au niveau des processus comme au niveau du résultat (*outcomes*) (Labonté & Laverack, 2008; Perkins & Zimmerman, 1995). Deux réalités qu'il est cependant utile de distinguer, car ne renvoyant pas aux mêmes finalités. La première réfère comment les individus ou les organisations renforcent

leur pouvoir d'agir et le second renvoie aux résultats de ce processus (Perkins & Zimmerman, 1995). Beaucoup de cadres existants dans la littérature évaluent l'empowerment surtout au niveau des processus (Labonté & Laverack, 2008; Rifkin, 1986). Ninacs (2008) a développé un cadre qui permet d'intégrer la mesure de l'empowerment au niveau du résultat final. Ce cadre repose sur quatre dimensions du pouvoir d'agir, tant pour les individus, les communautés que pour les organisations (Ninacs, 2008). Ces dimensions sensiblement identiques constituent autant d'étapes dont l'enchaînement, telles les mêmes cordes d'un même fil permette le passage d'un état sans pouvoir d'agir à un autre où l'individu ou la communauté est capable d'agir en fonction de ses propres choix et l'organisation d'acquérir une capacité d'action et répondre aux besoins de ses membres (Ninacs, 2008).

2.4.3. Au niveau des ménages

Dès les années 1970, la sociologue Ann Oakley mettait en évidence la différence entre les termes « sexe » et « genre » en montrant que contrairement au premier qui renvoie à une différence simplement biologique, le second implique que la différence entre homme et femme est un artéfact et renvoie à des considérations sociales et culturelles (Tilly & Yvon-Deyme, 1990). Pour Standing (1997), le genre demeure un indicateur de vulnérabilité pour deux raisons : la première est que les femmes sont en moyenne plus pauvres que les hommes et ont plus de mal à accéder aux ressources économiques et conséquemment aux systèmes de soins. La seconde veut que l'accès aux systèmes de soins soit influencé par des facteurs culturels et idéologiques qui, dans certains contextes, empêchent les femmes de fréquenter les structures de santé sans la permission de leurs conjoints (Standing, 1997). Malgré cela, la question du genre est occultée dans la plupart des réformes. Elle demeure selon Mackintosh (2004) un « *silent term* ».

La capacité des femmes à payer a été complètement négligée (Ruth, Schuler, & Khairul, 2002). Alors que des études faites au Nigéria, au Zimbabwe, en Tanzanie et dans la plupart des pays d'Afrique Subsaharienne ont montré que la politique de recouvrement des coûts a été

associée à une diminution significative de la fréquentation des centres hospitaliers par les femmes (Mackintosh & Tibandebage, 2004; Nanda, 2002; Ruth et al., 2002).

En outre, pour beaucoup de ménages en Afrique, l'impossibilité de contracter des crédits formels fait que les dépenses de santé occasionnées au moment d'utiliser les services de soins deviennent facilement catastrophiques (Xu et al., 2007). Plusieurs stratégies sont utilisées par les ménages pour faire face à cette situation : utilisation de l'argent thésaurisé, ponctions sur le budget affecté à l'alimentation, vente des biens ou dans les cas extrêmes emprunts à des proches (McIntyre, Thiede, Dahlgren, & Whitehead, 2006). Thésauriser de l'argent pour des familles assaillies par les vicissitudes de la vie semble être rare dans les pays en développement où une famille sur quatre est obligée de contracter des prêts, vendre ses biens ou les deux en même temps pour accéder aux soins de santé (Kruk, Gioldmann, & Galea, 2009). Au Burkina Faso, une étude nous dit que 78 % des ménages sont obligés d'emprunter de l'argent pour s'acquitter de leurs frais de soins (Mugisha, Kouyate, & Gbangou, 2002). Dans ce pays, à l'instar des sociétés patrilinéaires, l'homme dispose de tous les pouvoirs dans le ménage. Il est chef de famille, mais aussi « propriétaire » de tous les biens (Nikiéma, Haddad, & Potvin, 2008), ce qui n'empêche pas que les femmes supportent une part importante des dépenses du ménage (Haddad, 1999; Nanda, 2002).

Dans les contextes paysans où l'on pratique l'agriculture de rente, les femmes se situent de plus en plus en position de travailleuses libre vis-à-vis de leurs maris. À la rémunération de leur travail sur les plantations, elles ajoutent des cultures vivrières personnelles dont la vente leur permet de disposer de revenus personnels (Hannequin, 1990). On observe la même situation chez les femmes Peules qui tirent leurs revenus de la vente du lait (Hampshire, 2000; Querre, 2003). Toutefois, dans ces différents contextes le revenu engrangé est aussitôt reversé dans les dépenses familiales (Hannequin, 1990). Celles qui épargnent, à travers les « *tontines* »³, le font seulement afin de pouvoir faire face à des imprévus (maladie, décès)

³ Les tontines sont une association de personnes qui se retrouvent à des intervalles plus ou moins variables afin de mettre en commun leur épargne en vue de la solution des problèmes particuliers ou collectifs (Mahieu (2000).

auxquels leurs faibles ressources permettraient difficilement de répondre promptement (Lelart, 1990; Ngouari, 2005). Le fait d'être obligé de payer pour accéder aux soins alors qu'elles n'ont qu'un accès limité aux ressources a exacerbé la situation de fragilité des femmes (Nanda, 2002). Elles doivent négocier constamment leur quotidien et subordonner toutes les décisions affectant leur existence – la santé comprise – à l'accord de leurs maris (Nikièma et al., 2008).

Les études qui évaluent l'impact des politiques de santé sur le genre et particulièrement sur le pouvoir des femmes demeurent rares (Mackintosh & Tibandebage, 2004). Mais, comme l'accès aux soins des femmes est influencé par l'imposition du paiement des soins, certains auteurs considèrent que la mise en place d'un système qui ne reposerait pas sur le paiement direct pourrait augmenter la fréquentation des services de santé par les femmes (Arhin, 1994).

Une étude faite au Bangladesh montre que l'opposition des hommes à l'utilisation des services de Planning Familial par leurs épouses est due en partie à la peur qu'ils ont d'être obligé de payer (Ruth et al., 2002).

Comme externalité positive, les projets d'exemption fondés sur le genre pourront mieux équilibrer les rapports de pouvoir dans le ménage. En effet, une étude faite au Burkina Faso montre que la mise en place d'un système qui ne reposerait pas sur le paiement direct pourrait éliminer partiellement ce besoin imposé aux femmes de négocier constamment pour utiliser les services de santé avec tout ce que cela comporte comme risque pour leur état de santé et celui de leur progéniture (Nikièma et al., 2008). Elles gagneront sûrement en puissance de négociation et en renforcement de leur position dans le ménage (Appleton & Collier, 1995). Un argument qui vient en écho à ce qui a été trouvé ailleurs. Au Burundi, une étude a montré que la mise en place d'un système de prépaiement pourrait permettre aux femmes d'utiliser les centres de soins sans demander la permission à leur mari ni solliciter de sa part de l'argent (Arhin, 1994). D'autres études récentes montrent que lorsque les femmes sont plus autonomes économiquement, elles sont plus susceptibles d'utiliser les services maternels (Bloom, Wypij, & Das Gupta, 2001; Hou & Ma, 2013) ou d'y amener leurs enfants (Lépine & Strobl, 2013).

L'importance d'enlever le fardeau financier aux femmes afin de renforcer leur pouvoir dans le ménage a été aussi plaidée par Amartya Sen pour qui, moins les femmes sont dépendantes, plus elles ont de voix (Sen, 1992a). Une analyse des programmes de *transferts monétaires*⁴ dans plusieurs pays comme au Brésil et au Nicaragua prouve cela et montre que le développement de la position économique des femmes par les transferts monétaires contribue à renforcer leur position sociale au sein de leurs ménages (Adato, Roopnaraine, Álvarez, Peña, & Castrillo, 2004; Suarez & Libardoni, 2008). Par exemple, l'évaluation du *PROGRESA* montre que le programme a renforcé le pouvoir de négociation et de décision des femmes dans le ménage. Grâce au « *cash transfer* » dont elles ont bénéficié, ces dernières ont été capables de faire des achats sans demander de l'argent à leurs maris (Adato, De la Brière, Mindek, & Quisumbing, 2000).

Pour saisir l'impact de ces interventions de gratuité des soins sur les inégalités de genre et la capacité des femmes, la *Capability Approach*⁵ (CA) peut constituer un cadre adapté d'analyse. Il dispose du potentiel d'intégrer dans son cadre évaluatif des questions et préoccupations féministes diverses telles que la santé reproductive, le pouvoir de décision des femmes ou leur statut social (Robeyns, 2003b).

2.4.3.1. La *Capability Approach* : une conception exigeante de la liberté

Selon la CA, le bien-être et le développement doivent être appréciés sur ce que les gens sont réellement capables de faire, c'est-à-dire leurs libertés de poursuivre les buts qu'ils valorisent et de mener la vie qu'ils désirent. Ces façons d'être et de faire déterminent la qualité d'existence d'un individu :

⁴ Appelé aussi *cash transfer*. Il s'agit d'une assistance fournie sous la forme de transferts monétaires à des pauvres ou à des groupes vulnérables.

⁵ Traduit souvent en français par approche par les capacités

« Dans l'évaluation de la justice fondée sur la capacité, les revendications des individus ne doivent pas être jugées en fonction des ressources ou des biens premiers qu'ils détiennent respectivement, mais de la liberté dont ils jouissent réellement de choisir la vie qu'ils ont des raisons de valoriser. C'est celle liberté réelle qu'on appelle la "capabilité" de l'individu d'accomplir diverses combinaisons possibles de fonctionnement » (Sen, 2000 : 122) .

Cette approche a inspiré de nombreux chercheurs qui l'ont adaptée sur des problématiques différentes allant de l'analyse de la pauvreté (Alkire, 2002), de la pratique du développement (Frediani, 2010), en santé publique (Mulvaney Day, Womack, & Oddo, 2012; Saith, 2011), sur les problématiques d'empowerment des femmes (Mohindra & Haddad, 2005), du chômage (Bonvin & Farvaque, 2007) ou des nouvelles technologies de l'information et de la communication (Hatakka & Rahul, 2012). Son architecture conceptuelle repose sur deux éléments centraux : les « *capabilities* »⁶ et les « *functionings* »⁷. Les capacités d'une personne définissent les différentes combinaisons de fonctionnements qu'il lui est possible de mettre en œuvre il s'agit de sa liberté réelle de mener les différents modes de vie qu'il souhaite. Sen (2000 : 106) l'illustre ainsi :

« Un individu jouissant d'une certaine aisance matérielle qui choisit de jeuner adopte en ce qui concerne la nourriture le même fonctionnement qu'un autre qui est réduit à la famine, mais le premier dispose d'un "ensemble de capacités" nettement différent il peut choisir de manger à sa faim, une option inexistante pour le second ».

Les fonctionnements recouvrent les différentes choses qu'une personne arrive à réaliser (Sen, 2000). Ils sont divers, depuis les plus élémentaires comme se nourrir convenablement, jouir de la liberté d'échapper aux maladies évitables comme plus complexes c'est-à-dire participer à la vie de la collectivité, jouir d'une bonne estime de soi (Alkire, 2005; Sen, 2000). Les fonctionnements d'une personne et son ensemble capacité sont liés, mais distincts. La différence est la même que celle entre des réalisations effectives et des réalisations potentielles (Robeyns, 2005). Si la combinaison de fonctionnement pour une personne reflète ses accomplissements réels, l'ensemble capacité représente sa liberté d'accomplir les

⁶ Le mot anglais « *capability* » est généralement traduit par le néologisme « *capabilité* » ou par souci de simplicité chez certains auteurs par « *capacité* »

⁷ « *functioning* » est souvent considéré comme synonyme de « *fonctionnements* » « *résultats* » « *réalisations* » ou « *accomplissements* » selon les auteurs (Farvaque, N et Robeyns, I. 2005).

combinaisons de fonctionnements possibles à partir desquelles cet individu peut choisir (Sen, 2000).

Cette liberté d'accomplir est influencée par les facteurs de conversion (Robeyns, 2005) qui influent « *the way that choice become achievement* » (Frediani, 2010 : 176). Ils sont déterminants dans la conversion des ressources qui peuvent être tangibles (comme une école, vélo) ou intangibles (une aide sociale) en réalisations effectives. Ces facteurs de conversion sont au nombre de trois : les caractéristiques personnelles (métabolisme, conditions physiques, sexe, littéracie), les caractéristiques sociales (politiques publiques, les normes sociales, facteurs sociaux) et enfin, les caractéristiques environnementales (climat, infrastructure, institutions).

Pour illustrer la façon dont ils agissent, Robeyns donne l'exemple d'une société où les femmes ne peuvent conduire sans être accompagnées d'un membre male de leur famille à cause des normes sociales et culturelles. Ainsi dans cette société, la dotation d'une ressource (vélo) ne permet pas pour autant de remplir le fonctionnement de mobilité qui était visé (Robeyns, 2005). En effet, en ce qui concerne la situation des femmes surtout dans les pays du Sud, ces facteurs agissent le plus souvent comme des contraintes rendant difficile leur liberté d'agir. Ce qui fait que même dans les cas où les femmes disposent de ressources identiques aux hommes, les facteurs de conversion limitent toujours leurs opportunités (Sen, 1992a, 2000; Sen, 1993).

L'importance de se concentrer sur la liberté réelle des gens fait que Sen incorpore le concept d'agency⁸ dans la discussion sur les capacités : « *agency relates to capabilities in that one can only make choice and act responsibly when one has options* » (Jasek Rysdahl, 2001 : 317) L'agency constitue une composante essentielle de toute analyse sur les capacités (Jasek Rysdahl, 2001). Lorsqu'il s'agit de transformer une ressource, elle marque la liberté réelle de la personne et sa capacité à faire des choix (Robeyns, 2001). La capacité à faire des choix (agency freedom) est dès lors centrale dans la CA. En effet, le « *mouvement from capability to*

⁸ Traduit souvent par qualité d'agent

acheived functioning requiert an act of choice » (Robeyns, 2003a : 45). Ce qui rend intéressant de faire porter l'évaluation non seulement sur les conditions de ce choix, mais aussi sur les forces qui favorisent ce choix et qui contribuent à la conversion d'une ressource en réalisations effectives (Robeyns, 2003a) .

Au-delà de son effet instrumental à l'atteinte du bien-être d'une personne, la qualité d'agent d'un individu marque aussi sa liberté de participer à la formulation des choix sociaux et des priorités publiques qui constituent un aspect important de son existence (Crocker & Robeyns, 2010) :

« La liberté de participer à l'élaboration critique et au processus de formations des valeurs est l'une des libertés prééminentes de notre existence sociale. Il n'est pas imaginable que le choix des valeurs sociales soit réservé aux détenteurs de l'autorité qui contrôlent les leviers gouvernementaux » (Sen, 2000 : 376).

L'évaluation sur la base de la Capability Approach peut s'effectuer dans deux espaces :

« On peut faire porter l'évaluation soit sur les fonctionnements réalisés (ce qu'un individu est en mesure d'accomplir) soit sur l'ensemble de capacité à sa disposition (ses opportunités réelles). On en retire deux séries différentes d'informations – dans le premier cas sur ce qu'une personne accomplit, dans le second cas sur ce qu'elle est libre d'entreprendre ». (Sen, 2000 : 107) .

Cependant, Sen insiste qu'il est plus pertinent que l'évaluation du bien-être porte sur l'espace des capacités qui nous renseigne beaucoup plus sur les opportunités réelles, la capacité de faire des choix de la personne et non ses seules réalisations. Toutefois, étudier les capacités n'est pas chose aisée selon Sen (2000a : 83) :

« Dans l'idéal, l'approche de la capacité devrait prendre en compte toute l'étendue de la liberté de choisir entre des paniers différents de fonctionnements, mais des contraintes pratiques nous imposent souvent de limiter l'analyse à l'examen du seul panier de fonctionnements accomplis ».

D'ailleurs dans la réalité, partir des fonctionnements est l'approche la plus répandue (Robeyns, 2005). Une démarche tout aussi pertinente (Sen, 2000) dans la mesure où elle propose une solution pragmatique qui permet d'évaluer les capacités d'une personne *via* ses fonctionnements : « *l'idée centrale est qu'à travers les réalisations d'un individu, le chercheur peut obtenir une information pertinente sur son espace des possibles et sur les privations vécues concernant la liberté de choix* » (Bonvin & Farvaque, 2007 : 16) .

Dans une optique de saisir toute la dynamique de la complexité des changements induits par ces interventions d'exemption du paiement des soins sur la capacité des femmes et les contraintes qui s'exercent sur elles, l'évaluation dans cette étude intégrera ces deux espaces comme semble d'ailleurs le plaider Sen (2000 : 254) :

« Définir les individus par leur seule relation au bien-être - celui dont ils bénéficient ou qu'ils acquièrent – est une étape indispensable, mais s'en tenir à cette approche restrictive serait manquer une dimension essentielle de la personnalité humaine ».

2.4.4. Synthèse de la littérature

L'état des connaissances montre que de nombreux travaux ont été consacrés à ces interventions de gratuité des soins. Ce qui a permis de disposer de connaissances sur leurs émergences, formulation, mise en œuvre et effets. Cependant, les études laissent certaines questions sans réponses notamment celles qui concernent leurs effets sociaux. En effet, la littérature est encore muette sur la pertinence sociale de la gratuité sélective des soins et son acceptabilité par les communautés. On ne sait pas non plus comment le ciblage des indigents est vécu par ces derniers et par le reste de la population non ciblée dans des contextes où les valeurs égalitaristes semblent dominer. Ainsi, les effets de ces interventions sur la dynamique communautaire sont encore méconnus. On n'a pas de réponses sur la manière dont la fourniture gratuite des soins aux populations est vécue par les membres des Coges habitués à leur faire payer dans des contextes où le paiement direct des soins est toujours la norme. Enfin,

bien que la littérature existante établisse une association entre la suppression du paiement des soins et la hausse des accouchements assistés, elle ne permet pas d'avoir une intelligence sur le processus qui a conduit à cela. Autrement dit, comment la gratuité des soins a influé sur le pouvoir de décision sanitaire des femmes et ce que cela a changé au sein des rapports de pouvoir au sein du ménage ?

2.5. Cadre d'analyse

Les interventions étudiées dans cette thèse sont complexes de par leur nature multidimensionnelle et paradoxale (Contandriopoulos, Rey, Brousselle, & Champagne, 2011). Elles visent à produire des changements sur plusieurs niveaux, sur le plan des systèmes, des communautés et des individus (Barnes, Matka, & Sullivan, 2003). Par conséquent, lorsqu'on cherche à les analyser, on doit tenir compte de cette complexité en adoptant des approches méthodologiques globales pas toujours conventionnelles (Contandriopoulos et al., 2011).

Ainsi, pour étudier les effets sociaux induits par les interventions d'exemption du paiement des soins au Burkina Faso, nous allons nous appuyer sur un cadre d'analyse qui comporte plusieurs concepts intégrés s'alignant sur les différents niveaux des effets sociaux identifiés dans la littérature. Ces concepts que nous avons déjà bien définis dans la partie consacrée à l'état des connaissances vont servir de trame d'analyse sur trois niveaux : au niveau macroscopique (valeurs), mésoscopique (pouvoir d'agir et pérennité) et microscopique (capabilité).

Au niveau macroscopique

Les valeurs sociales seront notre porte d'entrée conceptuelle pour analyser la pertinence sociale de la gratuité sélective des soins. Pour cela, nous allons nous baser sur les propositions théoriques d'Amartya Sen (2000b) qui stipulent que l'efficacité des politiques publiques ne tient pas à leur seule rationalité interne, mais au sens qui leur est donné par les populations.

Un sens qui postule une adéquation de la politique avec les valeurs, mais aussi qu'elle soit appropriée au milieu culturel où elle s'inscrit. Le degré de cohérence qui en résulte déterminera largement sa pertinence et son appropriation par les populations :

« Dans le choix de leurs objectifs et de leurs priorités, les politiques publiques doivent non seulement prendre en compte les exigences de justice et la portée des valeurs, mais elles doivent aussi tenir compte des valeurs auxquelles adhèrent les gens, y compris de leurs sens de la justice » (Sen, 2000 : 359).

Au niveau mésoscopique⁹

Les écrits ont montré une intrication entre la prise en compte de la qualité d'agent des populations et le niveau d'appropriation et de pérennité des politiques (Sen, 2000). Ainsi, lorsque les individus sont considérés comme des agents et non pas comme de simples « patients passifs » ils sont plus susceptibles de participer aux actions réalisées et de contribuer à leur pérennité (Crocker, 2008). De ce fait, il est attendu de ces interventions mises en étroite collaboration avec les communautés qu'elles renforcent leur pouvoir d'agir (empowerment) et celui de leur organisation (les Coges). Pour analyser ces effets sociaux au regard du pouvoir d'agir, nous avons fait appel au cadre conceptuel développé par Ninacs (2008). Ce cadre repose sur plusieurs dimensions interreliées, qui permettent de saisir le processus par lequel un individu ou une organisation passent d'un état avec peu de pouvoir d'agir à un autre où l'individu est capable d'agir en fonction de ses choix et l'organisation d'acquérir le pouvoir de répondre aux besoins de ses membres (Ninacs, 2008).

Quant à la pérennité, elle est définie par la continuité des services offerts par une intervention (Shediak Rizkallah, 1998). Elle est appréhendée dans cette recherche selon une perspective organisationnelle, donc au niveau des districts sanitaires (Pluye, Potvin, Denis, & Pelletier, 2004). Pour analyser la pérennité de ces interventions de gratuité des soins, nous allons utiliser le cadre d'analyse développé par Pluye et collègues (2004). Ce cadre stipule que la pérennité

⁹ Les cadres d'analyse de Ninacs et de Pluye ont été décrits en détail respectivement dans les articles 2 et 4.

se manifeste sous la forme de routines organisationnelles dont quatre caractéristiques ont été identifiées dans la littérature (la mémoire, l'adaptation, les valeurs et les règles) (Pluye, Potvin, Denis, et al., 2004). Ainsi, selon ce cadre, pour qu'une intervention soit considérée comme pérenne, il faut au moins qu'elle ait permis la naissance d'une activité possédant ces quatre caractéristiques.

Au niveau microscopique

L'impact de la gratuité des accouchements et des soins pour les enfants sur la capacité des femmes sera analysé grâce à la *Capability approach* (Sen, 2000). Deux dimensions de cette approche seront mobilisées : les fonctionnements et *l'agency freedom*. Les fonctionnements permettent de saisir l'ensemble des réalisations que les femmes arrivent à accomplir grâce à la gratuité des soins dans le domaine sanitaire, mais aussi social. Quant au concept de *agency freedom*, il est utile pour analyser au-delà des réalisations, l'étendue de la liberté réelle dont les femmes disposent pour faire les choix qu'elles valorisent et accomplir les fonctionnements qu'elles désirent.

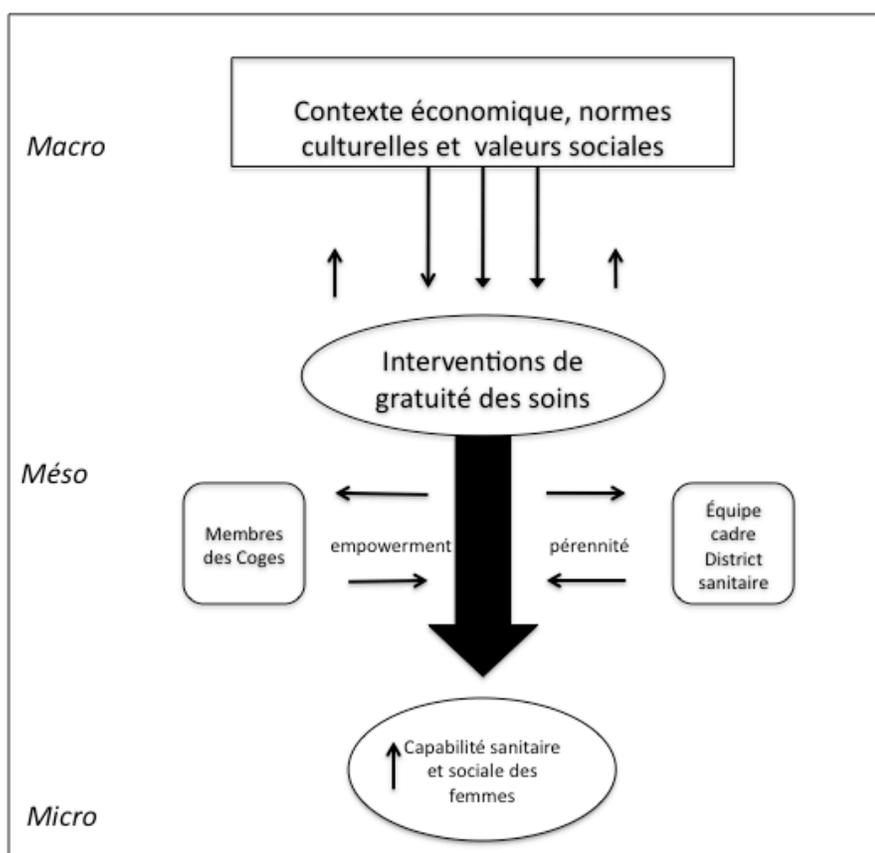
Le schéma ci – dessous (figure 1) récapitule l'ensemble des concepts mobilisés dans cette thèse pour répondre à nos objectifs de recherche. Leur interrelation et leur mise en commun vont permettre d'analyser sur trois plans conceptuels à la fois liés et différents (niveau macro, méso et micro) les effets sociaux de l'exemption du paiement des soins au Burkina Faso.

Les questions de recherche qui vont guider cette étude sont les suivantes :

1. Comment les interventions de gratuité des soins pour les indigents, les femmes enceintes et les enfants s'inscrivent dans les valeurs sociales des populations de Dori, Sebba et Ouargaye au Burkina Faso ?
2. Quels sont les effets que ces interventions ont sur le pouvoir d'agir (*empowerment*) des membres des Coges et leur organisation ?

3. Quel est l'impact de la gratuité des accouchements et des soins pour les enfants de moins de cinq ans sur la capacité des femmes dans ces districts ?
4. Quelle est la pérennité des interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ?

Figure 1 : Cadre d'analyse de la recherche



Chapitre 3. Méthodologie

3.1. Stratégie de recherche

La stratégie méthodologique utilisée est une étude de cas multiples qui est indiquée pour répondre à nos questions de recherche (Yin, 2008). Selon Yin (2008), l'étude de cas est particulièrement pertinente dans le cadre d'une recherche qui porte sur la compréhension (*how?*) et l'explication (*why?*) de comportements et phénomènes complexes. Elle constitue en ce sens un moyen privilégié pour étudier en profondeur les effets sociaux induits par les interventions de gratuité des soins. Le devis de recherche choisi est une étude de cas multiples avec niveaux d'analyse imbriqués. Comme cela est souvent préconisé dans les démarches d'études de cas (Patton, 2001; Yin, 2008), nous avons choisi la méthode de sélection de cas contrastés, de manière à produire des connaissances rendant compte de situations différentes.

Le contraste s'observe d'une part entre les caractéristiques des cas (soutien d'une ONG vs politique nationale ou initiative communautaire ; interventions reposant sur deux types de ciblage : (individuel (indigents) vs catégoriel (femmes enceintes et enfants) et d'autre part des différences qui tiennent au contexte (Peuls (7,8%) de la population et groupe social dominant à Dori et Sebba) vs Mossi (49%) de la population et groupe social dominant à Ouargaye). Ce choix nous semble pertinent pour saisir l'interrelation entre une politique et le contexte et ce que cela produit comme effets sociaux. En plus de faciliter la comparabilité, ce type de devis permet de mettre au jour la structure profonde des comportements sociaux (Gagnon, 2005). Nos cas sont constitués par les trois interventions de gratuité des soins (pour les indigents, les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans). Ces interventions reposent sur deux types de ciblage : le ciblage individuel (indigents) et le ciblage catégoriel (femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de cinq ans). Il s'agit dans cette recherche de comparer ces différentes interventions qui s'inscrivent dans des contextes sociaux différents en l'occurrence celui des Mossis et des Peuls. La différence des environnements socioculturels et des formes

d'organisations sociales de ces deux groupes sociaux constituent des « *variables spécifiques* » qui peuvent avoir une réelle importance en tant que « *source de différence* » (Poupart, 1997).

Trois niveaux d'analyse sont considérés dans cette étude : le premier niveau (*macro*) fait référence à la perception et à l'adéquation de ces interventions de gratuité sélectives avec les valeurs sociales des populations. Il est appréhendé grâce aux groupes stratégiques d'acteurs qui interviennent dans la mise en œuvre d'une politique (Kingdon, 1984; Lemieux, 2002). Ils se présentent dans notre étude comme suit : les membres des Coges (Intéressés), les autorités locales (Responsables), les infirmiers-chefs de poste (Agents) et les populations qui utilisent ou non les services de santé (Particuliers). Le deuxième niveau d'analyse (*méso*) renvoie à l'empowerment des communautés et à la pérennité des interventions. Il est saisi pour le premier à travers les membres des Coges et leur organisation et pour le second grâce aux districts sanitaires. Enfin, le troisième niveau (*micro*) a trait à l'impact des interventions sur la capacité des femmes, notamment leur autonomie et leur pouvoir de négociation dans le ménage. Il est étudié par le biais des ménages.

3.2. Déroulement de la recherche

Nous précisons que la méthode qui est présentée ici concerne seulement trois de nos articles (Article 1, article 2, article 3). Les données concernant l'article 4 ont été collectées ultérieurement. La méthodologie appliquée a été décrite en détail dans l'article en question.

3.2.1. Population à l'étude

3.2.1.1. Échantillonnage des CSPS

Notre étude s'est déroulée dans les districts sanitaires de Dori, Sebba et à Ouargaye. Le choix de ces districts sanitaires est motivé par le fait qu'ils constituaient au moment de l'étude, les seuls districts sanitaires du pays où existait l'intervention concernant la prise en charge des

indigents qui a débuté à Ouargaye. Pour ce qui est particulièrement de Dori et Sebba, ils étaient les seuls districts sanitaires du pays où existaient, en plus de la politique nationale de subvention des accouchements, des interventions pilotes de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Pour constituer la population à l'étude, deux centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ont été choisis à Dori comme à Sebba et quatre à Ouargaye. Le critère d'inclusion principal était que les interventions d'exemption des paiements des soins s'appliquent dans les formations sanitaires choisies. Pour Dori et Sebba, le choix est contraint dans la mesure où il n'existe que quatre CSPS où s'applique la prise en charge des indigents. En revanche, en ce qui concerne Ouargaye (10 CSPS participants), on a ajouté d'autres critères d'inclusion comme l'homogénéité sociale des populations fréquentant les CSPS et le fait que dans certains des CSPS, les comités villageois de sélection (CVS) ont choisi beaucoup d'indigents devant bénéficier de la gratuité des soins, inversement à d'autres qui en ont choisi peu. La considération de ce facteur nous semblait utile pour disposer d'informations au niveau des valeurs et de la conception de la justice sociale. En outre, la sélection des CSPS s'est faite avec l'aide des équipes sur le terrain en tenant compte des critères susmentionnés.

3.2.1.2. Échantillonnage des entrevues individuelles et de groupe

Comme technique d'échantillonnage, nous avons appliqué la méthode non probabiliste qui permet d'acquérir une connaissance détaillée et circonstanciée de la vie sociale (Poupart, 1997). Puisque nos différentes catégories d'acteurs sont bien définies (autorités locales, membres des Coges, agents de santé et populations), nous sommes restés fidèles, dans un premier temps, au principe de l'échantillon par homogénéisation, puis, à l'intérieur de chacun de ses groupes, on a choisi les individus les plus divers (principe de diversification interne) (Pires, 1997). Le but recherché est d'accroître la possibilité de disposer d'un éventail large de points de vue mais aussi d'atteindre la saturation empirique ou de connaissance au sein de chacun de ces groupes stratégiques. Cette démarche que Olivier de Sardan (2008) appelle triangulation complexe a pour mérite de croiser de façon raisonnée des points de vue dont on pense que la différence fait sens.

Le groupe des particuliers a été sélectionné avec l'aide de la formation sanitaire, des membres des Coges qui connaissent mieux le milieu. Dans chaque CSPS, un responsable et un agent issus du contexte social d'étude ont été sélectionnés ainsi que des membres du bureau des Coges. Avec ces derniers, il a été possible en même temps de documenter la conception de la justice sociale, d'étudier en profondeur grâce à des entrevues de groupe (incluant les 7 membres des Coges lorsque possible) le fonctionnement de ces organisations et l'effet des interventions sur la participation communautaire. En ce qui concerne les femmes, nous les avons sélectionnés chez les utilisatrices des services de santé comme chez les non-utilisatrices. Les premières ont été choisies de manière aléatoire parmi les femmes enceintes et allaitantes trouvées sur place dans les CSPS des deux sites. Pour les secondes, la sélection s'est faite avec l'aide des associations féminines sur place.

Concernant le nombre de personnes à interviewer, nous avons procédé comme suit : des entrevues en profondeur ont été menées avec un responsable local et un infirmier-chef de poste (ICP) pour les groupes des responsables et des agents par CSPS. Pour les particuliers, nous avons recueilli les informations aussi bien auprès des utilisateurs que des non-utilisateurs des services de santé. Ils ont été sélectionnés comme mentionné plus haut avec le concours des acteurs sur le terrain selon une répartition équilibrée entre les différents CSPS. Dans chaque formation sanitaire, tous les membres du Coge (7) ont été sollicités pour participer à une entrevue de groupe. Cependant compte tenu de la période de l'enquête qui s'est déroulé durant l'hivernage, il était souvent impossible de réunir la totalité des membres du bureau. Dans ces situations les entrevues de groupe se sont déroulé avec ceux disponible, mais toujours en veillant qu'au moins 4 membres sur les 7 qui composent le bureau soit présents.

Enfin pour ce qui est des entrevues avec les femmes, une quarantaine ont été rencontrées, répartie entre les districts de la façon qui suit : vingt entre Dori et Sebba et vingt à Ouargaye. Nos guides d'entrevue ont été soumis à une sociologue qui a déjà travaillé sur le terrain afin de les adapter aux réalités locales. Puisque l'étudiant chercheur ne parle pas les langues des deux

sites d'étude. Un interprète habitué aux enquêtes qualitatives a été aussi sollicité lors d'entretiens avec des informateurs ne parlant pas français

Tableau 1 : les répondants aux entretiens individuelles et de groupe

Instruments/catégories d'acteurs	Membres des Coges	Utilisateurs ou non-utilisateurs des services	Autorités administratives	Agents de santé
Profils des enquêtés	président du Coges et trésorier	paysans ménagères indigents	Maire préfet	infirmier-chef de poste
Entrevues approfondies (total) = 104	16 (H : 15) (F : 1)	72 (H : 32) F : 40)	8 (H : 7) (F : 1)	8 (H : 8) (F : 0)
Dori et Sebba (n=52)	8	36	4	4
Ouargaye (n=52)	8	36	4	4
Entrevues de groupe// nbre de personnes	8 (N=36)			

Note : H : homme, F : femme

3.2.2. La collecte des données

Pour notre recueil des informations, nous avons utilisé trois types de méthode : l'analyse documentaire, des entretiens semi dirigés individuelles et de groupe. L'utilisation des données documentaires (monographies, rapports d'études, plans d'action des CSPPS) nous a permis de retracer de manière « diachronique » la mise en œuvre de ces interventions. L'étude de ce corpus documentaire a permis aussi d'affiner notre connaissance du contexte d'étude et mieux saisir l'interaction entre les acteurs (Quivy & Campenhoudt, 1995). Les entretiens de groupe

se sont déroulées avec les membres des Coges. Elles ont permis de documenter les effets perçus de ces interventions sur l'empowerment communautaire. En ce qui concerne les entrevues semi-dirigées, elles sont séantes dès lors qu'on cherche « *à appréhender et à rendre compte des systèmes de valeurs, de normes de représentations, de symboles propres à une culture ou à une sous-culture* » (Michelat, 1975 : 230). Elles nous ont permis d'appréhender la conception émique de la justice sociale et d'étudier les effets sociaux des interventions d'exemption du paiement des soins (Poupart, 1997).

3.3. Analyse des données

Pour analyser les données de chaque article, nous avons procédé à la démarche suivante. Les entrevues ont permis de disposer d'une grande quantité d'informations, mais qui ne restent cependant que des mots sous forme de texte qu'il a fallu organiser (Miles & Huberman, 2003). L'analyse s'est faite sur plusieurs étapes. La première a consisté à retranscrire exhaustivement toutes les entrevues à partir de l'enregistrement sur support numérique. Simultanément, il a été procédé à leurs traductions/transcriptions en français (deux traductions/transcriptions ont été effectuées, pour les entrevues en Pulaar (Peul) et celles en Moore (Mossis). Pour assurer la qualité des transcriptions, et éviter toute déformation des propos, elles ont été confiées à des professionnels ayant une maîtrise parfaite de la langue locale pour chaque site d'étude ainsi que du français. De plus, pour renforcer la qualité du processus, un premier segment de traduction/transcription du matériau empirique a été soumis pour confrontation et validation à nos interprètes qui nous avaient accompagné sur le terrain. Ces derniers ont pu vérifier la qualité du travail avant la poursuite de la traduction sur le reste du corpus de données.

C'est cet ensemble constitué des discours de nos informateurs qui a constitué notre corpus théorique (Michelat, 1975). Nous avons utilisé la démarche thématique (Miles & Huberman, 2003) préconisée par Miles et Huberman qui semble convenir lorsqu'on tente particulièrement de mettre en évidence les représentations sociales ou les jugements de personnes à partir d'un examen de leurs discours (Quivy & Campenhoudt, 1995).

Dans un second temps, il s'est agi, grâce au logiciel d'analyse QDA Miner, de relever les unités d'informations, l'élément le plus petit possible, mais qui par le sens ou ce qu'il représente permet de saisir au mieux notre objet d'étude (Gagnon, 2005). Cette partie appelée codage par Van der Maren (1999) ou condensation des données selon la lexicologie de Miles et Huberman (2003) est éminemment importante, car la qualité et la profondeur de l'analyse dépend largement de la manière dont on a codé. Nous avons veillé ainsi à adopter un lexique assez discriminant pour éviter l'amalgame et l'absence de précision qui fait qu'un même extrait soit sujet à des marques de codes concurrentes (Van der Maren, 1999). Comme préconisé par Van der Maren (1995), pour chaque article le cadre théorique adopté a servi durant toutes ces étapes de trame d'interprétation. Ainsi, la phase de thématisation a obéi à une certaine typologie correspondant aux différentes dimensions du cadre utilisé (Van der Maren, 1995).

Enfin, la dernière phase qui est celle de l'analyse des données codifiées a permis de nous imprégner de celles-ci et de relever les faits généraux, les régularités, les convergences ou les divergences qui se dégagent de nos données. Nos notes documentaires nous ont servi tout au long de cette étape à valider et enrichir une explication. Afin de comprendre l'influence des facteurs contextuels dans les effets observés, les interprétations internes à chaque cas ont été par la suite confrontées, ceci dans le but d'examiner leurs similitudes et divergences.

3.4. Validité de la recherche

Un certain nombre de précautions ont été prises pour assurer la crédibilité des résultats (validité interne). Ainsi, nos données documentaires, en plus d'être choisies selon des sources variées, ont été soumises à une analyse critique. Nous avons veillé aussi à ce que notre présence ne fausse pas la nature des données recueillies (Gagnon, 2005). Le fait que nous soyons restés assez longuement sur le terrain (six mois) a contribué sûrement à limiter ce biais. Tout au long des entrevues, les significations et interprétations ont été clarifiées et vérifiées

auprès de nos informateurs afin de nous assurer que nous avons bien saisi le sens des propos recueillis. Le fait d'avoir travaillé en étroite collaboration avec des enquêteurs connaisseurs de nos contextes d'étude nous a permis de mieux saisir les subtilités du contexte socioculturel et d'accéder à une meilleure compréhension des réponses. C'est dans cette même perspective qu'un résumé des transcriptions des entrevues a été présenté à nos informateurs clefs pour validation (Olivier de Sardan, 2008a). Aussi, nos résultats ont été présentés au cours d'un atelier de restitution et lors d'un colloque au Burkina Faso en présence des acteurs concernés avec une bonne acceptabilité (Miles & Huberman, 2003).

En outre, la diversité de nos informateurs en fonction de leur sexe, condition sociale, âge a permis d'assurer que la perception locale de la justice sociale saisie à travers nos entretiens recoupe un large éventail de points de vue (Olivier de Sardan, 2008a). Enfin, la triangulation des outils par l'utilisation combinée de l'analyse documentaire et des entretiens a contribué davantage à la validité de notre recherche (Yin, 2008).

Le but de l'étude de cas contrastés est d'ouvrir les voies à la comparaison (Poupart, 1997). Ainsi, en ce qui concerne la validité externe Pires (1997 : 159) nous dit que c'est plutôt par la logique de la comparaison que l'on en arrive à la généralisation, que par saturation, « *la généralisation empirique trouve...appui dans une bonne description interne de chaque cas et dans la subséquente comparaison avec les autres cas* ».

3.5. Considérations éthiques

La prise en compte des aspects éthiques de notre étude a été bien présente. Avant son commencement, nous avons déposé une demande auprès du comité d'éthique à l'Université de Montréal et au comité d'éthique de la recherche en santé au Burkina Faso. Comme il s'agit de faire des entrevues avec des personnes, nous avons veillé à leur garantir la confidentialité des données les concernant, tout en nous assurant de leur bonne compréhension des objectifs de la recherche. Leur consentement libre et éclairé a été sollicité et obtenu pour la participation à

l'étude. La liberté totale de nos informateurs de se retirer à tout instant n'a souffert d'aucune entrave. Bien évidemment, en ce qui concerne les entrevues individuelles, une attention particulière a été accordée à la préservation de l'anonymat des personnes interviewées. Nous avons veillé à ce qu'elles se déroulent à l'abri des regards, de manière à ce qu'une totale discrétion entoure les propos des informateurs. Aussi la rédaction de nos articles et de la thèse a été faite de sorte qu'aucun sujet de notre échantillon ne puisse être identifié. Pour cela, les noms dans les verbatim ont été remplacés par des numéros.

Chapitre 4. Résultats

Ce chapitre présente les résultats qui composent cette thèse. Il est constitué de quatre articles dont trois sont déjà publiés et le quatrième sera soumis sous peu. En ce qui concerne la contribution des différents auteurs, la conception du protocole de recherche, la collecte des données, ainsi que l'analyse ont été réalisées par l'étudiant sous la supervision de son directeur de thèse Valéry Ridde. L'étudiant a rédigé intégralement les premières versions des différents articles qui ont été ensuite intégralement corrigés par Valéry Ridde. Seul le troisième article a fait l'objet d'une collaboration externe notamment avec la participation de Ludovic Queuille qui l'a entièrement relu et commenté.

Tableau 2 : liste des articles de la thèse

Titre	Étape dans la publication
Article 1 : La pertinence sociale de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso. Auteurs : Oumar Malla Samb et Valéry Ridde	Publiée une première fois par la revue « <i>Afrique Contemporaine</i> » (2012), l'article a été par la suite développé sous la forme d'un chapitre de livre dans un ouvrage collectif : « les indigents et les politiques de santé en Afrique, expériences et enjeux conceptuels » par les Éditions Academia (2013).
Article 2 : Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'empowerment des communautés au Burkina Faso. Auteurs : Oumar Malla Samb et Valéry Ridde	Publié sous le titre : Samb, O. and V. Ridde (2012). "Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'empowerment des communautés au Burkina Faso." <i>Canadian Journal of Public Health</i> " 103(7) : S20.
Article 3 : La gratuité des accouchements et des soins pour les enfants : une stratégie payante de renforcement des capacités des femmes au Burkina Faso. Auteurs : Oumar Malla Samb et Valéry Ridde	Destiné à la revue « <i>Reproductive Health</i> »
Article 4 : Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso? Auteurs : Oumar Malla Samb, Valéry Ridde et Ludovic Queuille	Publié sous le titre : Samb, O., V. Ridde, et al. (2013). "Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ?" <i>REVUE Tiers Monde</i> 215(3) : 73.

4.1. Articles 1 : La pertinence sociale de la gratuité sélective des soins dans trois districts sanitaires burkinabés (Dori, Sebba, Ouargaye)¹⁰

Auteurs : Oumar Malla Samb et Valéry Ridde

Résumé

Le paiement direct imposé dans le cadre de l'initiative de Bamako a réduit l'accès aux soins aux démunis et aux groupes vulnérables. Face à cela, de nombreux auteurs ont formulé des recommandations pour la mise en place de politiques de ciblage social. Cependant, au-delà de son efficacité, le ciblage social pose de nombreux problèmes comme son acceptabilité, la difficulté d'identifier correctement les bénéficiaires et la question de la stigmatisation. Cette recherche a étudié selon une approche qualitative la pertinence sociale de la gratuité sélective des soins accordée aux femmes, aux enfants et aux indigents au Burkina Faso. Les résultats montrent que cette gratuité sélective des soins est socialement acceptée même si le choix des groupes est questionné. En outre, ils montrent que l'implication des communautés dans la sélection des bénéficiaires joue un rôle majeur dans l'acceptabilité et l'efficacité de ces politiques, en limitant notamment la stigmatisation sociale des indigents.

Mots clefs : Gratuité des soins, ciblage, Burkina Faso, communautés, valeurs sociales

¹⁰ Ce chapitre est une version augmentée d'un article publié dans *Afrique Contemporaine* (2012)

1. INTRODUCTION

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

C'est ainsi qu'à partir des années 2000 de nombreux pays ont décidé de mettre en place des politiques d'exemption de paiement en ciblant les plus pauvres et les plus vulnérables (Nabyonda et al, 2005). Deux types de ciblage sont généralement utilisés dans le cadre de ces politiques de gratuité sélectives (Ridde, 2011). D'une part, le ciblage d'individus ou de ménages basé sur l'appréciation directe des revenus, soit en termes monétaires (*means testing*) ou par le moyen d'un score évaluant le niveau de vie (*proxy means testing*). D'autre part, le ciblage démographique qui concerne les groupes de la population considérés comme étant les plus vulnérables (femmes, enfants ou personnes âgées) (Hanson et al., 2008). Dans le contexte du Burkina Faso où la présente étude est réalisée, on retrouve ces deux méthodes.

La documentation sur les programmes de ciblage démographique reste encore insuffisante (Coady et al., 2004). La plupart des écrits qui y sont consacrés se sont limités à étudier les politiques de ciblage sous l'angle de l'efficacité, notamment leur performance quant à la couverture des bénéficiaires, ou en mettant en évidence des erreurs de ciblage (Hanson et al., 2008) occultant trop souvent leurs effets sociaux. Par effets sociaux, nous entendons les changements ou bouleversements induits par le ciblage au niveau du système de valeurs des

communautés et de leurs préférences. En Afrique, les expériences de ciblage sont encore rares et insuffisamment étudiées (Coady et al., 2004). Nous nous intéresserons essentiellement à la pertinence sociale de la gratuité sélective organisée par trois interventions et à leur adéquation avec les valeurs de certains groupes sociaux au Burkina Faso.

2. CONTEXTE ET INTERVENTIONS DE GRATUITE SELECTIVE

Les interventions dont nous étudions la pertinence sociale se déroulent dans trois districts (Dori, Sebba dans la région du Sahel et Ouargaye dans la région du Koulpelogo) et ciblent trois groupes sociaux différents (Tableau1). Le gouvernement a mis en place en 2006 une subvention de 80 % des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) (Ministère de la santé, 2006). Puis, en 2008, une ONG internationale, en complémentarité de cette stratégie gouvernementale, a décidé de prendre en charge la part des 20% réclamée aux femmes dans les districts de Dori et de Sebba rendant ainsi les soins totalement gratuits pour elles mais ajoutant aussi la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans. L'intervention repose sur le principe du tiers payant. L'ONG et l'État remboursent les Coges pour les soins qu'ils ont fournis gratuitement. La politique nationale (Sonu) se superpose à une intervention instaurant la prise en charge communautaire des indigents qui a démarré en 2007 dans le district de Ouargaye, et qui a été étendue aux districts de Dori et Sebba depuis 2010. Cette gratuité est financée par les Coges sur leurs fonds propres et concerne les indigents sélectionnés par des comités villageois de sélection (CVS). Les CVS ont été mis en place dans chaque village avec l'implication des différentes composantes de la communauté (femmes, religieux). Après avoir procédé à l'identification et à la sélection des indigents de son village, chaque CVS a ensuite soumis la liste des bénéficiaires qu'il avait établie successivement au chef du village, aux autorités communales (maire ou conseillers) et au Coges de son aire sanitaire pour une sélection finale. Dans le souci d'éviter toute collusion, les membres des Coges ou les chefs de village n'ont pas été inclus dans les comités villageois de sélection.

Tableau 1 : présentation des interventions de gratuité sélective et du contexte en 2010

LES INTERVENTIONS DE GRATUITÉ SÉLECTIVE				
Catégories sociales exemptées	Femmes enceintes		Enfants – 5 ans	Indigents
Districts concernés et taux de l'exemption	Dori et Sebba (100%)	Ouargaye (80%)	Dori et Sebba (100%)	Dori, Sebba et Ouargaye (100%)
Financement	Etat + ONG	Etat	ONG	Communautés
LEURS CONTEXTES SOCIAUX				
Districts	Dori	Sebba	Ouargaye	
Groupe social majoritaire	Peulh	Peulh	Mossi	
Nombre de CSPS	17	11	25	
Nombre d'habitants	290 000	170 000	260 000	
Activités économiques dominantes	élevage	élevage	agriculture	

Source : MS/DEP, annuaire statistique 2008

3. CADRE THEORIQUE :

En Afrique, où les politiques publiques sont largement d'origine exogène, sous influence des organisations internationales, les recherches suggèrent que la question des valeurs, des significations locales de la solidarité, sont souvent absentes des préoccupations des concepteurs (Standing, 2002).

Il y a une double clôture des politiques publiques. Clôture par les experts qui prétendent être les seuls à même de déterminer ce qui est bon pour la société, clôture par l'élite dirigeante qui se pose en seul interprète rationnel des contraintes qui pèsent sur la cohésion sociale (Jobert, 1992). Or, selon Amartya Sen (2000 : 359), la réussite d'une politique publique est largement tributaire de la prise en compte des valeurs et notamment de la manière dont l'équité est perçue par les populations :

« Dans le choix de leurs objectifs et de leurs priorités, les politiques publiques doivent non seulement prendre en compte les exigences de justice et la portée des valeurs, mais elles doivent aussi tenir compte des valeurs auxquelles adhèrent les gens, y compris de leurs sens de la justice ».

L'équité ne se décrète pas, mais doit émaner des représentations sociales. La question des valeurs est, dès lors, centrale d'autant plus que ce sont « *les normes et les notions liées à la justice qui déterminent les comportements* » (Sen, 2000 : 359). Une intervention doit donc s'adapter et être appropriée au milieu culturel dans lequel elle s'inscrit.

Ces propositions théoriques de Sen vont nous servir de base pour rendre compte de la pertinence sociale des interventions de gratuité sélectives des soins qui se déroulent sur nos terrains. Nous allons nous intéresser aux différents acteurs sociaux qui agissent dans la mise en place de ces interventions afin d'étudier leurs perceptions, représentations et préférences. On se demandera également comment la gratuité sélective des soins pour les indigents, les femmes enceintes et les enfants s'inscrit dans les valeurs et croyances des populations.

4. METHODOLOGIE

Pour répondre à cette question, le devis de recherche utilisé est une étude de cas multiples (Yin, 2008) reposant sur l'utilisation de données qualitatives. Nos cas sont constitués des trois interventions de gratuité sélectives (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans et indigents). La population étudiée dépend des huit centres de santé où se déroulent ces interventions. Pour Dori et Sebba, le choix est contraint dans la mesure où il n'existe que quatre CSPA où s'applique la prise en charge gratuite des indigents. En revanche, en ce qui concerne Ouargaye, 10 CSPA y participent. Les quatre CSPA où s'est déroulée l'étude concernant Ouargaye sont homogènes ethniquement (le même groupe social mossi y est dominant). Les données qualitatives proviennent de trois instruments de collecte (entrevues individuelles, entrevues de groupe et documentation) qui ont été utilisés au cours d'une enquête de terrain qui a duré six mois en 2010. Des entrevues individuelles (n=104) et de groupe (8 : n=36) ont été effectuées auprès des principales parties prenantes des interventions (Tableau 2) avec l'aide d'un interprète lorsque c'était nécessaire. Pour la sélection des participants, tous les groupes d'acteurs ont été d'abord identifiés (échantillonnage par homogénéisation), puis, à l'intérieur de chaque groupe, on a sélectionné les personnes dont les profils étaient les plus divers afin de croiser les points de vue (diversification interne) (Pires, 1997). Les entrevues ont porté sur les thèmes suivants : valeurs sociales, organisation sociale, justice sociale, perception du ciblage, stigmatisation et préférences des acteurs. L'étude documentaire a reposé sur les politiques nationales de santé et les rapports d'activités de l'ONG et des districts étudiés. Toutes les entrevues ont été retranscrites en français à partir de l'enregistrement numérique. Le matériel a été organisé avec le logiciel QDA-Miner[®] selon une démarche thématique (Miles & Huberman, 2003). Cette recherche a été approuvée par les comités d'éthique de l'université de Montréal (CRCHUM) et du Burkina Faso.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants et instruments de collecte

Instruments/catégories d'acteurs	Membres des Coges	Utilisateurs ou non utilisateurs des services	Autorités administratives	Agents de santé
Profils des enquêtés	président du Coges et trésorier	paysans ménagères indigents	Maire préfet	infirmier chef de poste
Entrevues approfondies (total) = 104	16 (H : 15) (F : 1)	72 (H : 32) F : 40)	8 (H : 7) (F : 1)	8 (H : 8) (F : 0)
Dori et Sebba (n=52)	8	36	4	4
Ouargaye (n=52)	8	36	4	4
Entrevues de groupe/nbre de personnes	8 (N=36)			

Note : H : homme, F : femme

5. RESULTATS

5.1. Bien fondé et pertinence sociale de la gratuité sélective

Dans les trois districts étudiés, une large majorité des personnes interrogées considère que la gratuité sélective accordée aux indigents, aux femmes enceintes et aux enfants est juste et socialement acceptée : *«Les gens qui sont aidés appartiennent aux mêmes familles que ceux qui ne sont pas aidés, donc c'est la même chose. Si on n'aide pas ton propre enfant on a aidé ta femme ou c'est celui de ton proche qui est aidé»* explique un membre de la communauté (D1#42). La tendance générale montre que le traitement préférentiel accordé à ces catégories de la population ne pose pas problème : *« Nous ne sommes pas égaux, tout le monde ne peut pas être égal. Il y a 5 doigts et ils n'ont pas la même taille. Il y a la vieillesse qui compte, il y a*

aussi la maladie qui compte, donc il est normal de prendre ces groupes pour les aider» argumente un paysan (D3#21).

Parmi les arguments invoqués pour expliquer cette acceptabilité du ciblage il y a la vulnérabilité dans laquelle se trouvent les groupes ciblés :

« Parmi les membres de la communauté, il existe des catégories sociales plus nanties que d'autres couches de la population qui sont plus vulnérables, parmi lesquels on compte les personnes âgées, les femmes enceintes et celles avec de petits enfants et les indigents» dit une ménagère (D2#10).

Les valeurs sont aussi invoquées par la plupart des personnes interrogées comme étant des éléments favorables de l'adéquation du ciblage avec le contexte : *«Vous savez, même dans le zakat (aumône islamique) on favorise les pauvres. La religion conseille cela, donc tout le monde ne peut être que d'accord qu'on vienne en aide d'abord aux plus démunis»* nous dit un membre des Coges à propos du ciblage des indigents (D1#49). En ce qui concerne particulièrement le ciblage des indigents, la démarche communautaire et participative adoptée semble y avoir beaucoup contribué, aux dires d'un président de Coges :

«Nous avons pris l'initiative de rencontrer les imams et toutes les personnes ressources de la commune pour leur demander de nous fournir les listes des personnes dont ils connaissent la situation d'indigence. Ils sont allés dans tous les villages et ont dressé des listes selon le nombre de personnes que l'on pouvait prendre en charge». (D3 # 23).

Il existe néanmoins quelques réticences, comme dans le cas de cette autorité administrative pour qui la gratuité sélective est porteuse de tensions sociales : *«Je trouve cela injuste même avec les vaccinations, c'est toujours les mêmes : les vieux à un certain moment se sont plaints et ils ont trouvé que ça continue et que leurs plaintes n'ont pas été entendues»* (D2 #67).

5.2. Perception et préférences des acteurs sociaux

Le choix des catégories sociales opéré dans le cadre des interventions ciblées a été moyennement contesté à Dori et Sebba et plus fortement à Ouargaye. À Ouargaye, une grande majorité parmi les quatre groupes d'acteurs sociaux considère que les catégories sociales prioritaires sont les femmes et les enfants, suivis des indigents. Or, il n'existait au moment de notre enquête aucune intervention d'exemption de paiement des soins pour les enfants dans le district. Ainsi, une proportion importante des acteurs sociaux préconisait leur inclusion dans les groupes cibles ou à défaut de remplacer les indigents par les enfants : *«Je choisis les enfants, parce que sans soins ils vont mourir»* souligne un membre des Coges (D3#55). À Dori et Sebba, une majorité s'est dégagée en faveur du ciblage actuel. Cependant, une proportion importante des personnes interrogées pensait que les gens âgés devaient être inclus dans le groupe des bénéficiaires de la gratuité des soins. L'élargissement du ciblage est l'option préférée mais, si le choix est contraint, certains envisagent de remplacer les indigents par les personnes âgées considérées comme prioritaires : *« Ces vieilles femmes nous ont mis au monde. C'est pour cela qu'il faut commencer par elles»* soutient un préfet » (D2#38).

Les justifications avancées en faveur des personnes âgées à Dori et Sebba s'inscrivent globalement dans des considérations humanitaires et morales plutôt que sanitaires : *«Les personnes âgées ont besoin d'une assistance particulière. Par obligation morale, ils ne doivent pas se sentir oubliés. Il faut qu'on puisse, ne serait-ce que dans le domaine de la santé, penser à eux»* (D1# 53, agent de santé). En revanche à Ouargaye, les justifications des préférences varient selon la position sociale. Les agents de santé et les membres des Coges justifient principalement le choix des enfants par des raisons de santé publique. *« Les enfants de 0 à 5 ans sont prioritaires. La plupart des évacuations c'est surtout les enfants. Le gros problème c'est le retard de consultations du à l'accessibilité financière»* dit un agent de santé (D3#9). À l'inverse, les autres membres de la communauté utilisent des arguments humanitaires et moraux : *« On ne sait pas ce que l'enfant va devenir demain, il peut devenir un président. En plus la base de l'indigence d'une personne commence dès l'enfance»* considère un paysan (D3#96).

Par ailleurs, même si les interventions ciblées sont perçues positivement par les acteurs sociaux dans leur majorité, il s'avère que la gratuité sélective comme politique publique sanitaire n'est pas leur option préférée pour le long terme : *«Normalement on doit aider tout le monde car nul ne se suffit à soi-même ; de la même manière que je veux qu'on m'aide, je veux qu'on aide les autres aussi. Vous savez, tout le monde est pauvre ici »* affirme un paysan (D2#32).

L'attachement au paiement reste cependant fort chez les autorités administratives, les membres des Coges et les agents de santé :

«Je pense que le fait de faire participer la communauté pour payer une partie de ses soins, c'est pas mal. Ça permettra de leur faire comprendre que ce n'est pas parce que les produits sont gratuits qu'ils sont mauvais. Je pense que ce serait bien si cette population payait une bonne part», agent de santé (D1#34).

On retrouve ici une certaine forme d'idée reçue sur le besoin de «responsabiliser» les patients, tel que des cadres du ministère de la santé l'écrivent (Ministère de la santé, 2010).

5.3. Indigents et stigmatisation

Aucun sentiment de honte ou de gêne n'a été observé chez les indigents sélectionnés que nous avons rencontrés : *«Il n'y a pas d'inconvénients à cela et le fait d'être retenu est un cadeau»* (D3#20) dit un indigent. Sans ressources et souvent isolés du reste de la société, la gratuité des soins est interprétée par les indigents comme l'expression de la solidarité communautaire à leur égard : *«J'ai perdu mon époux et je suis seul, on m'a proposé l'aide et j'ai accepté avec plaisir»* (D3#63). De même, aucun indigent n'a relaté un comportement stigmatisant ou discourtois à son égard chez les autres membres de la société : *«Concernant mes voisins, je les entends souvent dire que, vraiment quelqu'un dans mon état mérite d'être soutenu et qu'ils sont d'accord avec cela»* (D2#7).

Il n'a pas été observé chez les indigents de non recours aux soins résultant d'un sentiment de honte : *«Maintenant à chaque fois que je suis malade, je me rends à l'hôpital pour me soigner»* (D1#11) confirme un indigent. Les indicateurs de l'utilisation des services par les indigents ont progressé aux dires d'un agent de santé : *«Aujourd'hui un indigent qui est malade, c'est arriver à l'hôpital qui est son problème, dès qu'il arrive, on le soigne. Cela fait que ceux qui étaient malades et qui avant restaient chez eux viennent à l'hôpital»* (D2#53).

Cependant, même si le paiement au point de service a été éliminé, l'accès aux soins reste toujours difficile pour les indigents dont certains, à cause de l'âge et des limites de mobilités associées, ne peuvent pas se déplacer jusqu'aux centres de soins :

«Si j'y vais, je peux avoir les médicaments, mais je ne peux pas aller au dispensaire. Je ne peux pas non plus monter sur un vélo, j'ai voulu envoyer un enfant pour qu'il me prenne les médicaments mais on m'a dit que c'était impossible» raconte un indigent (D3#76).

Du côté des autres acteurs, aucun sentiment de jalousie ou d'être lésé n'a été observé, malgré le fait que la gratuité qui a été accordée aux indigents a été rendue possible par la poursuite du paiement direct dont les bénéficiaires servent pour une petite partie à financer cette gratuité. Bien au contraire, cette mesure est considérée comme un symbole de l'entraide communautaire : *«Oui, nous sommes d'accord avec la prise en charge des indigents. C'est quelque chose que nous même on n'a souhaité »* (D3#15) dit un paysan.

La transparence du processus de sélection des indigents est unanimement reconnue par les différents acteurs sociaux. Cette perception positive de la démarche a contribué à l'absence de conflits sociaux entre les bénéficiaires et les non bénéficiaires aux dires d'un agent de santé : *«Je peux dire que l'atout majeur se trouve dans la manière dont on a sélectionné les indigents. Je pense qu'il y a eu de l'harmonie et de la transparence. On a laissé le libre choix à la population de choisir les indigents et ils l'ont fait en toute objectivité »* (D3#17). Certains restent cependant insatisfaits de la sélection qu'ils trouvent trop restrictive : *«Je ne peux rien dire sur la justesse de la sélection des indigents. Mais quand même, il fallait prendre*

beaucoup plus. L'atmosphère n'est pas la même que si on aidait beaucoup plus» dit un indigent non retenu (D2#46). Une sévérité dans la sélection que les Coges expliquent par la faiblesse de leurs ressources :

«Y en a beaucoup qui disent que l'initiative est bonne mais c'est le nombre qui fait défaut. Pourtant c'est en fonction de notre budget que nous aussi on sélectionne. Ils veulent que l'on prenne des centaines mais en une seule année, on ne peut pas» se défend un membre des Coges (D3#14).

Pour autant, le problème de l'indigence, ne semble pas être une préoccupation pour tout le monde. La réticence à le considérer comme un problème public et prioritaire est toujours perceptible chez certains responsables :

«Je pense qu'il faut aider ceux qui sont productifs aussi, je ne dis pas, c'est un peu gênant, de dire qu'il faut abandonner les indigents, ça veut dire qu'ils n'ont qu'à aller mourir, c'est un peu difficile de dire ça. Je pense qu'il faut qu'on soit au plan économique bien nantis pour les prendre en charge» (D2#67).

6. DISCUSSION :

La présence d'une intervention d'une ONG sur laquelle porte partiellement notre recherche a pu induire des biais dans notre enquête. Pour en limiter l'impact, nous avons insisté sur notre indépendance, clarifiant sans équivoque que l'entrevue ne pouvait avoir aucune influence sur sa décision de continuer les services de gratuité (Boutin, 1997). Nos données ont porté sur un petit nombre de personnes, ce qui peut limiter le potentiel de généralisation des résultats à d'autres districts. En revanche, le fait que les résultats de la recherche soient globalement similaires en dépit des contextes sociaux hétérogènes renforce la validité interne de l'étude.

6.1. Gratuité sélective versus gratuité universelle

Le ciblage actuel des interventions repose sur une vision rawlsienne de la justice sociale qui veut que les plus vulnérables soient traités différemment et favorablement (Massé & Saint-Arnaud, 2003). Cette conception de la justice sociale ne semble pas être majoritaire dans les communautés étudiées où les valeurs égalitaristes paraissent dominantes. Nos résultats confirment d'autres études. En effet, dans un contexte analogue à celui d'un de nos districts (Ouargaye) des recherches montrent que l'organisation sociale chez les Mossi (dans le contexte du Yatenga) fait que : «*L'égalité de l'accès aux soins pour tous prime sur l'équité d'accès pour certains*» (Ridde 2006 : 25). Au niveau national, une étude confirme cette dominance du modèle égalitariste comme principe de justice sociale au Burkina Faso (Razafindrakoto & Roubaud, 2005). Ailleurs en Afrique, une étude récente au Mali (Touré, 2013) rend compte de cette préférence des communautés en faveur de l'accès universel aux systèmes de santé plutôt que spécifiquement pour quelques uns. Ce qui valide en quelque sorte l'hypothèse avancée par certains auteurs pour qui, en Afrique subsaharienne, c'est le modèle égalitariste qui est dominant contrairement à d'autres contextes comme l'Asie du Sud Est (Noirhomme & Thomé, 2006).

Comment s'explique alors ce paradoxe, les communautés de notre enquête adhérant massivement à la gratuité sélective proposée ? Plusieurs explications peuvent être avancées. On peut inscrire cette mutation dans une perspective plus globale de changement paradigmatique concernant la formulation des programmes sociaux. En effet, depuis quelques années, un glissement s'est opéré au plan de l'équité dans les politiques publiques sanitaires. De l'égalitarisme érigé en principe par Alma Ata à la fin des années 1970, on est passé à une conception davantage rawlsienne des politiques sanitaires (Tizio, 2002), telle qu'appliquée dans le cadre des nouvelles interventions de gratuité sélective des années 2000. Ce virage s'est accéléré avec la volonté de la communauté internationale de concentrer les ressources des politiques sur les groupes perçus comme les plus vulnérables à l'approche de l'échéance qu'elle s'est fixée d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en 2015 (Pasquier et al., 2009). Depuis, l'usage de la méthode du ciblage catégoriel ne cesse de croître

jusqu'à devenir aujourd'hui l'instrument dominant de tous les projets d'aide au développement ainsi que de tous les programmes nationaux dont il conditionne l'élaboration.

La multiplication des projets de gratuité sélective au Burkina Faso, comme ailleurs sur le continent, illustre parfaitement cette nouvelle donne. Ainsi, le fait que la gratuité sélective ne soit pas critiquée, peut être considéré comme une habitude des communautés envers cette innovation qui vient s'ajouter à tant d'autres, car se déroulant dans un contexte où le changement est permanent à cause de la présence des projets internationaux.

Il s'y ajoute que les interventions de gratuité sélective sont assimilables/assimilées à des politiques d'État, donc non critiquables par des communautés habituées dans un régime politique semi-autoritaire (Hilgers & Mazzocchi, 2010) à se voir imposés des politiques et projets, soit par le niveau central de l'État, ou par des organismes extérieurs.

Enfin, malgré le fait que ces politiques soient imposées, leur acceptabilité est facilitée par le fait qu'elles trouvent des bases locales de justification qui ne contredisent pas au modèle égalitariste, comme le corroborent certains des propos entendus : «*Si on n'aide pas ton propre enfant ...c'est celui de ton proche qui est aidé*» ou «*Nous sommes comme les cinq doigts d'une main*». Des évocations qui renvoient à une conception de la société comme totalité où l'aide apportée à un membre de la communauté est considérée comme accordée à tous. La gratuité sélective est ainsi acceptée parce que vue comme contributive au renforcement du lien social et de la solidarité communautaire. Une chose importante dans un contexte où la pauvreté généralisée rend les communautés incapables d'assurer la protection sociale de leurs membres (Sawadogo, 2010).

6.2. De la nécessité de repenser la gouvernance des programmes de santé en Afrique

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

Malgré les innovations introduites dans les politiques de lutte contre la pauvreté préconisant qu'une attention particulière soit accordée aux communautés dans l'élaboration des réformes (Razafindrakoto & Roubaud, 2005), peu de pays suivent ces recommandations. Une enquête montre d'ailleurs que seulement 2% des populations de huit métropoles africaines ont été impliquées dans l'élaboration du document stratégique de réduction de la pauvreté (Razafindrakoto & Roubaud, 2005). C'est cette occultation des préoccupations des populations dans l'élaboration des réformes qui est à la base du contraste souvent observé entre les valeurs véhiculées par les politiques et les valeurs locales. Elle s'est confirmée encore avec notre recherche dont les résultats ont montré que la définition de la vulnérabilité ayant conduit au choix des groupes est basée sur des considérations de santé publique, qui pour les acteurs sont certes importantes, mais pas suffisantes. Par exemple à Dori et Sebba, les personnes ayant suggéré les personnes âgées ont invoqué presque exclusivement des arguments moraux et humanitaires. Dans ces sociétés, les personnes âgées jouissent d'un prestige social qui fait que la société a l'obligation morale d'en prendre soin (Roth, 2010). Cela explique le fait que certains pays comme le Sénégal ont choisi d'accorder la gratuité des soins aux personnes âgées de plus de 60 ans (Aboderin, 2010). Les mêmes considérations humanitaires semblent avoir pesé dans le choix des enfants à Ouargaye. En effet, l'enfant est important dans les sociétés rurales africaines. Une attention qui se justifie certainement par sa vulnérabilité mais aussi, si l'on en croit Dujardin, par le fait qu'il constitue une promesse d'aide économique pour les parents et le socle sur lequel se construit l'avenir de la société (Dujardin, 1987).

Au-delà de ces exemples pratiques, ces résultats, confirment ce que d'autres recherches ont déjà montré, à savoir l'insuffisante prise en compte des valeurs des bénéficiaires dans l'élaboration des politiques en Afrique (Long, 1994; Standing, 2002). Les réformes sur le continent sont souvent planifiées depuis l'extérieur ou uniquement avec les élites nationales. Ce qui fait qu'elles sont porteuses de rationalités souvent en décalage avec leurs contextes sociaux d'application (Long, 1994). Même pour celles qui sont élaborées depuis le niveau central de l'État, on observe les mêmes travers car elles adoptent toujours l'approche verticale, qui ignore les conceptions locales de l'équité par exemple (De Herdt & D'Exelle, 2007).

Au Burkina, cela a été l'origine de l'échec du projet «*Un village, un PSP (Poste de Santé)*» imposé durant la révolution par le régime militaire de Sankara qui n'avait pas impliqué suffisamment les communautés pourtant concernées au premier chef (Nitiéma et al., 2003). Dans un autre contexte, en Indonésie par exemple, une évaluation montre que cette approche a été à la base de la dichotomie entre les préférences des intervenants du niveau central et celle de la communauté. Cette dernière a préféré distribuer une subvention du riz de manière égalitaire plutôt que de favoriser une partie de la communauté comme préconisée par les intervenants (Weiss, 2005).

Par ailleurs, il est possible de lier cette faible prise en compte des préoccupations des communautés par le dénuement des États en Afrique. Leur dépendance à l'aide extérieure fait que la plupart d'entre eux cherchent leurs légitimités en dehors de leurs pays, reléguant bien souvent les demandes sanitaires de leurs propres citoyens pour s'aligner sur les thèmes porteurs des projets de développement et de l'allocation des ressources. Or, ces projets internationaux sont centrés vers des objectifs de santé publique comme la réduction de la mortalité maternelle et le VIH laissant souvent de côté d'autres problématiques qui n'intéressent les communautés comme l'accès aux soins des personnes âgées (Aboderin, 2010).

6.3. Ciblage des indigents et stigmatisation : l'importance du processus d'identification

Au-delà de son efficacité à atteindre les plus pauvres, le ciblage individuel peut comporter un réel coût social au plan des menaces sur la cohésion sociale et de stigmatisation des bénéficiaires (Massé & Saint-Arnaud, 2003; Warin, 2010). Nos données ont été analysées en tenant compte de ces deux dimensions des effets sociaux du ciblage. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de stigmatisation chez les indigents, ni de conflits sociaux imputables au ciblage. Nous pensons que l'absence de ces effets sociaux est due largement au processus communautaire qui a été adopté pour la sélection des indigents. En effet, l'approche communautaire est réputée pour sa capacité à procurer une plus grande facilité dans l'identification des bénéficiaires que celle des travailleurs sociaux ou des agents administratifs (Hanson et al., 2008). Elle est aussi socialement mieux acceptée car reposant sur une plus grande participation des communautés (Conning & Kevane, 2002).

Dans le cadre de la mise en place des initiatives de gratuité pour les indigents, les Comités Villageois de Sélection (CVS) qui ont identifié dans chaque village les indigents ont veillé à ce que toutes les composantes de la communauté (par exemple, femmes, religieux) soient représentées pour la décision. Les écrits montrent que cet équilibre dans la représentation des membres de la communauté devant effectuer la sélection est déterminant. Outre le fait qu'il permet de saisir les opportunités du contexte comme la présence des différentes sensibilités de la société, il contribue aussi à augmenter la confiance des populations envers la politique de ciblage (Noirhomme & Thomé, 2006).

Dans le cas de la sélection des indigents, cela s'est traduit par une bonne perception de la justesse du processus communautaire et une large acceptabilité de la sélection qui en est issue par les autres membres de la communauté. Nos résultats confirment ainsi le lien entre la perception positive de la transparence du processus de sélection des indigents et son acceptabilité par les populations. Un lien déjà établi par de nombreux écrits. Au Cambodge, le fait que le processus ait été confié à des acteurs crédibles issus de la communauté a joué un

rôle majeur dans la bonne perception et l'acceptabilité du fonds d'équité¹¹ de Kirivong (Taylor & Marandi, 2008). L'évaluation de six fonds d'équité dans ce même pays confirme le rôle décisif de la transparence perçue du processus d'identification des indigents pour une plus grande appropriation par les communautés des programmes de fonds d'équité (Men & Meessen, 2008). Dans un autre contexte, en Afghanistan, l'évaluation d'un programme de gratuité souligne que l'identification des indigents par des personnes de confiance issues de la communauté, comme les imams, constitue la force du programme et l'une des raisons de son acceptabilité (Steinhardt & Peters, 2010).

En outre, on peut soutenir que la sélection communautaire prémunit contre l'apparition de la honte chez les indigents. En effet, l'indigent n'est plus obligé de s'identifier publiquement auprès d'un officier administratif comme dans le cadre du *means testing* (Coady et al., 2004). On peut raisonnablement considérer que l'indigent ainsi sélectionné est moins susceptible de perdre son estime de soi et de se sentir stigmatisé. De plus, le fait que les indigents soient identifiés et sélectionnés au sein de leurs communautés pourrait contribuer à la non apparition de sentiments négatifs, tel que la culpabilité. En effet, dans les trois contextes de cette étude, les indigents ont été ciblés par la communauté sans l'avoir sollicité. Ceci a certainement influencé le fait qu'ils ne se sont pas sentis méprisés, considérés comme un fardeau économique ou comme des irresponsables incapables de s'autonomiser. La littérature montre, à l'inverse, que lorsque les bénéficiaires de programmes sociaux sont considérés négativement par ceux qui les désignent, cela a été une source majeure de stigmatisation (Stuber & Schlesinger, 2006; Warin, 2010).

¹¹ Le mécanisme de fonds d'équité («*health equity funds*») a débuté au Cambodge dans les années 2000. Il constitue un exemple achevé de ciblage des pauvres reposant sur un organisme tiers payant qui identifie les pauvres à qui il accorde une exemption du paiement en remboursant aux prestataires les services gratuits.

7. CONCLUSION

Cette recherche menée dans trois districts du Burkina Faso avait pour objectif de documenter, pour la première fois à notre connaissance en Afrique, les effets sociaux des interventions de gratuité sélective. Les résultats montrent que le fait de donner des soins gratuits à certaines catégories de la population, et non pas à tous, est socialement accepté. En effet, bien que les valeurs égalitaristes soient dominantes dans les contextes d'étude, les communautés ne s'opposent pas au traitement préférentiel accordé aux couches de la population les plus vulnérables. Ceci en raison du fait que ces politiques sont assimilables à des décisions étatiques, donc non critiquables mais aussi par le fait qu'elles sont vues comme contributives au renforcement du lien social, et par conséquent non antinomique avec les valeurs égalitaristes. Cependant, si le principe de gratuité sélective est accepté, le choix des catégories devant bénéficier de cette gratuité est questionné. Par exemple, invoquant des considérations humanitaires et morales, une proportion importante d'acteurs sociaux considère que certaines catégories de la population comme les personnes âgées ou les enfants doivent être incluses dans le ciblage actuel.

Sur la question de la stigmatisation, nos données permettent de considérer que le ciblage des indigents n'a pas entraîné d'effet stigmatisant. Le fait que la démarche de sélection soit inclusive, transparente et totalement endogène a renforcé l'acceptabilité du ciblage par les communautés mais aussi par les indigents sélectionnés à qui, il n'a pas fait perdre leur estime de soi. Ces résultats pourront servir sûrement à démolir certains mythes persistants qui veulent que certaines communautés ou individus au sein de ces communautés n'acceptent pas d'être considérées comme pauvres. Nos résultats permettent de soutenir que ce qui est surtout déterminant dans l'acceptation ou le rejet du ciblage, c'est moins le terme de désignation que la méthode de sélection des bénéficiaires adoptée. Sur ce point, l'approche communautaire (*community based targeting*) a montré toute son efficacité et surtout sa pertinence sociale. Bien évidemment, son application pour être utile doit tenir compte du contexte - il est plus adapté au niveau communautaire - et surtout respecter certains critères de transparence démocratique pour éviter son dévoiement par les élites.

Enfin, cette étude illustre de nouveau l'importance de la participation des populations à l'élaboration et à la mise en œuvre des réformes les concernant. Ces résultats incitent à repenser la gouvernance des programmes de santé en Afrique par une meilleure prise en charge des préoccupations et valeurs des populations. Ce qui pourrait contribuer à améliorer l'efficacité des politiques publiques.

Cependant, diverses questions concernant ces interventions de gratuité sélective restent en suspens et mériteraient d'être investiguées en profondeur, notamment leur impact sur le pouvoir d'agir (*empowerment*) des communautés ainsi que sur l'autonomie et le pouvoir de négociation des femmes bénéficiaires au sein de leur ménage.

Références

- Aboderin, I. (2010). Understanding and advancing the health of older populations in sub-Saharan Africa: Policy perspectives and evidence needs. *Pub Health Rev*, 32, 357-376.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Coady, D., Grosh, M., & Hoddinott, J. (2004). *Targeting of Transfers in Developing Countries : Review of Lessons and Experience*. Washington: The World Bank.
- Conning, J., & Kevane, M. (2002). Community-based targeting mechanisms for social safety nets: A critical review. *World Development*, 30(3), 375-394.
- De Herdt, T., & D'Exelle, B. (2007). La vulnérabilité vis-à-vis d'autres personnes: lessons pour les interventions contre la pauvreté. *Mondes en développement*, 140(4), 101-114.
- Dujardin, B. (1987). L'aide internationale et les problèmes de santé en Afrique, l'offre correspond-elle aux besoins ? *Politique Africaine* 28, 65-80.
- Hanson, K., Worrall, E., & Wiseman, V. (2008). Targeting services towards the poor: A review of targeting mechanisms and their effectiveness. Dans S. Bennett, L. Gilson & A. Mills (dir.), *Health Economic Development and Household Poverty*. London: Routledge International Studies in Health Economics.
- Hilgers, M., & Mazzocchetti, J. (Dir.). (2010). *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire. Le cas du Burkina Faso*. Editions Karthala.
- Jobert, B. (1992). Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques. *Revue française de science politique*, 42(2), 219-234.
- Long, N. (1994). Du paradigme perdu au paradigme... retrouvé ? Pour une sociologie du développement orientée vers les acteurs. *Bulletin de l'APAD* 7.
- Massé, R., & Saint-Arnaud, J. (2003). *Ethique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Men, C., & Meessen, B. (2008). community perceptions of preidentification result and methods in six health equity fund areas in Cabodia. Dans B. Meessen, X. Pei, B. Criel & G. Bloom (dir.), *Health and social protection : experiences from Cambodia, China. and Lao PDR*. Antwerp: Studies in Health Services Organisation & policy.

- Miles, M., & Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck.
- Ministère de la santé (2006). *Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso*. Ouagadougou: Burkina Faso.
- Nanda, P. (2002). Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters*, 10(20), 127-134.
- Nitiéma, A. P., Ridde, V., & Girard, J.-E. (2003). L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso. *International Political Science Review*, 24(2), 237-256.
- Noirhomme, M., & Thomé, J. (2006). Les fonds d'équité, Une stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé des plus pauvres en Afrique ? Dans G. Dussault, P. Fournier & A. Letourmy (dir.), *L'assurance maladie en Afrique francophone; améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Washington: Banque internationale pour la reconstruction et le développement. La Banque Mondiale. 431-452
- Pasquier, L., Levallée, E., Olivier, A., & Robilliard, A. (2009). Cibler les politiques de lutte contre la pauvreté dans les pays en développement? Un bilan des expériences. *Revue d'économie du développement*, 23(3), 5-50.
- Pires, A. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans D. Poupard, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaetan Morin.
- Razafindrakoto, M., & Roubaud, F. (2005). Gouvernance, démocratie et lutte contre la pauvreté en Afrique: Le point de vue de la population de huit métropoles Enquêtes 1-2-3, premiers résultats. (Vol. DT 2005-18). Paris: DIAL.
- Ridde, V. (2011). L'abolition sélective du paiement direct en Afrique subsaharienne: une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé? *Santé publique*, 23(1), 61-67.
- Roth, C. (2010). Les relations intergénérationnelles sous pression au Burkina Faso. *Autrepart*, 53(1), 95-110.
- Standing, H. (2002). An Overview of Changing Agendas in Health Sector Reforms. *Reproductive Health Matters*, 10(20), 19-28.
- Sawadogo, K. (2010). Revue des filets sociaux de sécurité au Burkina Faso: inventaire et analyse des programmes de filets sociaux existants. Rapport final.

- <https://sites.google.com/site/protectionsocialeauburkinafaso/la-protection-sociale-auburkina-faso>. Consulté le 2 Avril 2012.
- Steinhardt, L. C., & Peters, D. (2010). Targeting accuracy and impact of a community-identified waiver card scheme for primary care user fees in Afghanistan. *International journal for equity in health*, 9(1), 28.
- Stierle, F., Kaddar, M., & Tchicaya, A. (1999). Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa. *The International Journal of Health Planning and Management*, 14(2).
- Taylor, S., & Marandi, A. (2008). Social determinants of health and the design of health programmes for the poor. *BMJ. British medical journal*, 337.
- Tizio, S. (2002). Santé et développement durable, proposition d'une grille de lecture de la contribution des politiques de santé au développement durable *Document de travail-LATEC* (Vol. 7, p. 32).
- Touré, L. (2013). La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins? *Afrique Contemporaine*, 3, 49-63.
- Warin, P. (2010). Ciblage de la protection sociale et production d'une société de frontières. *SociologieS*. [En ligne], Dossiers, Frontières sociales, frontières culturelles, frontières techniques, mis en ligne le 27 décembre 2010. <http://sociologies.revues.org/3338>. (consulté le 03 juillet 2012)
- Weiss, J. (2005). Poverty Targeting in Asia: Experience from India, Indonesia, the Philippines, People's Republic of China and Thailand. Tokyo: ADBI.
<http://www.un.org/esa/socdev/social/documents/Poverty%20Targeting.pdf>. (Consulté le 1/07/2011).

4.2. Article 2 : Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'*empowerment* des communautés au Burkina Faso.

Auteurs : Oumar Mallé Samb et Valéry Ridde

Résumé

Objectif : Cette recherche évalue l'impact des interventions de subvention du paiement des soins sur le pouvoir d'agir (*empowerment*) des membres des Comités de gestion communautaires des services de santé et de leur organisation au Burkina Faso

Participants : La collecte des données s'est effectuée dans huit centres de santé primaire pendant six mois auprès de 140 personnes.

Lieu : Trois districts sanitaires du Burkina Faso (Dori, Sebba et Ouargaye).

Intervention : Depuis 2006, le gouvernement subventionne 80% des coûts des soins obstétricaux et néonataux d'urgence pour les femmes enceintes. Depuis 2008, une ONG prend en charge la part des 20% restant et elle subventionne à 100% les soins pour les enfants de moins de cinq ans à Dori et Sebba. De plus, une stratégie communautaire innovante d'exemption du paiement pour les indigents a été organisée dans ces trois districts.

Résultats : Les interventions ont renforcé le pouvoir d'agir des membres des Coges et de leur organisation. Cela se traduit par une plus grande capacité à s'impliquer dans la résolution des problèmes de santé de la communauté. L'intervention de l'ONG spécifiquement à Dori et Sebba fait que le renforcement du pouvoir d'agir y est plus grand qu'à Ouargaye.

Conclusion : La subvention du paiement des soins au point de service est porteuse d'un fort potentiel de renforcement du pouvoir d'agir des membres des Coges et de leur organisation.

Mots clés : Exemption, paiement direct, Burkina Faso, *empowerment*, effets sociaux, communauté, pouvoir d'agir.

1. Introduction

À la fin des années 1980 en Afrique, la politique de l'initiative de Bamako (IB) a été formulée pour relancer la politique des soins de santé primaires (Alma Ata) en généralisant notamment le paiement direct des patients et en renforçant la participation communautaire (Tizio & Flori, 1997). Mais cette participation financière a limité l'accès aux soins, notamment pour les femmes (Nanda, 2002) et les indigents, ces derniers étant considérés comme dans l'incapacité permanente de payer (Stierle et al., 1999). Or, les dispositions prévues pour exempter du paiement les indigents n'ont jamais été effectives (Nyonator & kutzin, 1999) et le concept de participation communautaire a été interprété presque exclusivement sous l'angle de la participation financière (Ridde, 2003). Pourtant, les soins de santé primaire renvoyaient à un idéal de justice qui voulait que les populations soient associées aux décisions concernant leur santé (Kahssay & Oakley, 1999).

Toute volonté de réduire les inégalités sociales de santé et d'améliorer l'état de santé des groupes défavorisés doit passer par une réduction des barrières financières à l'accès aux soins (Richard, 2004), et par un renforcement du pouvoir d'agir (*empowerment*) des communautés (Marmot, 2008). Ainsi, de nombreux pays ont décidé à partir des années 2000 d'organiser des interventions de subvention du paiement des soins, faisant en sorte que les patients n'aient plus à payer directement lorsqu'ils viennent au point de service. De nombreuses recherches ont évalué les effets de ces interventions sur l'utilisation des services ou les dépenses de santé, mais aucune ne semble encore avoir été réalisée pour analyser leurs effets sociaux (Ridde & Morestin, 2011). Par effets sociaux, nous entendons les changements induits au niveau du pouvoir et de l'autonomie des communautés. Ainsi, le but de la présente recherche est d'analyser, pour la première fois à notre connaissance, l'impact social de ces politiques, et notamment leur effet sur le renforcement du pouvoir d'agir au Burkina Faso.

2. Participants, lieu et mesure d'intervention

Les bénéficiaires des interventions sont les femmes, les enfants de moins de cinq ans et les indigents considérés comme vulnérables dans le contexte du Burkina Faso.

Contexte

Le Burkina Faso est un pays sahélien peuplé de 15 millions d'habitants qui vivent en majorité en milieu rural (77 %). Il fait partie des pays les plus pauvres au monde avec une espérance de vie faible (57 ans en 2008) et des taux de mortalité élevés (Hill, Thomas, AbouZahr, Walker, & Say, 2007). Les interventions se déroulent en lien avec le système de santé. À la base de l'organisation de ce dernier on retrouve les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), premier niveau de contact avec la population où on assure les services de première ligne curatifs (soins et accouchements) et préventifs. Les CSPS sont dirigés par un infirmier chef de poste (ICP). Depuis la politique de l'IB, les CSPS sont gérés par des membres issus de la communauté au moyen des comités de gestion des centres de santé (COGES). Les Coges sont particulièrement chargés de gérer le produit de la vente des médicaments essentiels génériques (MEG) et des consultations curatives qui assurent le fonctionnement du CSPS.

Interventions

Les interventions se déroulent dans trois districts (Tableau1) :

Les femmes enceintes et les enfants

Le gouvernement du Burkina Faso a mis en place en 2006, une politique nationale de subvention de 80% des coûts des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) (Ministère de la santé, 2006). En 2008, une ONG a décidé de compléter cette stratégie et de prendre en charge la part des 20% réclamée aux femmes pour les accouchements et les césariennes dans les districts de Dori et de Sebba où elle subventionne aussi à 100% les soins des enfants de moins de 5 ans. Ainsi, les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans sont totalement exemptés du paiement des soins au point de service. L'intervention repose sur

la subvention par un tiers payeur (l'ONG et l'État) qui rembourse les Coges des soins fournis gratuitement. En plus de ce volet financier, l'ONG renforce le plateau technique des CSPS, forme les agents de santé et renforce les capacités de gestion et de gouvernance des membres des Coges (Ridde, Heinmuller, Queuille, & Rauland, 2011). Ce renforcement des Coges de Dori et de Sebba les hisse au statut de partenaire actif dans le pilotage de l'intervention.

Les indigents

A la suite d'une recherche action (Ridde, 2008) démontrant la faisabilité d'un processus de sélection des indigents par les communautés dans le district de Ouargaye, les Coges utilisent leurs fonds propres pour accorder l'exemption du paiement des soins aux indigents sélectionnés par des comités villageois de sélection (CVS). L'efficacité de l'approche a permis le passage à l'échelle dans tout le district de Ouargaye en 2010 ainsi que son extension dans les deux autres districts (Dori et Sebba) précédemment présentés. Cette exemption pour les indigents dans le district de Ouargaye s'ajoute à la subvention de 80% des coûts des SONU pour les femmes enceintes.

Tableau 1 : récapitulatif des interventions et du contexte

District sanitaire (DS)	Dori (DS1)	Sebba (DS2)	Ouargaye (DS3)
Population cible et pourcentage de subvention du paiement des soins (%)	femmes enceintes (100%) enfants de - 5 ans (100%) indigents (100%)	femmes enceintes (100%) enfants de - 5 ans (100%) indigents (100%)	Femmes enceintes (80%) Indigents (100%)
Financement	État + ONG + Communauté	État + ONG + Communauté	État + Communauté
Groupe social	Peulh	Peulh	Mossi
Nombre de CSPS	17	11	25
Nombre d'habitants	290.000	170.000	260.000

L'une des innovations de ces interventions est qu'elles sont mises en œuvre en étroite collaboration avec les membres de la communauté, notamment à travers les Coges et les CVS. Ainsi, au-delà des effets souhaités sur l'augmentation de l'utilisation des services pour les groupes cibles, il est attendu qu'elles produisent aussi des effets sociaux, notamment en augmentant le pouvoir d'agir des communautés et de leur organisation.

Objectif de l'étude :

Il s'agit d'évaluer l'impact des interventions de subvention du paiement des soins sur le pouvoir d'agir des membres des Coges et de leur organisation.

3. Cadre d'analyse et méthode :

L'analyse des effets des interventions sur le pouvoir d'agir repose sur l'utilisation du cadre conceptuel de Ninacs (Ninacs, 2008) créé dans le contexte du Canada mais dont l'utilisation s'est montrée possible dans les pays du Sud (Bernier, Arteau, & Trudelle, 2006; Ridde, Haddad, Yacoubou, & Yacoubou, 2010). Selon ce cadre, l'*empowerment* individuel (fig. 1) opère sur quatre plans : la participation (*participation aux prises de décision*), les compétences (*acquisition des connaissances et développement des habiletés chez l'individu*), l'estime de soi (*amour de soi et valorisation de sa contribution*) et la conscience critique (*acceptation d'une responsabilité personnelle pour le changement*). C'est l'enchaînement de ses quatre étapes, tel les quatre fils d'une même corde qui permet le passage d'un état avec peu de pouvoir à un autre où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix. De la même manière, quatre étapes définissent l'*empowerment* organisationnel : la participation (*implication et participation de l'organisation dans les décisions la concernant*), les compétences (*fruit de la mise en commun des compétences de ses membres et du transfert du savoir entre eux*), la reconnaissance (*crédibilité et légitimité de l'organisation, pour ses membres et le milieu qui l'entoure*), la conscience critique (*capacité d'analyse des enjeux pour ses membres*). Le cheminement de ces quatre étapes permet à l'organisation d'acquérir une capacité d'action et d'arriver à répondre efficacement aux besoins des individus (Ninacs, 2008).

Pour rendre compte de l'effet de l'intervention sur le pouvoir d'agir, la recherche vise à comprendre l'amélioration perçue par les parties prenantes de l'intervention sur les quatre dimensions conceptuelles du pouvoir d'agir, tant pour les individus que les organisations communautaires (Coges).

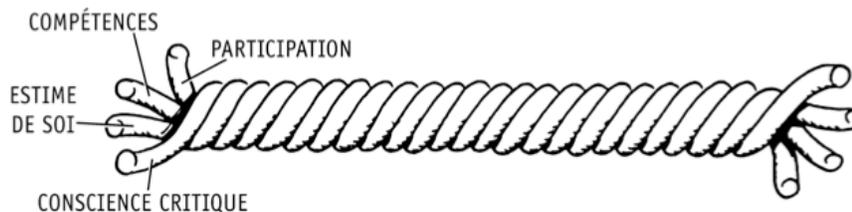


Fig1 : Dimension de l'empowerment individuel : source (Ninacs, 2008)

Le devis de recherche est une étude de cas multiples reposant sur l'utilisation de données qualitatives. Nos cas sont constitués des trois interventions de subvention. La population à l'étude est composée de huit centres de santé. Le critère d'inclusion principal est que les interventions s'appliquent dans ces formations sanitaires. Pour Dori, le choix est contraint dans la mesure où il n'existe que quatre centres de santé et de promotion sociale (CSPS) où s'appliquent les projets d'exemption ciblés pour les indigents. En revanche, en ce qui concerne Ouargaye dix CSPS participant à l'intervention. Ainsi, les quatre CSPS ont été choisis au regard du critère d'homogénéité ethnique des populations. Les données qualitatives proviennent de trois instruments de collecte qui ont été utilisés au cours d'une enquête de terrain qui a duré six mois en 2010. Des entrevues individuelles ($n=104$) et de groupe ($8 : n=36$) ont été effectuées auprès des principales parties prenantes des interventions (Tableau 2). Un interprète habitué aux enquêtes qualitatives a été sollicité lorsque nécessaire. Pour la sélection des participants, tous les groupes d'acteurs ont été d'abord identifiés (échantillonnage par homogénéisation), puis à l'intérieur de chaque groupe, on a pris les profils les plus divers afin de croiser les points de vues (diversification interne) (Poupart et al., 1997). Ces entrevues ont porté sur les dimensions du cadre d'analyse opérationnalisées dans le Tableau 3.

L'étude documentaire a reposé sur l'étude des supports de formations, des rapports d'activités et des plans d'action des trois types d'intervention. Pour l'analyse, toutes les entrevues ont été retranscrites en français à partir de l'enregistrement numérique. Les données ont été codifiées à partir des thèmes et des catégories prédéfinies (Tableau 3). Le matériel a été analysé avec le logiciel QDA-Miner selon une démarche thématique (Miles & Huberman, 2003). Cette

recherche a été approuvée par les comités d'éthique de l'université de Montréal et du Burkina Faso.

Tableau 2 : Caractéristiques des participants

Échantillonnage	Dori et Sebba	Ouargaye	N
Entrevues individuelles (EI)			
Membre des Coges (MC)	8	8	16
Utilisateurs ou non des services de santé	8	8	16
Autorités administratives	4	4	8
Infirmiers Chef de Poste (ICP)	4	4	8
Femmes enceintes et allaitantes	20	20	40
Indigents	8	8	16
Total	52	52	104
Entrevues de groupe (EG)			
Coges	4 (N=20)	4(N=16)	8 (N=36)

Tableau 3 : liste des thèmes abordés durant les entretiens

Thèmes principaux	Sous thèmes couverts
POUVOIR D'AGIR INDIVIDUEL	
Participation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise de décision ▪ Implication dans les activités ▪ Capacité d'agir
Compétence	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acquisition de connaissances et d'habiletés ▪ Acquisition de compétences ▪ Exécution des activités
Estime de soi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perception de soi ▪ Perception de son action
Conscience critique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsabilité sociale ▪ Conscience politique ▪ Volonté d'agir
POUVOIR D'AGIR ORGANISATIONNEL	
Participation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niveau de participation dans le CSPA ▪ Implication dans les activités et décisions du CSPA ▪ Relation avec l' ECD
Compétences	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaissance de l'organisation ▪ Formation ▪ Maillage et capacité à mettre en place des initiatives ▪ Partenariat
Reconnaissance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Légitimité et crédibilité ▪ Perception du Coges par les populations ▪ Perception du Coges par ses membres
Conscience critique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarification des enjeux ▪ Perception des problèmes de la communauté ▪ Initiatives et changements sociaux

4. Résultats

Aucune différence particulière n'ayant été observée entre les districts de Dori et de Sebba. Ainsi, la comparaison des résultats (Tableau 4) se fonde principalement entre ces deux districts et celui de avec de Ouargaye.

4.1. Pouvoir d'agir individuel : les membres des COGES

La participation :

Un plus grand dynamisme des membres des comités de gestion (MC) est constaté à travers l'implication dans les campagnes de sensibilisation, à l'utilisation des services et l'entretien du CSPS : *«On s'occupe de tout, on garde l'argent, on part payer les médicaments. On contrôle toutes les entrées et les sorties»* (EG D1#42). À Dori/Sebba la participation s'accompagne d'une plus grande régularité des réunions et d'un rôle plus actif dans la gestion quotidienne du CSPS: *«Les réunions, ce n'est pas comme avant car le projet a tout le temps des réunions. Chacun a donc constamment en tête ce qu'il doit faire et ne peut pas l'oublier»* (EG, D1#39). En revanche, à Ouargaye, la participation semble encore confinée aux périodes de mobilisation sociale : *«A part les réunions mensuelles, les restes des jours, ça ne regarde que le président et le trésorier »* (MC, D3#90).

Compétence :

Une majorité des MC s'estiment plus compétente grâce à une meilleure connaissance de leurs missions et l'acquisition de nouvelles habiletés en matière de sensibilisation et de gestion : *«Nous sommes plus formées sur les questions de sensibilisation, à gérer et développer notre dépôt pharmaceutique »* (EG D2#25). Ce sentiment est plus marqué à Dori/Sebba grâce notamment à la formation donnée par l'ONG. Cependant, il semble subsister un problème commun à tous les Coges, soit l'analphabétisme de leurs membres. Ainsi, plusieurs (ICP)

doivent s'impliquer directement dans l'organisation : *«On est obligé de faire le rapport mensuel, de remplir le livre de trésorerie, normalement c'est le trésorier qui doit le faire»* (ICP D2#41).

Estime de soi

L'impact le plus fort de ces interventions observé dans les trois districts concerne le plan psychologique : *«Auparavant, j'étais gêné quand je sensibilisais car on n'aidait pas les gens, mais aujourd'hui je suis vraiment serein car je sais que leur prise en charge est assurée»* (EG, D1#39). L'effritement de l'image négative des membres des Coges a amélioré leurs relations avec la communauté : *« La population trouve que c'est bien, même en cours de route, certains me disent que dans le village, le fait qu'on aide les femmes enceintes et les pauvres, c'est bien»* (MC, D3#55).

Conscience critique

Une prise de conscience s'est opérée dans les trois districts avec un changement d'attitude notamment par rapport à la question de l'indigence. Jadis adeptes de la thésaurisation au détriment de l'équité car *«Ayant peur de faire tomber le dépôt»* (MCD3#54), les membres des Coges sont devenus plus sensibles à la lutte contre les inégalités. La formation reçue a joué un rôle prépondérant : *«Avant, on n'avait pas compris, on s'est rendu compte que les indigents sont avec nous et méritent de l'aide»* (MC, D3#75).

4.2. Pouvoir d'agir organisationnel : les COGES

La participation

L'implication des Coges a été déterminante dans les interventions : *«C'est nous qui sommes à la tête de ce travail, ... on peut dire pratiquement que c'est à nous que le travail a été confié»* (EG, D1#38). À Dori/Sebba, le Coges a renforcé son rôle dans la gestion du CSPS. L'initiative

sur les indigents est vécue comme un moment de regain de la participation communautaire, surtout que : *«l'État n'a pas mis sa main»* (MC, D3#90). Cependant, cette marque d'autonomie des Coges semble être restreinte par la tutelle encore toute puissante de l'autorité sanitaire du district (Equipe Cadre du District), surtout à Ouargaye : *«Il n'y a pas une activité que nous allons mener sans que le district [ECD] ne soit au courant même si c'est une activité exclusivement Coges. On n'a pas le plein droit d'agir »* (MC, D3#66).

Les compétences

Les différentes réunions et formations ont permis de développer une compétence organisationnelle: *«Avant le Coges était là juste pour la forme ...Aujourd'hui, nous pouvons nous même former des gens, nous savons comment gérer notre centre de santé»* (EG D1# 39). La mise en commun des compétences individuelles au service du Coges a renforcé son pouvoir vis-à-vis des agents de santé : *«Dans le passé nous ne pouvions rien leur reprocher, aujourd'hui nous leurs reprochons leurs erreurs quand ils en font»* (MC, D3#75). Au niveau du partage des connaissances, l'appui des techniciens de l'ONG à Dori/Sebba constitue un facteur facilitant dans le transfert du savoir.

La reconnaissance

Le fait de donner des soins gratuits a valorisé le travail des Coges. La population salue les subventions : *«Je les félicite, c'est bien. Ils ont fait ce que moi en tant que chef je devais faire »* (D3#53). La suspicion de connivence entre les Coges et les agents de santé est *«définitivement effacé»* aux dires d'une autorité (D1#5), ce qui a contribué à renforcer leur crédibilité : *«On les écoute maintenant»* (D3#73).

La conscience critique

La prise en charge gratuite des indigents marque une rupture dans la démarche des Coges. Beaucoup ignoraient l'existence de cette possibilité pourtant officielle : «*Nous ne savions pas grand choses des textes*» (MC, D1#38). Une prise de conscience collective vis à vis de l'accès aux soins se traduit par une volonté de pérenniser et d'étendre la démarche communautaire : «*Nous nous sommes rendus compte que le travail est bien, il y a de la bénédiction, nous allons encore choisir des indigents*» (MC, D3#54).

Tableau 4 : synthèse de l'impact des interventions sur les différentes dimensions du pouvoir d'agir

Pouvoir d'agir individuel		
	Dori/Sebba	Ouargaye
Participation	= Bon La plupart des membres sont impliqués au quotidien	= moyen une participation limitée aux périodes de mobilisation sociale
Compétences	=bon des connaissances pratiques sur la gestion et la sensibilisation	= moyen la formation est insuffisante et limitée à certains
Estime de soi	= fort partout un véritable renforcement de la confiance et de l'amour de soi	
Conscience critique	= bon partout une prise de conscience des inégalités sociales de santé et une grande volonté de les réduire	
Pouvoir d'agir organisationnel		
	Dori/Sebba	Ouargaye
Participation	= bon renforcement du pouvoir des Coges dans la gestion du CSPS	= moyen des Coges trop dépendants envers l'équipe cadre de district
Compétences	= bon un meilleur partage des connaissances au sein du Coges	= moyen compétence organisationnelle limitée car la formation est réservée à quelques personnes
Reconnaisances	= fort partout Renforcement de la crédibilité des Coges	
Conscience critique	= bon partout une meilleure clarification par le Coges de ses responsabilités	
Légende : (niveau d'impact) :fort /bon/moyen/faible		

5. Discussion

Cette recherche étant basée partiellement sur une intervention d'une ONG, le biais de désirabilité sociale (Olivier de Sardan, 2008a) était réel pour une partie des personnes interrogées. Cependant, nous avons insisté constamment sur notre indépendance par rapport à l'ONG. Pour limiter les biais d'interprétation liés à la traduction, nous avons tout au long des entrevues clarifié et vérifié auprès de nos informateurs le sens de leurs propos. Par ailleurs, les résultats de la recherche étant globalement similaires alors que les contextes sociaux des trois districts sont relativement différents, cela renforce la validité interne de l'étude et facilite la généralisation des résultats vers d'autres contextes du pays.

Globalement, les résultats montrent que les communautés sont parfaitement en mesure de s'impliquer dans la résolution de leurs propres problèmes sanitaires, comme le montre la prise en charge des indigents pilotée et financée exclusivement par les Coges. Cependant, il a fallu l'organisation d'une recherche-action (Ouargaye) puis la présence d'une ONG pour inciter les communautés à prendre en compte ce problème sans attendre les autorités administratives. Cela s'explique certainement par un contexte social où ces dernières ont encore un pouvoir immense, sont peu préoccupées par les indigents et où la société est très hiérarchisée.

En outre, les interventions étudiées se déroulent selon des configurations différentes, de par les contextes sociaux (agriculteurs contre éleveurs), et le niveau d'implication des Coges. Cependant, au-delà des effets de contexte, nous pensons que la divergence des résultats concernant les Coges entre les districts de Dori/Sebba et Ouargaye s'expliquent grandement par la manière dont les Coges ont été impliqués dans ces interventions. À notre connaissance, aucune autre intervention concernant les COGES que celles ici étudiées n'a été mise en œuvre dans ces districts.

Les compétences : un déterminant majeur de la participation

L'absence de compétences techniques est un des facteurs essentiels de la faible participation des communautés aux décisions qui les concernent. À Ouargaye, où les formations ont été insuffisantes, l'implication des membres des Coges est restée faible à l'inverse de Dori/Sebba. Ce renforcement individuel est essentiel, car il est instrumental au pouvoir d'agir des organisations (Ninacs, 2008). Ainsi, une relation étroite s'établit entre compétences et participation, tant le pouvoir de décider, d'accepter ou de refuser est intrinsèquement lié à la capacité du sujet, nous dit Sen (2000a), dont les compétences constituent une composante essentielle. De plus, les résultats s'inscrivent en cohérence avec d'autres recherches faites au Burkina Faso (Nitiéma, V.Ridde., & J.E.Girard., 2003) et au Mali (Balique, 2001) qui montrent, *a contrario*, comment l'insuffisante compétence des Coges fait qu'ils se trouvent souvent dans l'incapacité d'exercer le rôle qui leur est réservé dans les systèmes de santé.

Estime de soi et confiance

L'imposition des paiements directs des soins est considéré par les communautés comme allant à l'encontre de leurs intérêts (Gilson, 2006). Ainsi, la mise en place des interventions de subvention, de surcroît dans un contexte où le paiement direct et la vente des médicaments constituent la norme, est perçue positivement par toutes les personnes rencontrées. Pour les membres des Coges, la disparition des perceptions négatives à leur égard est supplantée par une meilleure perception de soi. L'effet valorisant de la subvention des soins se traduit par une plus grande implication dans le CSPS, attitude décrite par les théories psychologiques qui ont établi une relation entre une bonne perception de soi et l'agir motivationnel (Ruel, 1987). Par ailleurs, au niveau organisationnel, l'effritement de la relation exclusivement marchande qui s'était instaurée avec les populations lors de la généralisation du paiement des soins, favorise le renforcement de la crédibilité des Coges. Ceci a contribué à l'avènement d'un nouvel équilibre dans les rapports avec les agents de santé. Mieux outillés techniquement et plus exigeants envers leurs responsabilités, les Coges sont devenus des partenaires respectés, assumant un rôle d'interface entre les agents de santé et la population. La relation entre

l'augmentation du pouvoir d'agir et une plus grande capacité de négociation est confirmée par une étude en Guinée-Conacry qui montre comment les responsables d'une mutuelle de santé ont poussé les agents de santé à plus de transparence dans la gestion, jusqu'à obtenir d'eux le remboursement des sommes détournées (Criel, Diallo, Waekens, & Wiegandt, 2005). Cependant ce gain de pouvoir par les communautés ne se traduit pas toujours par sa distribution équitable dans le Coges. Du fait des jeux de pouvoir, il arrive qu'il soit concentré uniquement entre les mains de quelques uns (Olivier de Sardan, 2008b).

De l'inertie au changement : l'importance de la conscience critique

La volonté affirmée des Coges de pérenniser l'initiative de subvention pour les indigents marque un tournant par rapport à l'accès aux soins des plus pauvres. Elle illustre l'importance du développement de la conscience critique dans la mise en place du changement. Bien que préconisée dans les textes administratifs, l'affectation d'une partie des bénéfiques de la vente des médicaments pour favoriser la prise en charge des indigents n'a jamais été appliquée (Ridde, 2008). L'inertie sur cette question est en partie liée à la conjonction de deux facteurs, soit l'ignorance des textes et la persistance des valeurs qui véhiculent les principes d'égalité plutôt qu'un traitement préférentiel. Voilà pourquoi, tout projet de transformation sociale doit prendre en compte les valeurs et croyances des personnes qui forment des éléments incitatifs du processus de changement (Contandriopoulos et al., 2000). Le développement de la conscience critique à la base du changement a débuté avec la recherche action sur la prise en charge des indigents (Ridde, 2008). Elle a notamment permis de modifier favorablement la vision des Coges en leur montrant qu'ils pouvaient, socialement et financièrement, améliorer l'accès aux soins des indigents de leur communauté. Rien n'est donc immuable. Des travaux dans le domaine de l'équité sociale ont en effet montré que la conception de la justice sociale n'a rien d'absolu dans une société, mais elle repose sur ce que ses membres considèrent comme juste (Sen, 1993). Autrement dit, les individus peuvent changer s'ils sont incités à voir le monde autrement et si leurs valeurs évoluent.

6. Conclusion

Cette étude menée au Burkina Faso montre que la subvention du paiement des soins est porteuse d'un fort potentiel de renforcement du pouvoir d'agir des membres des Coges et de leur organisation. La crédibilité qu'ils y gagnent apparaît comme un puissant incitatif à leur participation à la gestion décentralisée des centres de santé. Les communautés privilégient d'autres voies de participation communautaire que le seul paiement et sont ainsi disposés à prendre en charge pleinement leurs besoins sanitaires (Uzochukwu et al., 2004). Aussi, les résultats de cette recherche plaident en faveur d'un retour à l'esprit d'Alma Ata notamment la gouvernance communautaire. Cependant, toute volonté de renforcer le pouvoir d'agir des communautés restera un vœux pieux si elle ne passe pas par un renforcement de leurs compétences (Walley, Lawn, & Tinkar, 2008) et une prise en compte des enjeux de pouvoir inhérents à toutes dynamiques communautaires, ce qui reste à étudier dans le contexte de ce type d'interventions.

Références

- Balique, H. (2001). Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé publique, 13*(1), 35-48.
- Bernier, M., Arteau, M., & Trudelle, M. (2006). Former des intervenants pour intervenir en faveur du renforcement du pouvoir d'agir *Canadian Journal of Program Evaluation, 21*, 163-172.
- Contandriopoulos, A. P., De Pourville, G., Poullier, J., & Contandriopoulos, D. (2000). A la recherche d'une troisième voie: Les systèmes de santé au XXI siècle Dans M. Pomey, J. Poullier & B. Lejeune (dir.), *Santé publique-Etat des lieux, enjeux et perspectives* (p. 637-667). Paris: Editions Ellipses.
- Criel, B., Diallo, A., Waekens, M., & Wiegandt, A. (2005). La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes: le cas de la mutuelle de santé Maliando en Guinée Conakry. *TM & IH. Tropical medicine & international health, 10*(5), 450-463.
- Gilson, L. (2006). Trust in health care: theoretical perspectives and research needs. *Journal of health organization and management, 20*(5), 359-375.
- Hill, K., Thomas, K., AbouZahr, C., Walker, N., & Say, N. (2007). Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *The Lancet - British Edition, 370*(9595), 1311-1319.
- Kahssay, H. M., & Oakley, P. (1999). *Community involvement in health development: a review of the concept and practice*. Geneva: World Health Organisation, vol 5.
- Marmot, M. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet - British Edition, 372*(9650), 1661.
- Miles, M., & Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck.
- Ministère de la santé (2006). *Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso*. Ouagadougou: Burkina Faso.
- Nanda, P. (2002). Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health matters, 10*(20), 127-134.

- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention: développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec: Les presses de l'université de Laval.
- Nitiéma, A., V.Ridde., & J.E.Girard. (2003). L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso. *International Political Science Review* 24,2, 237-256.
- Nyonator, F., & kutzin, J. (1999). Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 14(4), 329-341.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008a). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008b). State Bureaucracy and Governance in Francophone West Africa: An Empirical Diagnosis and Historical Perspective. Dans G. Blundo (dir.), *The Governance of Daily Life in Africa: Ethnographic Explorations of Public and Collective Services* . Leiden: Brill, 39-71.
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaetan Morin.
- Richard, V. (2004). Le financement de la santé en Afrique Sub-saharienne le recouvrement des coûts. *Medecine Tropicale*, 64(4), 337-340.
- Ridde, V. (2003). Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 81, 532-538.
- Ridde, V. (2008). "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": the equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Soc Sci Med*, 66(6), 1368-1378.
- Ridde, V., Haddad, S., Yacoubou, M., & Yacoubou, I. (2010). Exploratory study of the impacts of Mutual Health Organizations on social dynamics in Benin. *Social science & medicine*, 71(3), 467-474.
- Ridde, V., Heinmuller, R., Queuille, L., & Rauland, K. (2011). Améliorer l'accessibilité financière des soins de santé au Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 18(1), 110-113.
- Ridde, V., & Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy and Planning*, 26(1), 1-11.

- Ruel, P. H. (1987). Motivation et représentation de soi. *Revue des sciences de l'éducation*, 13, 239-259.
- Sen, A. (2000a). *Repenser l'inégalité*. Paris: Éd. du Seuil.
- Sen, A. K. (1993). *Ethique et économie, et autres essais*. Paris: PUF.
- Stierle, F., Kaddar, M., & Tchicaya, A. (1999). Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa. *The International Journal of Health Planning and Management*, 14(2), 81-105.
- Tizio, S., & Flori, Y.-A. (1997). L'initiative de Bamako: santé pour tous ou maladie pour chacun? *Revue Tiers Monde*, 38(152), 837-858.
- Uzochukwu, B. S., Akpala, C. O., & Onwujekwe, O. E. (2004). How do health workers and community members perceive and practice community participation in the Bamako Initiative programme in Nigeria? A case study of Oji River local government area. *Soc Sci Med*, 59(1), 157 - 162.
- Walley, J., Lawn, J., & Tinkar, A. (2008). Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet - British Edition*, 372(9642), 1001-1007.

4.3. Article 3 : La gratuité des accouchements et des soins pour les enfants : une stratégie payante de renforcement des capacités des femmes au Burkina Faso

Auteurs : Oumar Mallé Samb et Valery Ridde

Résumé :

Introduction : Au Burkina Faso, le gouvernement a mis en place en mars 2006, à hauteur de 80%, une subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Une ONG en complémentarité, a décidé de prendre en charge la part des 20% restante dans deux districts du pays rendant ainsi les SONU totalement gratuits. De plus, l'ONG a instauré l'exemption du paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans dans ces deux districts.

Méthodologie : Cette étude qualitative vise à étudier l'impact des interventions de gratuité des soins sur la *capabilité* des femmes notamment leur autonomie et leur pouvoir de négociation dans le ménage. Comme instruments de collecte, l'analyse documentaire et les entretiens semi dirigés ont été utilisés.

Résultats : L'analyse montre : i) un plus grand recours à l'accouchement assisté ; ii) un renforcement de l'estime de soi des femmes ; iii) plus de respect et de pouvoir de négociation dans le ménage ; iv) Cependant, l'argent non déboursé pour les frais de santé ne semble pas avoir profité économiquement aux femmes.

Discussion : La gratuité des accouchements et des soins pour les enfants a permis aux femmes d'acquérir un certain pouvoir de décision sanitaire. Ce qui traduit un changement notable dans des sociétés où pendant longtemps, la décision de recourir aux services de santé pour les femmes en cas de besoin, était suspendue à l'appréciation exclusive du mari qui détient les ressources du ménages Aussi, le fait que les femmes ne soient plus obligées de dévoiler leur situation de pauvreté dans laquelle elles vivent pour s'endetter afin de recourir aux services de santé est vu par la plupart d'entre elles comme un élément de préservation de leur dignité.

Mots clefs : gratuité des soins ; capabilité ; normes sociales, Burkina Faso ; genre

1. INTRODUCTION

Le Burkina Faso fait partie des pays en Afrique où la mortalité maternelle est encore importante. Le risque de décès maternel y est toujours élevé, car estimé à plus 300 décès pour 100 000 naissances vivantes (Hogan, 2010). Les causes dominantes de ces décès sont principalement dues à des hémorragies, des infections ou des rétentions placentaires. Elles sont les mêmes depuis des décennies (Pacagnella, Cecatti, Osis, & Souza, 2012), mais auraient pu être évitées si les femmes avaient un accès rapide au système de santé avec du personnel qualifié (Ronsmans & Graham, 2006; World Health Organization, 2004). En dépit des efforts qui ont vu la proportion des femmes accoucher dans les centres de santé évoluer de 38 % en 2003 à 66 % en 2010, les accouchements à domicile sont toujours nombreux au Burkina Faso (Institut national de la statistique et de la démographie, 2012). Le tableau est aussi sombre en ce qui concerne la mortalité infantile et le recours aux soins pour les enfants. Moins de la moitié des enfants malades se rendent dans un centre de santé pour s'y soigner (Institut national de la statistique et de la démographie, 2012). Tant pour les femmes que pour les enfants, l'une des raisons est liée à la faible accessibilité des services de santé (Diallo & Meda, 2010).

Cette situation montre l'importance des barrières auxquelles les femmes sont confrontées pour accéder aux services pour leur santé et celle de leurs enfants. Ces barrières sanitaires sont nombreuses, mais les principales sont géographiques (distance, manque de transport) économique (capacité de faire face au paiement des soins de santé) et sociale (genre, pouvoir de décision) (Gabrysch & Campbell, 2009; Nikiéma et al., 2008). De toutes ces barrières, la plus déterminante reste certainement celle économique (Kruk et al., 2009; Storeng et al., 2008). Elle est considérée comme un obstacle pour 40% à 50% des ménages en Afrique de l'Ouest (Borghi, Ensor, Neupane, & Tiwari, 2006). Ce sont surtout les ménages les plus pauvres et ceux des zones rurales qui sont les plus touchés (Bhutta & Black, 2013; Borghi et al., 2006; Storeng et al., 2008). En effet, de nombreuses études ont montré combien les inégalités socio-économiques sont corrélées à des inégalités de santé et d'accès aux soins

(Gilson, Doherty, Loewenson, & Francis, 2007). En ce qui concerne les femmes, ces inégalités économiques et de genre renforcent leur vulnérabilité et influencent négativement leur santé (Borghesi et al., 2006; Graham, Fitzmaurice, Bell, & Cairns, 2004; Nanda, 2002; Paruzzolo, Mehra, Kes, & Ashbaugh, 2010; Storeng et al., 2008). En plus d'affaiblir leur statut social, elle les contraint à réclamer des ressources à leur mari, à vendre leurs biens (Sauerborn et al., 1995) ou à s'endetter auprès de la parentèle ou des amis (Kruk et al., 2009; Perkins et al., 2009).

C'est pour abaisser la barrière financière à l'accès aux soins que le gouvernement du Burkina Faso a mis en place une politique nationale financée par l'État qui subventionne à 80 % les prix des accouchements normaux depuis 2006. Il faut ajouter que depuis 2002, les soins préventifs portant sur la consultation prénatale des femmes enceintes sont gratuits. À cette politique nationale, s'est ajouté depuis 2008 dans deux districts, un projet de gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants mis en place par une ONG internationale. Depuis la mise en œuvre de ces interventions, de nombreuses études se sont intéressées à leurs effets sur l'utilisation des services et les dépenses des ménages (Ridde & Morestin, 2011). Mais aucune, à notre connaissance au Burkina Faso comme ailleurs en Afrique, ne s'est intéressée aux effets sociaux, autrement dit, à la capacité des femmes et notamment leur pouvoir de décision sanitaire et leur statut social.

2. DESCRIPTION DU CONTEXTE ET DES INTERVENTIONS

Le Burkina Faso est un pays sahélien de 17 millions d'habitants qui vivent en majorité en milieu rural (77 %). Il fait partie des pays les plus pauvres au monde avec une espérance de vie faible (57 ans en 2008) et des taux de mortalité élevés, bien qu'en baisse (Ministère de la santé, 2011). Le système de santé du pays repose sur une organisation pyramidale, avec à la base les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) où les populations peuvent bénéficier des soins de première ligne (soins et accouchements normaux). La gestion des centres de santé est confiée à la communauté à travers les comités de gestion (Coges). Sous la supervision d'un

infirmier - chef de poste, les Coges assurent l'approvisionnement du centre de santé grâce aux bénéfices engrangés par la vente des médicaments essentiels génériques (MEG) et les actes médicaux.

Le pays est composé de plusieurs « ethnies », dont les principales, et qui sont concernées par cette étude sont les Mossis (49 %) et les Peuls (7,8 %) (Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération Régionale, 2009). Les Mossis sont largement composés d'agriculteurs sédentaires. Leur société est patriarcale et les alliances matrimoniales sont habituellement conclues dans le cadre de la patrilinearité. Les femmes gèrent leur temps de façon serrée et sont responsables des tâches domestiques et du soin des enfants. La concession constitue pour celles qui sont mariées le milieu de vie principal (Hannequin, 1990). Les épouses qui travaillent avec leurs maris obtiennent souvent un champ personnel (*Beologo*) dont elles ont l'usufruit, mais qu'elles utilisent presque exclusivement pour approvisionner le ménage (Hannequin, 1990). Après les Mossis, les Peulhs constituent la deuxième ethnie du Burkina Faso. Ils sont plutôt nomades et pratiquent majoritairement l'élevage (Guilhem, 2006), même s'ils se sédentarisent de plus en plus, pratiquant l'agriculture (Baudoux, Kamil, & Moulin, 2005). Le pastoralisme reste un fait social structurant de leurs vies (Ancy, Ickowicz, Corniaux, Manoli, & Magnani, 2008), comme la vente de lait qui procure aux femmes un peu de revenue (Bovin, 1985).

Cependant, partout, la place de la femme reste socialement perçue comme inférieure à celle de l'homme, bien que des progrès aient été réalisés vers plus d'égalité depuis l'adoption du code des personnes et de la famille (CPF) de 1990. Ce dernier corrige un certain nombre d'injustices à leurs égards, comme l'interdiction du mariage forcé ou le droit d'exercer une activité professionnelle sans une autorisation préalable de l'époux. Toutefois, dans la pratique, la plupart des femmes sont soumises à la volonté des hommes et n'ont pas beaucoup de contrôle sur de nombreux aspects de leur vie, notamment tout ce qui touche à leur santé et aux droits reproductifs (Roumba, 2011). En effet, les données récentes sur le statut de la femme de la dernière enquête démographique et de santé de 2012 montrent que les décisions concernant

les soins de santé de la femme et les achats importants pour le ménage sont prises, dans la majorité des cas, par l'homme. Les femmes ne décident de ces dépenses que dans seulement 8 % des cas. Les normes sociales dominantes confortent ce faible statut de la femme au Burkina Faso. Elles sont même intériorisées par ces dernières, à tel point que plus de quatre femmes sur dix (44%) trouvent justifié qu'un homme batte sa femme ou son partenaire (Institut national de la statistique et de la démographie, 2012).

Les interventions (tableau1) se déroulent dans trois districts sanitaires (Dori, Sebba dans la région du Sahel et Ouargaye dans la région du Koulpélogo). En 2006, le gouvernement a mis en place une subvention de 80 % des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). La subvention est de 100% pour les femmes indigentes (Ministère de la santé, 2006). L'objectif de cette politique nationale est de réduire la mortalité maternelle et néonatale en réduisant les prix des accouchements à la charge du ménage. La politique assure aussi une prise en charge des urgences obstétricales de 60 à 80 %. En subventionnant les prix, la politique vise à réduire le retard dans la prise de décision de recourir aux structures sanitaires (Ministère de la santé, 2006). En 2008, une ONG internationale, en complémentarité à cette stratégie gouvernementale, a décidé de prendre en charge la part des 20% réclamée aux femmes pour les accouchements normaux dans les districts de Dori et de Sebba. Ainsi, les accouchements sont totalement gratuits. De plus, l'ONG a subventionné à 100% les soins pour les enfants de moins de cinq ans (Ridde, Queuille, et al., 2012).

Tableau 1 : présentation des interventions de gratuité et du contexte en 2010

Les interventions de gratuité sélective			
Catégories sociales concernées	Femmes enceintes		Enfants – 5 ans
Districts concernés et taux de l'exemption	Dori et Sebba (100 %)	Ouargaye (80 %)	Dori et Sebba (100 %)
Financement	Etat+ONG	Etat	ONG
Contextes sociaux			
Districts	Dori	Sebba	Ouargaye
Groupe social majoritaire	Peulh	Peulh	Mossi
Nombre de CSPS	17	11	25
Nombre d'habitants	290 000	170 000	260 000
Activités économiques dominantes	élevage	élevage	agriculture

Source : MS/DEP, annuaire statistique 2008

3. LA CAPABILITY APPROACH COMME CADRE D'ANALYSE

Dans cet article, l'empowerment est compris comme «*The expansion in people's ability to make strategic life choices in a context where this ability was previously denied to them*» (Kabeer, 1999): p 473). Cette définition met en exergue le fait que l'on ne peut parler d'empowerment que dans les cas où une personne est empêchée de faire des choix stratégiques, c'est-à-dire des choix importants, car déterminant sa capacité de mener la vie qu'elle souhaite (Mosedale, 2005). Ce dernier point est central dans des contextes comme

le Burkina Faso où la décision pour les femmes d'utiliser les services de santé reste tributaire de celle du mari à cause notamment des normes culturelles (Nikiéma et al., 2008) et du fait qu'il contrôle les ressources du ménage et décide de leur allocation (Somé, Sombié, & Meda, 2013) dans un contexte où les soins sont payants au point de service.

La conception de l'empowerment adoptée dans cet article renvoie au pouvoir de l'individu de faire des choix et de poursuivre les buts qu'il valorise. Autrement dit, elle recoupe la définition de Sen (1999 :18) du développement comme the : «*expansion of capabilities of persons to lead the kind of lives they value*». La capacité d'une personne traduit donc son empowerment à un niveau individuel : «*Someone's capability hence refers to her empowerment the power that she has to be the person she wants to be and to have the kind of life she want to lead*» (Robeyns, 2001 : 4) . Notre perspective de l'empowerment dérive donc de l'approche par les capacités (Capability Approach) d'Amartya (2000) qui va servir de cadre théorique. Au cœur de cette approche se trouvent les concepts de *functionnings* et *capabilities*. Les *functionnings* recouvrent «*les différentes choses qu'une personne peut aspirer à faire ou à être*» (Sen, 2000 : 105) . Ils sont divers, depuis les plus élémentaires comme se nourrir convenablement, jouir de la liberté d'échapper aux maladies évitables, aux plus complexes comme participer à la vie de la collectivité ou jouir d'une bonne estime de soi. (Sen, 2000). Les *capabilities* traduisent les différentes combinaisons de fonctionnements qu'il est possible pour une personne de mettre en œuvre. Il s'agit donc de sa liberté de mener les différents modes de vie qu'elle souhaite ou de façon d'être et d'agir (Sen, 2000). Si la combinaison de fonctionnement pour une personne reflète ses accomplissements réels, l'ensemble *capability* représente sa liberté d'accomplir les combinaisons de fonctionnements possibles à partir desquelles cet individu peut choisir (Sen, 2000). Elle est influencée par trois facteurs de conversion qui influencent la transformation d'une ressource en réalisations concrètes (fonctionnements) (Robeyns, 2005) : les caractéristiques personnelles (métabolisme, conditions physiques, sexe, niveau d'instruction), les caractéristiques sociales (politiques publiques, les normes sociales, les inégalités de genre) et enfin les caractéristiques environnementales (climat, infrastructure, institutions).

Cette importance de se concentrer sur la liberté réelle des gens fait que Sen incorpore le concept d'*agency* dans la discussion sur les *capabilities* : «*agency relates to capabilities in that one can only make choice and act responsibly when one has options*» (Jasek Rysdahl, 2001 : 317) . L'*agency* des individus constitue une composante essentielle de toute analyse sur les *capabilities* où il est considéré comme «*one of the pillar of the investigation and expansion of freedom*» (Frediani, 2010 : 180). Il est défini par Sen comme : «*what a person is free to do and achieve in pursuit of whatever goals or values he or she regards as important*» (Sen, 1985 : 206). L'*agency* est aussi un concept pertinent dans le domaine de la santé où il est défini comme «*individuals'ability to acheive health goal they value and act as agents of their own health*» (Ruger, 2010 : 42). Il apparaît aussi comme une dimension centrale conceptualisant le mieux l'*empowerment* (Malhotra & Schuler, 2005). L'*agency* est souvent opérationnalisé en termes de «*decision making power*», mais peut aller au-delà et inclure les concepts de «*bargaining ou negociation* » (Ibrahim & Alkire, 2007; Kabeer, 1999; Woldemicael, 2010). Dans le cadre de cette étude, ces différentes dimensions seront regroupées sous celui de *decision making power* (pouvoir de décision) pour saisir l'*agency* des femmes considéré par Sen comme le moteur de leur capacité (Sen, 2000).

En outre, du fait de l'interrelation entre les sphères de capacité (Sen, 2000), on peut s'attendre que l'extension de la liberté des femmes dans un domaine accroît leur position sociale dans un autre. Ainsi, on peut considérer l'existence d'un cercle vertueux faisant que l'élargissement des opportunités sociales ou économiques pour les femmes peut avoir des externalités positives sur leur position sociale, notamment en leur permettant de réaliser des fonctionnements complexes (Sen, 2000) comme un renforcement de leur estime de soi et un plus de respect au sein de leurs ménages.

Selon Sen (2000), les aspects de bien-être et de qualité d'agent, bien que distinguables sont profondément interdépendants, et cela doit être pris en compte dans tout exercice évaluatif (Alkire, 2005). Par conséquent, dans le cadre de cette étude, l'espace d'évaluation (fig1)

concernera ces deux aspects. Ainsi, la première aire d'analyse va porter sur les réalisations effectives (fonctionnements) que ces interventions de gratuité ont permis aux femmes de réaliser dans le domaine de la santé, mais aussi dans les autres aspects de leur vie sociale. La seconde portera sur l'espace des capacités, particulièrement sur la liberté réelle (*agency freedom*) dont les femmes disposent pour réaliser les accomplissements qu'elles valorisent et s'efforce de réaliser. En outre, comme les conditions de l'*agency* des femmes sont souvent imbriquées dans des contraintes structurelles et personnelles (facteurs de conversion) (Robeyns, 2001), l'évaluation accordera aussi une attention particulière à analyser leur rôle en tant que force d'influence sur la liberté d'agir (*agency freedom*) des femmes de convertir des potentialités comme celle accordée par ces interventions de gratuité en réalisations effectives.

Figure 1 : Cadre d'analyse de la capacité des femmes

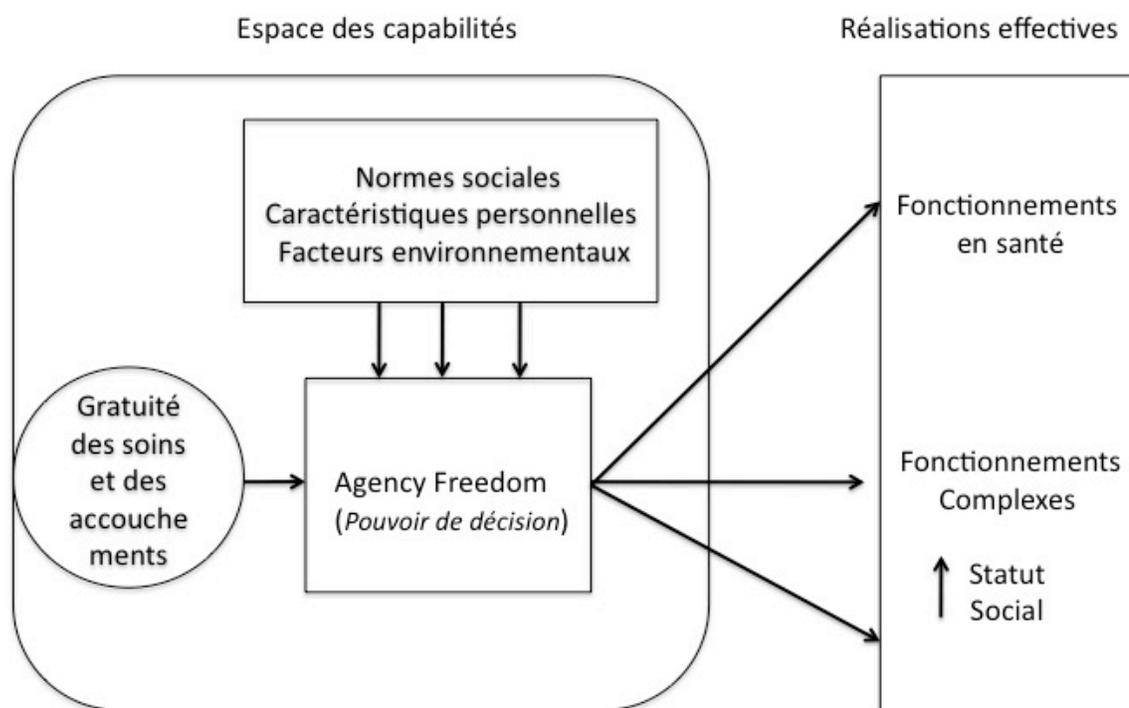


Fig 1: sources: frediani (2010), Kabber (1999) Robeyns (2004); Sen (2000)

4. Méthodologie

Le devis de recherche est une étude de cas multiples reposant sur l'utilisation de données qualitatives. Nos cas sont constitués par les deux interventions de gratuité (femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans). La population étudiée dépend des huit centres de santé où se déroulent ces interventions dans les trois districts de Dori, Sebba et Ouargaye.

En ce qui concerne la sélection des centres de santé pour les districts sanitaires de Dori et Sebba, le choix est contraint dans la mesure où il n'existe que quatre CSPS où s'applique la prise en charge gratuite des indigents. Cette troisième forme de gratuité (avec celles pour les femmes et les enfants) n'est cependant pas concernée par la présente étude, mais l'a été pour d'autres (Samb & Ridde, 2012b; Samb, Ridde, & Queuille, 2013). En ce qui concerne Ouargaye, dix CSPS participent à l'intervention. Ainsi, les quatre CSPS où s'est déroulée l'étude ont été choisis en tenant compte de leur homogénéité ethnique (le même groupe social Mossi dominant). Les données qualitatives proviennent de deux instruments de collecte (entrevues individuelles, et revue documentaire) qui ont été utilisés au cours d'une enquête de terrain qui a duré six mois en 2010. Des entrevues individuelles réparties de manière égale entre les trois sites d'étude (tableau 2) ont eu lieu avec des femmes enceintes ou ayant donné naissance (n=40) dans les CSPS ciblés par l'étude, avec les membres des Coges (N= 16) et les agents de santé (N=8). Puisque les participants appartiennent pour la plupart à des groupes déjà identifiés, nous avons sélectionné dans chacun de ces groupes, les personnes dont les profils étaient les plus divers afin de croiser les points de vue, selon le principe de la diversification interne (Poupart et al., 1997). Pour cela, nous avons été aidés par des acteurs sur le terrain qui connaissent bien le milieu. Les entrevues se sont déroulées en présence d'un interprète, lorsque nécessaire. Elles ont porté sur les thèmes suivants : les stratégies de mobilisation des ressources pour les soins dans les ménages, le pouvoir de décision des femmes, l'utilisation des services maternels, les normes sociales et domestiques, l'autonomie des femmes, la perception de l'impact de la gratuité des accouchements et des soins par les enfants, la marge de manœuvre des femmes sur le contrôle de leur procréation et les questions de santé de la reproduction, le statut social de la femme.

L'étude documentaire a reposé sur les politiques nationales de santé et les rapports d'activités de l'ONG et des districts étudiés. Toutes les entrevues ont été retranscrites en français à partir de l'enregistrement numérique. Le matériel a été encodé et organisé avec le logiciel QDA-Miner®

Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique recoupant les différentes dimensions du cadre conceptuel (Figure 1) selon une démarche thématique (Ritchie & Spencer, 1994). Cependant, nous avons adopté un codage mixte permettant aussi d'intégrer les thèmes émergents lors de l'analyse (Van der Maren, 1995).

Cette recherche a été approuvée par les comités d'éthique de l'université de Montréal (CRCHUM) et de la recherche en santé du Burkina Faso.

Tableau 2 : caractéristiques des participants et instruments de collecte

Instruments/catégories d'acteurs	Membre des Coges	Femmes enceintes ou allaitantes	Agents de santé
Entrevues approfondies (total : 64)	16	40	8
Dori et Sebba (n : 32)	8	20	4
Ouargaye (n : 32)	8	20	4

5. Résultats

5.1. Stratégies pour le recours aux soins avant les interventions d'exemption du paiement des soins

Dans les trois districts, les femmes rapportent avoir rencontré des difficultés pour utiliser les services de santé avant les interventions. Parmi ces difficultés, la principale est la barrière économique. Elle les obligeait à négocier constamment avec leurs maris pour l'accès aux ressources nécessaires au paiement du ticket modérateur : *«Moi je n'ai pas d'argent et il m'est difficile d'en avoir, donc c'est mon mari qui paient pour les soins, mais je suis obligé souvent de lui courir derrière » (DS1#3)*. Cependant, dans les situations où le mari n'a pas d'argent, certaines femmes ont déclaré prendre dans leurs maigres économies, pour celles qui en ont. Les autres se tournent vers la parentèle pour avoir l'argent *« Si mon mari n'a pas d'argent, ce sont mes parents qui paient » (DS2#52)*. Lorsque ces derniers ne pouvaient pas non plus, les femmes rapportent avoir vendu certains biens du ménage : *«Il m'est arrivé que mon mari ne dispose pas d'argent, mais dans ce cas, je suis allé à la maison et j'ai cherché quelque chose à vendre pour venir payer » (DS3#91)*. Celles qui n'avaient pas de biens à vendre, se retrouvaient obligées d'emprunter auprès des amis ou des voisins, ce qui les met dans des situations souvent angoissantes : *«Quand l'enfant était malade, je lui ai dit que je vais emprunter de l'argent et il me dit qu'il n'a ni chèvre, ni poule et comment nous pourrons rembourser» (DS3#72)*. En outre, dans des contextes de pauvreté généralisée, il arrive souvent que toutes les solutions de recours soient épuisées. Certaines femmes qui ont été dans ces cas, confient avoir différé leur recours aux soins : *«Une fois mon enfant était tombé gravement malade et on a fait 23 jours avant de l'amener à l'Hôpital, car je n'avais pas d'argent et mes parents non plus» (DS1#41)*. D'autres, en revanche, ont renoncé par peur de gêner leur mari sachant qu'il n'avait pas d'argent : *«Puisque les médicaments ne se vendent pas à crédit, si tu n'as pas d'argent, tu es obligé de rester à la maison, quand tu auras l'argent tu vas y aller» (DS3#74)*.

5.2. Effets des interventions de gratuité des soins sur l'*agency freedom* des femmes

Un pouvoir de décision accru

À Dori et Sebba, les femmes déclarent ne plus s'angoisser quand elles sont enceintes «*Les avantages de la gratuité est qu'avant, tu devais forcément pour aller en consultation, emprunter ou même prendre l'argent de tes condiments, mais maintenant, tu ne te soucies plus de tout cela*» (DS2#22). Cela s'est traduit par un recours plus rapide aux services de consultation prénatale : «*Non avant la subvention, si mon mari disait qu'il n'avait pas d'argent, je ne pouvais pas y aller, car il fallait de l'argent à l'époque pour faire les CPN, maintenant, je peux*» (DS1#5). Au-delà des CPN, c'est toute la gestion préventive de la grossesse qui se trouve facilitée aux dires d'un agent de santé : «*Ce qui a changé est que les gens n'ont plus peur de la maternité, car les CPN sont gratuits et les accouchements aussi, cela permet de mieux suivre les femmes, et d'éviter les accouchements à domicile*» (DS1#19). La fréquentation rapide des structures de santé dès les premiers mois de la grossesse a été rendu possible par le fait qu'elles n'ont plus besoin de s'inquiéter de la mobilisation des ressources : «*La gratuité a facilité les choses pour nous les femmes, parce que maintenant si je dois y aller, je lui demande la permission, il me la donne. Il n'y a aucun problème. C'est comme cela que j'ai fait pour mes CPN, mais aussi pour l'accouchement plus tard*» (DS1#28). Le même effet a été observé en ce qui concerne l'utilisation des services par les enfants «*C'est mieux aujourd'hui, avant quand tu demandais d'aller au CSPPS et qu'il n'avait pas d'argent, il te disait qu'il n'en avait pas pour l'instant. Maintenant si tu lui demandes, tu peux amener l'enfant et même quand il n'est pas là, tu peux le faire aussi*» (DS2#30).

À la différence de Dori et Sebba, à Ouargaye, l'effet est plus mitigé car les accouchements sont subventionnés et pas gratuits. Même si beaucoup de femmes ont déclaré recourir plus précocement au CSPPS : «*Avant on dépensait beaucoup plus. Avant, des hommes pleuraient à l'accouchement de leurs femmes parce qu'ils n'avaient pas d'argent pour payer. Mais avec l'aide, la dépense est plus petite. Ainsi on peut aller plus facilement au CSPPS*» (DS3#95). Cependant, elles sont encore nombreuses à y parvenir tard constate un membre des Coges :

«Avec le major [infirmier responsable], nous tournons faire des sensibilisations aux femmes enceintes pour leur dire de venir accoucher aux CSPS et bénéficier de la subvention, mais ils arrivent que l'accouchement surprenne en court de route» (DS3#69). Aussi, parmi les femmes enceintes, elles sont nombreuses à être encore incertaines sur le lieu de leurs accouchements sans nécessairement l'imputer au 900 FCFA qui reste à leur charge en cas d'accouchements : «Je ne sais pas encore. Le moment de l'accouchement on verra, si ça arrive, en ce moment, on part emprunter ou on vend les récoltes pour y aller» (DS3#75).

De la demande de permission au devoir d'information

Le fait que le recours aux soins ne soit plus tributaire de l'argent donné par le mari a changé le processus décisionnel dans le ménage. A Dori et Sebba, des femmes soutiennent que leur choix d'aller aux CSPS n'est plus soumis à l'appréciation exclusive de leur mari : «*Quand j'amenais les ordonnances, c'est lui qui allait les acheter, mais aujourd'hui, ce n'est plus le cas. Donc quand je pars aux structures de santé, je lui dis qu'aujourd'hui je dois m'y rendre*» (DS1#10). Certaines reconnaissent d'ailleurs y être allées à son absence : «*Je suis parti au CSPS pour les soins et à son retour je l'ai informé*» (DS2#29). Cependant dans les trois districts, la majorité des femmes rencontrée avouent solliciter toujours l'aval de leur mari avant d'aller au centre de santé : «*Je demande toujours la permission même si les soins sont gratuits, car on doit toujours avoir l'autorisation de son mari pour y aller*» (DS1#4). Toutefois, à Dori et Sebba, comme l'ont noté plusieurs femmes, cela dénote plus d'un respect des règles traditionnelles et coutumières que d'une demande d'autorisation formelle : «*J'informe mon mari juste pour qu'il sache où je vais, mais je suis sûre qu'il ne m'interdit plus. Comme je ne lui demande plus de payer*» (DS2#6).

À l'inverse à Ouargaye, les femmes ont besoin de l'argent du mari pour payer les 900 FCFA qu'on les réclame, mais aussi pour assurer les soins pour leurs nourrissons : «*Oui je demande l'autorisation, si tu ne demandes pas l'autorisation et que tu amènes l'enfant, il est déshydraté*

ou anémié, comment tu vas faire pour payer. Seule tu ne peux rien, l'enfant va mourir et on va te laisser avec le corps » (DS3#83).

5.3. Gratuité des soins et fonctionnement en santé (*health functioning*)

Une utilisation des services de santé améliorée... mais les barrières persistent

La suppression de la barrière financière a facilité l'utilisation des services de santé par les femmes, aussi bien au niveau des consultations prénatales que des accouchements assistés. La plupart des femmes ont déclaré mieux utiliser les services obstétricaux : *«Je suis allé à toutes mes visites et aussi le jour de mon accouchement, dès que j'ai senti les contractions, je me suis dépêché à aller aux CSPS » (DS2#32).* Cette situation s'est traduite par des résultats remarquables au niveau des accouchements assistés à Dori et Sebba comme le soutient un infirmier chef de poste : *«Les interventions ont fait que les fréquentations des maternités ont augmenté et même doublé, donc, du coup en rendant plus facile et plus rapide l'utilisation des services, elles ont permis de résoudre des problèmes comme les accouchements à domicile» (DS2#2).* En effet, les barrières géographiques demeurent, rendant l'utilisation des services de santé pour certains CSPS impossibles, surtout lors de la saison des pluies : *«Grâce aux projets de gratuité, j'ai accouché à l'hôpital, et j'y amenais mon enfant jusqu'à ce que la saison des pluies arrive »* confirme une femme (DS1#40). Les effets positifs de la gratuité des soins concernent aussi l'utilisation des services infantiles : *«Chaque fois que mon enfant est malade, on va prendre les médicaments et il va mieux » (DS2 29)* renchérit une mère.

À Ouargaye la subvention, bien que partielle, du prix des accouchements a eu aussi un effet incitatif important pour les femmes d'accoucher dans les centres de santé :

«Dans le quotidien de notre travail, on a vu qu'avec la SONU, nos indicateurs ont accru. Avant la politique beaucoup de femmes ne venaient pas la couverture des consultations prénatales et des accouchements étaient basse» (DS3#102) rapporte un agent de santé.

Plusieurs femmes ont reconnu mieux respecter les CPN et avoir accouché dans les centres de santé. Les 900 FCFA qui restent à leur charge ne sont pas considérés comme un obstacle pour certains : *«Avec 900 FCFA, si l'homme ne te donne pas, tu peux te débrouiller»* (DS3#93).

Il reste cependant que pour les plus démunis, qui ne sont pas exemptées du paiement contrairement à la politique, cette somme demeure exorbitante comme nous le confirme l'une d'entre elles : *«Il ya des femmes qui n'ont pas d'argent, leur mari, non plus. Pour celles-là dont moi même, les 900 FCFA c'est compliqué»* (DS3#94).

L'analyse des entrevues avec les femmes montre aussi que certains comportements d'agents de santé n'ont pas disparu. Même si certaines femmes ont noté une amélioration : *«Avec la gratuité ils ont plus de respect et de considération envers les patients parce qu'il n'ya pas de risque qu'on ne vienne pas au rendez-vous par manque d'argent»* (DS1#4). D'autres déplorent en revanche, la persistance des paiements informels :

«Ce n'est pas bien qu'on nous fasse payer alors que c'est gratuit, car nous ne sommes pas des gens fortunés et Dieu nous éprouve déjà par la maladie. S'ils peuvent nous donner les médicaments sans nous faire payer comme ce qui est normal, ce serait bien» (DS1#43).

Les violences verbales encore rencontrées sont aussi fustigées : *«Quand on crie sur toi, c'est qu'il ya pas de respect»* (DS2#55).

Une utilisation des services de la contraception encore faible

La suppression de la barrière financière n'a pas eu l'effet escompté sur l'usage de la contraception.

En effet, à Dori et Sebba où les services de planification familiale sont offerts gratuitement par l'ONG aux femmes allaitantes jusqu'à six mois, les effets sont limités. Peu de femmes suivent une contraception : *«Je suis venue faire les injections contraceptives, mais j'en ai parlé avec mon mari avant de le faire, puisque s'il n'est pas d'accord, on ne peut pas les faire»* (DS1#29). Cette faible évolution contraste avec la volonté affichée par les femmes d'utiliser les services de planification familiale : *« Personnellement je ne le fais pas encore. Mais si*

l'opportunité se présente, je vais le faire » (DS1#52). En dépit de l'intention, peu vont jusqu'au bout à cause des normes sociales et culturelles dominantes hostiles à la contraception. Ce qui fait que les rares qui utilisent une méthode contraceptive, le font à l'insu de leur mari, comme le confesse une femme : « *Je ne lui ai pas dit que je suis allé voir le médecin pour prendre des comprimés contraceptifs* » (DS1# 40). Cependant, elles sont encore nombreuses à abdiquer face à l'opposition de leur mari : « *Je voulais le faire, mais il n'est pas d'accord* » (DS2#33).

L'hostilité des maris est renforcée par le poids de la religion et de la tradition. Cela fait que les préjugés qui entourent la planification familiale sont encore trop prégnants, surtout chez les hommes comme le rappelle un agent de santé :

«Il y a encore beaucoup d'ignorance, si nous voulons améliorer les choses, il nous faut sensibiliser davantage. Nous on a pas accès à tout le monde, c'est seulement ceux qui viennent ici avec qui on discute, or il faut rejoindre les gens dans leurs domiciles, par exemple aller dans les villages. Il faut aussi sensibiliser les hommes» (DS2#66).

5.4. Gratuité des soins et fonctionnements complexes : un renforcement du statut social des femmes.

Une augmentation de leur estime de soi

Au-delà de l'utilisation des services, nos données montrent que l'exemption du paiement a aussi des effets positifs sur le statut social des femmes. À Dori et Sebba, la gratuité des accouchements et des soins pour les enfants a permis d'éliminer cette pression exercée sur les femmes pour vendre leurs biens ou s'endetter pour utiliser les services de santé. Le fait qu'elles ne soient plus obligées de dévoiler leur intimité familiale est présenté par de nombreuses femmes comme contributives à la préservation de leur dignité et au renforcement de leur estime de soi : «*La maladie peut venir et tu n'as rien, ton mari, non plus, tu ne pouvais alors qu'aller chez les autres demander. Maintenant que c'est gratuit, on n'a plus à vivre cette honte de demander partout. Même mon mari quand je devais aller à l'hôpital, il était triste*».

(DS1#59). Ce sentiment de sécurité est plus prégnant à Dori et Sebba où la gratuité inclue aussi les soins pour les enfants à l'inverse de Ouargaye.

Certes, à Ouargaye, la subvention du prix des accouchements a permis de réduire l'inquiétude sur les ménages à l'approche des accouchements, comme le souligne un membre des Coges dont la femme vient d'accoucher : *«Maintenant si ta femme est enceinte, tu ne te prépares plus comme avant»* (DS3#78). Cependant, les 900 FCFA pour payer les accouchements constituent toujours une source d'inquiétude pour certaines mères sans compter les paiements nécessaires pour leurs nourrissons : *«Si ton enfant est malade, tu ne peux pas venir au dispensaire sans argent. Les infirmiers vont te demander de payer les médicaments, la dernière fois, l'argent m'a manqué. J'ai pris les produits à moitié... là je dois aller chercher l'argent pour compléter»* (DS3#83).

Un plus grand respect au sein du couple

Avec la gratuité, les femmes n'apparaissent plus comme la cause des dépenses catastrophiques à cause de la satisfaction de leurs besoins en santé. Pour certaines femmes, cela a contribué au renforcement de leur position au sein du ménage, reflété par un plus grand respect de la part de leurs maris : *«Oui il y a du respect parce que je ne lui demande plus de l'argent pour aller faire les CPN ou accoucher »* (DS1#32), des propos confirmés par une autre femme :

«A chaque fois que l'enfant était malade, je l'amenaï à l'hôpital, il venait payer avec une mine renfrognée, mais maintenant, il n'y a aucun problème parce que tu peux amener l'enfant chaque fois qu'il est malade et avoir les soins gratuitement » (DS2#28).

L'effet reste cependant limité à Ouargaye, bien que des femmes considèrent que le fait qu'elles n'ont *«coûté»* que 900 FCFA à la place des 2000 FCFA réclamés avant lors de leur accouchement fait qu'il y a moins de disputes à ce propos au sein de leur couple :

«Si tu demandes 900 FCFA et il a 1000 FCFA seulement, il peut donner, mais si tu voulais plus que cela, il va faire comment ? C'est en ce moment que vient toujours la mésentente. Donc cela a changé quelque chose» (DS3#100).

De manière générale, les résultats montrent que la sollicitation de l'argent pour le paiement des soins constitue souvent une source de tension au sein des ménages. Dans nos discussions, elle est apparue comme l'une des causes des querelles au sein du couple, à tel enseigne que certaines femmes habituées considèrent normal l'absence de respect qui peut s'ensuivre : *«C'est difficile de respecter une personne qui te fait dépenser» (DS2#61)*, nous dit une femme pour justifier les propos acrimonieux de son mari à chaque fois qu'elle demandait l'argent des soins.

Toutefois, les femmes interrogées dans les trois districts n'ont pas semblé profiter économiquement de l'argent non déboursé pour les soins, comme le souligne l'une d'elles :

«Vraiment je ne profite pas de cet argent. Souvent je n'ai même pas suffisamment d'argent pour payer le mil» (DS2#40). Si certaines expliquent cela par le fait qu'il n'y a jamais d'économie pour la santé dans ces contextes et que par exemple les frais d'accouchement ne sont mobilisés qu'au moment du besoin : *«On ne fait pas d'économie, l'argent que nous gagnons est aussitôt dépensé, nous les villageois, nous n'avons pas d'argent déposé qui ne sert à rien » (DS2#44)*. Pour d'autres, cela est dû simplement au fait que dans ces contextes, les femmes n'ont qu'un accès limité aux ressources du ménage : *«C'est mon mari qui gère l'argent, moi je n'y ai pas accès» (DS3#101)*.

6. Discussion

Cette recherche porte partiellement sur une intervention mise en place par une ONG. La présence de cette ONG a pu induire des biais de désirabilité sociale en influençant la réponse de certaines enquêtés. Pour en limiter l'impact, nous avons clarifié dès le début l'indépendance de cette recherche avec les activités du projet et affirmé clairement que l'entrevue ne pourra avoir aucun effet sur sa décision de continuer les activités de gratuité

(Boutin, 1997). L'autre limite est liée au petit nombre de personnes interrogées consubstantiel aux approches qualitatives en profondeur, ce qui peut réduire la généralisation des résultats à d'autres districts. Cependant, le fait que nos résultats soient globalement similaires en dépit des contextes sociaux différents renforce la validité interne de l'étude (Yin, 2008), sans compter le fait qu'ils ont été présentés avec une bonne acceptation par les différents acteurs sociaux au cours d'un colloque qui s'est déroulé au Burkina Faso.

6.1. La gratuité des soins : un outil de renforcement de l'agency freedom des femmes

Les résultats de cette étude montrent que la suppression de la barrière financière au point de service a renforcé le pouvoir de négociation des femmes au sein de leur ménage et conséquemment leur pouvoir de décision sanitaire. Cela illustre à quel point la barrière économique est déterminante pour le recours aux soins par les femmes. Au Burkina Faso, elle est renforcée par les inégalités de genre à l'intérieur des ménages qui imposent la soumission de la femme à son mari (Somé et al., 2013). Cette situation fait que les femmes sont exclues du processus de décision concernant leur utilisation des services de santé gérée souvent exclusivement par le mari et la belle famille (Somé et al., 2013). À cause de cela, les femmes qui veulent utiliser les services de santé sont obligées, dans un contexte de paiement des soins au point de service, de négocier constamment avec leur mari pour disposer de l'argent nécessaire aux soins. Ce qui donnait au mari les prérogatives d'apprécier les besoins en santé de sa femme, mais aussi de décider, ou non, de l'affectation des ressources à leur satisfaction si ces ressources étaient disponibles (Nikiéma et al., 2008). Le marchandage que cela impose aux femmes est considéré comme l'une des causes à la base des délais observés dans leur recours aux services de santé (Islam & Yoshida, 2009). Cela explique pourquoi, dans les ménages où l'homme dispose de tout le pouvoir de décision, les femmes sous-utilisent les services de santé maternelle, car ce dernier a tendance à sous-estimer leurs besoins sanitaires (Hou & Ma, 2013). Par conséquent, le fait que les femmes ne se retrouvent plus dans l'obligation de solliciter l'argent a renforcé leur pouvoir de décision sanitaire.

Il n'existe pas à notre connaissance d'autres études sur l'influence de la gratuité des soins sur le pouvoir de décision sanitaire des femmes. Toutefois, comme l'accès aux soins des groupes vulnérables est défini et influencé par le mode de paiement, certains auteurs ont suggéré que la mise en place d'un système qui ne reposerait pas sur le paiement direct au point de service pourrait augmenter le recours des services par les femmes (Arhin, 1994; Ruth et al., 2002). Nos résultats confirment cette hypothèse et soutiennent que si cette évolution dans les relations intraconjugales ayant abouti à un accroissement du pouvoir de décision de la femme a pu être possible, c'est que l'exemption du paiement des soins a agi concomitamment sur la barrière financière, mais aussi sur les inégalités de genre au sein du couple. En effet, ses deux réalités sont interreliées. C'est parce que les «*biais sexués*» (Sen, 1992a) dans la répartition des ressources du ménage désavantagent la femme que cette dernière est obligée de se soumettre à son mari qui, en tant qu'unique ordonnateur des dépenses du ménage, devient en dernière instance celui qui détermine leur choix sanitaire.

L'intrication entre la sous-utilisation des services maternels et la dépendance économique des femmes est établie depuis longtemps par les écrits. Ainsi, une étude au Bangladesh montre que les faibles taux d'utilisation des services préventifs et curatifs par les femmes pouvaient s'expliquer par le fait qu'elles étaient dépendantes économiquement de leur mari peu disposés à payer pour leurs soins (Schuler, Bates, & Islam, 2002). En Ouganda, les femmes qui étaient les plus dépendantes de leurs maris étaient celles qui avaient le moins de pouvoir de décision sanitaire (DeRose & Ezeh, 2010).

La suppression du paiement induit donc logiquement des changements à l'intérieur des ménages, en supprimant la contrainte économique qui limitait l'*agency* des femmes. Ce qui participe en retour à l'effritement des relations de subordination au profit de relations moins asymétriques où la femme acquiert du pouvoir de décider de son itinéraire thérapeutique sans le rendre tributaire à l'argent de son mari. Les expériences de *cash transfer* ont déjà montré

qu'une augmentation du pouvoir économique des femmes était associée à une augmentation de leur pouvoir de décision dans le domaine sanitaire, mais aussi dans d'autres sphères de leur vie comme l'éducation des enfants (Behrman, 2010; De Brauw, Gilligan, Hoddinott, & Roy, 2013).

Nos résultats empiriques confirment ainsi les propositions théoriques d'Amartya Sen sur la relation entre l'émancipation économique des femmes et leur rôle d'agent. En effet, pour Sen (2000 : 257), tout ce qui rend les femmes moins dépendantes comme l'éducation ou la possession de ressources économiques extérieures contribue à rendre leurs voix plus audibles et donc à accroître leur pouvoir de décision :

«L'indépendance économique tout comme l'émancipation sociale des femmes créent une dynamique qui remet en cause les principes gouvernant les divisions, au sein de la famille et dans l'ensemble de la société et influence tout ce qui est implicitement reconnu comme étant leurs droits».

Pour autant, nos résultats ne veulent pas dire que les contraintes de genre, comme les normes culturelles, n'opèrent plus. Au contraire, le fait que les femmes continuent de demander la permission prouve le contraire. Cependant, cette demande de permission n'équivaut pas à une absence d'*agency* des femmes, mais doit s'interpréter comme une volonté de préserver la « fierté » du mari (Nikiéma et al., 2008). En effet, comme l'explique Mullany et collègues (2005), le fait pour certaines femmes de laisser au mari le «*final say*» n'équivaut pas nécessairement à l'absence de pouvoir de décision sanitaire. Cela procède plus d'une volonté d'impliquer ce dernier dans le processus décisionnel, surtout que dans certains contextes, une femme au pouvoir de décision accru peut être vu comme une menace (Mullany, Hindin, & Becker, 2005): «*A woman who is specially empowered with sole decision-making power may be viewed by her husband as a threat to his position as head of household*» (Mullany et al., 2005 : 2003). Cela semble être le cas au Burkina où la peur d'insubordination des femmes, qui pourrait résulter de leur indépendance économique, préoccupe les hommes de façon obsessionnelle, à telle enseigne qu'elle justifie le refus de certains maris de laisser leurs femmes exercer une activité économique à l'extérieur du foyer (Roumba, 2011).

6.2. De l'agency freedom à l'extension de la capacité sanitaire et sociale des femmes

Par ailleurs, si la gratuité des soins a favorisé l'acquisition d'un pouvoir de décision sanitaire par les femmes, nos résultats montrent que cela a été en retour instrumental à la réalisation d'autres *outcomes* au plan sanitaire (augmentation des consultations prénatales et des accouchements assistés) mais aussi au niveau du statut social des femmes (renforcement de leur estime de soi et un plus grand respect au sein de leur ménage). Des études quantitatives effectuées sur les effets de ces interventions confirment les résultats sur l'augmentation du recours aux CPN et aux accouchements. En effet, une nette augmentation des taux d'accouchement assistés à la suite de la mise en œuvre de la SONU a été observée à Nouna, un district du Burkina Faso qui applique la même politique de subvention qu'à Ouargaye, (De Allegri et al., 2012). Dans les districts de Dori et Sebba, la gratuité des accouchements a permis une augmentation substantielle des accouchements assistés dans les CSPS concernées (Ridde, Queuille, et al., 2012). La même étude montrait en outre que les effets de la gratuité étaient davantage supérieurs à la seule subvention (Ridde, Queuille, et al., 2012), ce qui confirme nos résultats qualitatifs qui montrent une différence en termes de recours aux soins entre Dori – Sebba et Ouargaye. D'autres études qui ont mieux intégré la dimension genre dans leurs analyses confirment la relation entre l'*agency* des femmes utilisé souvent de manière interchangeable avec celui d'autonomie (Malhotra & Schuler, 2005) et une plus grande utilisation des services de santé. En effet, en Ethiopie et en Erythrée, les femmes qui ont un plus grand pouvoir de décision sont celles qui sont les plus susceptibles d'utiliser les services de consultations prénataux (Woldemicael, 2010). L'une des rares revues systématiques consacrées essentiellement à l'Afrique subsaharienne a étudié les facteurs associés à l'accouchement assisté. Ces résultats montrent que le renforcement de l'autonomie de la femme est associé avec une augmentation significative des taux d'accouchements assistés, bien que dans certaines de ces études, l'autonomie est considérée insuffisante pour augmenter l'utilisation des services sans une interaction avec la richesse (Moyer & Mustafa, 2013). En Indonésie, les femmes qui disposaient d'un plus grand pouvoir de négociation avaient une plus grande probabilité d'accoucher dans un centre de santé (Beegle, Frankenberg,

& Thomas, 2001). Dans l'Uttar Pradesh en Inde du Nord, l'autonomie des femmes mesurée par l'étendue de leur liberté de mouvement est le principal déterminant de l'utilisation des soins de santé maternelle. Les femmes les plus autonomes sont les plus susceptibles de recevoir des soins prénataux et d'utiliser les soins obstétricaux. Les auteurs suggèrent ainsi que l'autonomie des femmes exerce une influence aussi importante que les caractéristiques socioéconomiques comme l'éducation (Bloom et al., 2001). Des résultats analogues ont été aussi trouvés récemment au Pakistan (Hou & Ma, 2013). Cependant, une étude réalisée dans 33 pays en développement dont des africains nuance l'influence de l'autonomie considérée moins déterminante que les facteurs socioéconomiques comme l'éducation ou le revenu (Ahmed, Creanga, Gillespie, & Tsui, 2010). Enfin, au-delà de l'utilisation des services maternels, le renforcement du pouvoir de négociation et de décision des femmes peut avoir un impact positif sur la nutrition de leurs enfants (Lépine & Strobl, 2013).

6.3. Gratuité des soins et ses externalités positives sur la position sociale des femmes

Nos résultats montrent en outre que des externalités positives ont été associées à la participation des femmes aux programmes de gratuité des soins. Ce qui permet de considérer que le renforcement de l'*agency* des femmes a contribué, comme bénéfices inattendus, au renforcement de leur estime de soi et à un plus grand respect au sein de leur ménage. En effet, la gratuité des accouchements à Dori et Sebba a permis d'éliminer cette pression exercée sur les femmes pour vendre leurs biens ou s'endetter pour accoucher au CSPS, ce qui a été mis au jour dans les écrits depuis bien longtemps (Perkins et al., 2009). Ces différentes stratégies d'accès aux ressources, courantes dans ces contextes du fait de la pauvreté (Kruk et al., 2009; Mugisha et al., 2002) comportaient des coûts sociaux qui pouvaient être souvent désastreux sur l'estime de soi des femmes, obligées de dévoiler leur intimité familiale et la situation de pauvreté dans laquelle elles vivent (Hennink & McFarland, 2013). Par conséquent, le fait qu'elles ne soient plus obligées d'y recourir, contribue à préserver leur dignité et renforcer leur estime de soi. Dans un autre contexte, une évaluation du programme mexicain de transfert monétaire PROGRESA aboutissait aux mêmes résultats en montrant que le fait que les femmes n'avaient plus à demander de l'argent à leurs maris tous les jours pour satisfaire

certains besoins s'était traduit par une augmentation de leur estime de soi (Adato et al., 2000). Au Nicaragua, une étude qualitative a montré qu'un programme de *cash transfer* a eu un impact positif sur l'estime de soi des femmes et leur sentiment d'être plus autonomes (Adato et al., 2004). Au Brésil, le fait que les femmes ne dépendaient plus de leurs maris pour effectuer les dépenses du ménage grâce à l'argent qu'elles recevaient dans le cadre du programme de *cash transfer* Bolsa Familias s'est traduite par un renforcement de leur estime de soi et une plus grande confiance en elles (Suarez & Libardoni, 2008).

Enfin, le fait que les femmes n'apparaissent plus comme la cause des dépenses catastrophiques du ménage à cause de la satisfaction de leur besoin sanitaire a favorisé le renforcement de leur position au sein de leur ménage. Au Burkina Faso par exemple, lorsque la gratuité des accouchements était bien appliquée, pratiquement plus aucune femme ne réalise des dépenses excessives de santé qui peuvent avoir des conséquences tragiques sur l'économie des ménages (Ameur, Ridde, Bado, Ingabire, & Queuille, 2012). L'importance d'une bonne estime de soi a été en outre soulignée comme étant un élément essentiel du pouvoir d'agir individuel (Ninacs, 2008). Pour Sen (2000b : 184), elle constitue : *« peut être le plus essentiel des biens premiers, celui sur lequel devrait se concentrer toute théorie de la justice comme équité »*. En effet, la possibilité pour une personne de rester digne à ses yeux, de ne pas avoir honte, d'être respecté, en bref de jouir d'une bonne estime de soi fait partie des fonctionnements les plus pertinents et qui contribue à définir la qualité d'existence d'une personne (Sen, 2000).

6.4. Quand des facteurs de conversion inadéquats limitent l'empowerment des femmes

Cependant, la gratuité des accouchements n'a pas résolu tous les problèmes. Sa relative mauvaise application au Burkina Faso, comme d'ailleurs dans la plupart des pays en Afrique, a limité ses résultats (Olivier de Sardan & Ridde, 2013). La gratuité n'a pas fait disparaître toutes les dépenses catastrophiques affectant les ménages en cas de soins obstétricaux d'urgence, comme les césariennes, ce qui a été observé au Burkina Faso (Ridde et al., 2014) et au Mali (Arsenault et al., 2013). Enfin, elle n'a pas été non plus suffisante pour juguler les

facteurs de conversions inadéquats, comme les barrières géographiques qui persistent et qui empêchent parfois les populations de bénéficier de la politique (De Allegri et al., 2011; Storeng et al., 2008), sans compter son influence limitée sur les normes culturelles oppressives qui bloquent la capacité des femmes de poursuivre les options qu'elles valorisent (Sen, 2000) par exemple l'usage de la planification familiale.

Concernant ce dernier point, son investigation dans les districts de Dori et Sebba montre que si certaines femmes ont manifesté l'intention de faire de la contraception, peu sont allées jusqu'au bout à cause généralement du refus du mari. Les normes culturelles dominantes dans ces contextes nourrissent les résistances des maris et des familles par rapport à la contraception qui est entourée par de nombreux clichés et idées reçues que l'on retrouve aussi en zone urbaine (Bationo, 2012). Par exemple, elle est souvent assimilée à une politique de dévergondage des femmes, ou comme un outil pour les stériliser (Amnesty International, 2009). À l'évidence, dans des contextes où la fécondité est valorisée, la contraception ne peut être vue que comme une entrave (Andro & Hertrich, 2001). La prégnance forte de ces normes culturelles au niveau communautaire comme sociétale explique pourquoi dans la région du Sahel où se trouve deux de nos sites d'étude (Dori et Sebba), on enregistre les taux les plus bas de prévalence contraceptive dans le pays soit un taux de 6,9 %, loin de la moyenne nationale qui est de seulement 15 % (Ministère de la santé, 2013).

Cependant, en dépit des contraintes culturelles, nos résultats montrent que certaines femmes trouvent le moyen de faire de la contraception, même si c'est en se cachant du mari. Cette découverte est intéressante, car elle montre tout le potentiel transformatif de la gratuité des soins. Bien qu'il soit clair que dans ces contextes, l'empowerment individuel ne sera pas suffisant pour impulser des changements radicaux, comme celui devant mener à des changements des indicateurs de la planification familiale. En effet, dans les contextes où les normes sociales et culturelles sont trop puissantes et contraignent la capacité des femmes de « *make strategic life* », *structural inequalities cannot be adressed by individuals alone* » (Kabeer, 1999 : 437).

Ceci illustre cependant à quel point les facteurs de conversion, médiatisés ici par les normes sociales et domestiques sont déterminants dans la transformation d'une ressource en capacité (Frediani, 2010). Lorsque ces facteurs de conversion ne sont pas favorables, ils peuvent bloquer l'autonomie des individus, comme ici avec les femmes. En effet, une étude d'anthropologie médicale qui a analysé les moyens par lesquels les maris influencent la santé de la reproduction de leurs femmes trouve que les désirs des conjoints prévalent toujours sur la question de la contraception (Dudgeon & Inhorn, 2004). Au Nigéria, chez les Houssa, l'incidence des normes culturelles a constitué un obstacle à l'exercice du choix sanitaire des femmes. L'étude montre que certains maris n'hésitaient pas à aller au CSPPS réprimander les professionnels de santé pour les idées étranges qu'ils auraient véhiculées à leurs femmes comme celle relative à la contraception (Adamu & Salihu, 2002). L'analyse de l'influence des facteurs contextuels comme les représentations culturelles au sein de la communauté, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, dont le Burkina Faso, montre que parmi les facteurs associés significativement à l'usage de la contraception, figure son niveau d'acceptation parmi les femmes de la communauté. En prenant l'exemple du Ghana et de la Tanzanie, des auteurs montrent que le niveau d'approbation de la planification familiale par la communauté a un effet plus déterminant sur son utilisation que l'approbation du conjoint (Stephenson, Baschieri, Clements, Hennink, & Madise, 2007).

7. Conclusion

Cet article apporte des éléments de réponse sur des questions encore peu étudiées que sont les effets de la gratuité des soins sur l'empowerment des femmes en Afrique. Les résultats montrent que la suppression du paiement contribue à réduire les délais d'utilisation des services de santé par les femmes et contribuent à renforcer leur pouvoir de décision sanitaire par le fait qu'elles n'ont plus besoin de négocier l'accès aux ressources du ménage. D'autres effets ont été aussi observés, tels que le renforcement de l'estime de soi des femmes et un plus grand respect dans leur couple.

Cependant, la gratuité ne lève pas tous les obstacles. Les barrières géographiques et culturelles persistent, ce qui limite la capacité des femmes de mener la vie qu'elles souhaitent et de réaliser certaines choses qu'elles valorisent.

Nos résultats incitent à prendre des mesures qui visent à renforcer les politiques de santé maternelle notamment celles qui subventionnent les prix, mais aussi la position de la femme en Afrique, objectif ambitieux s'il en est. En effet, le désavantage des femmes est le fruit d'une interconnexion des inégalités résultant de la convergence de plusieurs facteurs comme la pauvreté, la religion, l'ethnicité et les normes sociales (Kabeer, 2010). Par conséquent, toute volonté de renforcer le pouvoir d'agir des femmes (empowerment) requiert une approche globale (Kabeer, 2005) qui prend en compte aussi bien les aspects psychologiques (renforcement de l'estime de soi et le pouvoir de négociation) que économiques (renforcement des capacités des femmes à se procurer des revenus indépendants). Or, si dans le premier cas des résultats intéressants ont été obtenus grâce à la suppression du paiement, pour le second, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir, qui ne relève évidemment pas des politiques de gratuité. En effet, le pouvoir économique des femmes rurales africaines reste encore très faible, à cause principalement des inégalités de genre, des normes domestiques et de la faiblesse des opportunités qui s'offrent à elles (Nikiéma et al., 2008).

De ce fait, si on veut renforcer ce pouvoir, il faut agir sur l'ensemble des facteurs qui causent la subordination des femmes, d'où la nécessité de renforcer leur accès aux soins, mais aussi

d'aller au-delà, pour organiser des politiques sociales et économiques globales visant à renforcer leur position sur toutes les sphères de la vie sociale (Ahmed et al., 2010). Parmi les stratégies possibles dans le domaine de la santé, on peut envisager une gratuité totale pour les femmes du Burkina Faso, tel que le réclame l'Union Africaine (African Union, 2010) et promis par le Président du Burkina Faso depuis 2010 (Amnesty International, 2010). Il est aussi possible d'accroître les transferts monétaires pour les femmes afin notamment de les aider dans le paiement des coûts indirects liés aux urgences obstétricales et dont les effets économiques sont souvent de longue durée (Ilboudo, Russell, & D'exelle, 2013). Sur le plan économique, on peut faciliter aux femmes les conditions d'accès au microcrédit pour améliorer leur condition de vie.

Enfin, si nous voulons assurer aux femmes la capacité d'être en bonne santé et de mener la vie qu'elles souhaitent, on doit aussi agir sur les normes culturelles, souvent ignorées dans l'élaboration des politiques alors qu'elles sont de forts marqueurs des comportements individuels, (Ruger, 2007) mais surtout la cause essentielle du «*disempowerment*» des femmes (Paruzzolo et al., 2010). Pour cela on peut aussi envisager des politiques qui favorisent l'éducation des filles, car s'il est pertinent de faire des campagnes de sensibilisations pour changer les mentalités envers la PF, cela paraît insuffisant. Le renforcement de l'éducation des filles est associé significativement à une réduction des inégalités de genre, à l'amélioration de leur santé et au renforcement de leur pouvoir d'agir (Grown, Gupta, & Pande, 2005). L'efficacité de ces diverses stratégies, notamment les transferts monétaires dans le renforcement du pouvoir d'agir des femmes a été démontrée par exemple au Mexique (Adato et al., 2000) et au Brésil (Holmes, Jones, Vargas, & Veras, 2010) où les femmes qui y ont bénéficié ont gagné en puissance de négociation (Herzog, 2011). Une étude au Burkina Faso a montré que le microcrédit accroissait le pouvoir économique des femmes, tout en renforçant leur pouvoir de décision sanitaire (Hennink & McFarland, 2013).

Si isolément, ces différentes stratégies ont donné des résultats positifs, on peut penser que leur mise en commun entraînerait des changements profonds et à long terme sur le pouvoir d'agir des femmes (Kabeer, 2005).

Références

- Adamu, Y. M., & Salihu, H. M. (2002). Barriers to the use of antenatal and obstetric care services in rural Kano, Nigeria. *Journal of obstetrics and gynaecology*, 22(6), 600-603.
- Adato, M., De la Brière, B., Mindek, D., & Quisumbing, A. (2000). The impact on women's status and intrahousehold relations. Washington: International Food Policy Research Institute Food Consumption and Nutrition Division.
<http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/16026/1/mi00ad01.pdf> (consulté le 7/01/2012).
- Adato, M., Roopnaraine, T., Álvarez, F. A., Peña, L. B., & Castrillo, G. M. (2004). A social analysis of the Red de Protección Social (RPS) in Nicaragua.
<http://dspacetest.cgiar.org/handle/10568/39536> (consulté le 7/01/2012).
- African Union (2010). Decisions, declarations, resolutions. Assembly of the African Union. Fifteenth Ordinary Session 25–27 July 2010 Kampala, Uganda.
Http://www.au.int/en/sites/default/files/ASSEMBLY_EN_25_27_July_2010_BCP_ASSEMBLY_OF_THE_AFRICAN_UNION_Fifteenth_Ordinary_Session.pdf (last accessed 16 May 2013).
- Ahmed, S., Creanga, A., Gillespie, D. G., & Tsui, A. O. (2010). Economic status, education and empowerment: implications for maternal health service utilization in developing countries. *PloS one*, 5(6), e11190.
- Alkire, S. (2005). Why the Capability Approach? *Journal of human development*, 6(1), 115-135.
- Ameur, A., Ridde, V., Bado, A., Ingabire, M., & Queuille, L. (2012). User fee exemptions and excessive household spending for normal delivery in Burkina Faso: the need for careful implementation. *BMC health services research*, 12(1), 412.
- Amnesty International. (2009). Donner la vie , risquer la mort . La mortalité maternelle au Burkina Faso Dans Amnesty International (dir). Londres.
- Amnesty International (2010). *President of Burkina Faso commits to lifting financial barriers to maternal health in a meeting with Amnesty International*. London.
- Ancey, V., Ickowicz, A., Corniaux, C., Manoli, C., & Magnani, S. (2008). Stratégies pastorales de sécurisation chez les Peuls du Ferlo (Sénégal). Dans C. Baroin & J. Boutrais (dir.), *Le lien au Bétail* (Vol. 78, p. 105-119): Journal des Africanistes.

- Andro, A., & Hertrich, V. (2001). La demande contraceptive au Sahel: les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses? *Population*, 56(5), 721-772.
- Arhin, D. C. (1994). The health card insurance scheme in Burundi: a social asset or a non-viable venture? *Social Science & Medicine*, 39(6), 861-870.
- Arsenault, C., Fournier, P., Philibert, A., Sissoko, K., Coulibaly, A., Tourigny, C. (2013). Emergency obstetric care in Mali: catastrophic spending and its impoverishing effects on households. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(3), 207-216.
- Bationo, B. (2012). Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso. *Agora débats/jeunesse*, 61(2), 21-33.
- Baudoux, L., Kamil, H., & Moulin, C. (2005). Développement de l'agropastoralisme chez une fraction nomade fixée sur les bords du fleuve Niger au Mali. *Revue d'élevage et de médecine vétérinaire des pays tropicaux*, 58(1-2), 103.
- Beegle, K., Frankenberg, E., & Thomas, D. (2001). Bargaining power within couples and use of prenatal and delivery care in Indonesia. *Studies in family planning*, 32(2), 130-146.
- Behrman, J. (2010). The International Food Policy Research Institute (IFPRI) and the Mexican PROGRESA anti-poverty and human resource investment conditional cash transfer program. *World Development*, 38(10), 1473-1485., 38(10), 1473-1485.
- Bhutta, Z., & Black, R. (2013). Global Maternal, Newborn, and Child Health — So Near and Yet So Far. *The New England journal of medicine*, 369(23), 2226-2235.
- Bloom, S. S., Wypij, D., & Das Gupta, M. (2001). Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a north indian city. *Demography*, 38(1), 67-78.
- Borghini, J., Ensor, B., Neupane, S., & Tiwari, S. (2006). Financial implications of skilled attendance at delivery in Nepal. *TM & IH. Tropical medicine and international health*, 11(2), 228-237.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bovin, M. (1985). Nomades «sauvages» et paysans «civilisés»: WoDaaBe et Kanuri au Borno. *Journal des africanistes*, 55(1), 53-74.
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V., Sarker, M., Tiendrebeogo, J., Murice, Y. (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.
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V., Sarker, M., Tiendrebeogo, J., Ye, M. (2011). Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso. *Health Policy*, 99(3), 210-218.
- De Brauw, A., Gilligan, D. O., Hoddinott, J., & Roy, S. (2014). The Impact of Bolsa Família on Women's Decision-Making Power. *World Development*, 59, 487-504.
- DeRose, L. F., & Ezeh, A. C. (2010). Decision-making patterns and contraceptive use: evidence from Uganda. *Population research and policy review*, 29(3), 423-439.
- Diallo, A., & Meda, N. (2010). Estimates of mortality in children younger than 5 years for Burkina Faso. *The Lancet*, 376, (9748), 1223-1224.
- Dudgeon, M., & Inhorn, M. (2004). Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Social science & medicine*, 59(7), 1379-1395.
- Frediani, A. (2010). Sen's Capability Approach as a framework to the practice of development. *Development in practice*, 20(2), 173-187.
- Gabrysch, S., & Campbell, O. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(1), 34.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., & Francis, V. (2007). Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on health systems. (WHO Commission on the Social Determinants of Health).
- Graham, W., Fitzmaurice, J., Bell, J., & Cairns, J. (2004). The familial technique for linking maternal death with poverty. *The Lancet - British Edition*, 363(9402), 23-27.
- Grown, C., Gupta, G. R., & Pande, R. (2005). Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *The Lancet*, 365(9458), 541-543.
- Guilhem, D. (2006) *Le lait de vache dans les sociétés peules. Pratiques alimentaires et symbolisme d'un critère identitaire*. Café Flore, Paris. 25
- Hannequin, B. (1990). Etat, patriarcat et développement: le cas d'un village mossi du Burkina Faso. *Canadian journal of African studies*, 36-49.
- Hennink, M., & McFarland, D. (2013). A delicate web: Household changes in health behaviour enabled by microcredit in Burkina Faso. *Global public health*, 8(2), 144-158.

- Herzog, K. (2011). Effective poverty reduction and empowering women: a win-win situation ? CCTS in Latin America Dans Discussion Papers on Social Protection (dir.): Eschborn, Germany: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ).
- Hogan, M. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet - British Edition*, 375(9726), 1609-1623.
- Holmes, R., Jones, N., Vargas, R., & Veras, F. (2010). Cash transfers and gendered risks and vulnerabilities : lessons from Latin America. *Overseas Development Institute*, 1-6.
- Hou, X., & Ma, N. (2013). The effect of women's decision-making power on maternal health services uptake: evidence from Pakistan. *Health policy and planning.*, 28(2), 176-184.
- Ibrahim, S., & Alkire, S. (2007). Agency & Empowerment: A Proposal for Internationally Comparable Indicators. *Oxford Development Studies*, 35(4), 379-403.
- Ilboudo, P. G. C., Russell, S., & D'exelle, B. (2013). The Long Term Economic Impact of Severe Obstetric Complications for Women and Their Children in Burkina Faso. *PLoS ONE*, 8(11), e80010.
- Institut national de la statistique et de la démographie (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV), 2010*. Ouagadougou (Burkina Faso).
- Islam, M., & Yoshida, S. (2009). Women are still deprived of access to lifesaving essential and emergency obstetric care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.*, 106(2), 120-124.
- Jasek Rysdahl, K. (2001). Applying Sen's Capabilities Framework to Neighborhoods: Using Local Asset Maps to Deepen Our Understanding of Well-being. *Review of social economy*, 59(3), 313-329.
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and change*, 30(3), 435-464.
- Kabeer, N. (2005). Gender equality and women's empowerment: A critical analysis of the third millennium development goal 1. *Gender and development*, 13(1), 13-24.
- Kabeer, N. (2010). *Can the MDGS provide a pathway to social justice ? the challenges of intersecting inequalities*: <http://www2.unicef.org/socialpolicy/files> (accessed Jan 5, 2013).

- Kruk, M. E., Gioldmann, E., & Galea, S. (2009). Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low-And Middle-Income Countries. *Health Affairs*, 28(4), 1056-1066.
- Lépine, A., & Strobl, E. (2013). The Effect of Women's Bargaining Power on Child Nutrition in Rural Senegal. *World Development*, 45, 17-30.
- Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération Régionale (2009). "Connaitre le BurkinaFaso." <http://www.mae.gov.bf/SiteMae/infos-burkina/connaitre.html>. (Consulté le 27/11/2009).
- Malhotra, A., Schuler, S. R., & (2005). (2005). Women's empowerment as a variable in international development. *Measuring empowerment: Cross-disciplinary perspectives.*, 71-88.
- Ministère de la santé (2011). *Plan national de développement sanitaire [2011-2020]*. Ouagadougou Ministère de la santé du Burkina Faso.
- Ministère de la santé (2013). *Plan national de relance de la planification familiale 2013-2015*. Ouagadougou, Burkina Faso.
- Ministère de la santé (2006). *Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso*. Ouagadougou: Burkina Faso.
- Mosedale, S. (2005). Assessing women's empowerment: towards a conceptual framework. *Journal of international development*, 17(2), 243-257.
- Moyer, C., & Mustafa, A. (2013). Drivers and deterrents of facility delivery in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reproductive health*, 10, 40.
- Mugisha, F., Kouyate, B., & Gbangou, A. (2002). Examining out-of-pocket expenditure on health care in Nouna, Burkina Faso: implications for health policy. *Tropical Medicine & International Health*, 7(2), 187-196.
- Mullany, B., Hindin, M., & Becker, S. (2005). Can women's autonomy impede male involvement in pregnancy health in Katmandu, Nepal? *Social science & medicine*, 61(9), 1993-2006.
- Nanda, P. (2002). Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health matters*, 10(20), 127-134.
- Nikiéma, 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.

- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention: développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec: Les presses de l'université de Laval.
- Olivier de Sardan, J. P., & Ridde, V. (2013). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. *Afrique contemporaine: les contradictions des politiques publiques*. *Afrique contemporaine*, 243(3), 11-32.
- Pacagnella, R., Cecatti, J., Osis, M., & Souza, J. (2012). The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework. *Reproductive Health Matters*, 20(39), 155-163.
- Paruzzolo, S., Mehra, R., Kes, A., & Ashbaugh, C. (2010). *Targeting poverty and gender inequality to improve maternal health*. W. International Centre for Research on Women-ICRW, D.C. pp.3-20.
- Perkins, M., Brazier, E., Themmen, B., Bassane, D., Diallo, A., Mutunga, T. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning*, 24(4), 289-300.
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaetan Morin.
- Ridde, V., Agier, I., Jahn, A., Mueller, 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. *The European Journal of Health Economics.*, 1- 10.
- Ridde, V., Queuille, L., Atchessi, N., Samb, O., Heinmuëller, R., & Haddad, S. (2012). L'évaluation d'une expérimentation d'exemption du paiement des soins au Burkina Faso. *Accès aux soins, Financement de la santé et Performance* 8: 1-20.
- Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. Dans A. Bryman & R. Burgess (dir.), *Analyzing qualitative data* (p. 173-194). London and New York: Routledge.
- Robeyns, I. (2001). Sen's capability approach and feminist concerns. *The Capability Approach: Concepts, Measures and Applications*, S.C. Alkire, F. Qizilbash, M. Cambridge University Press. 82-104

- Robeyns, I. (2005). The capability approach: a theoretical survey. *Journal of human development*, 6 (1), 93-117.
- Ronsmans, C., & Graham, W. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet - British Edition*, 368 (9542), 1189-1200.
- Roumba, P. (2011). *La participation des femmes à la vie politique au Burkina (1957-2009)*. (Université du Québec à Montréal,, Québec).
- Ruger, J. (2010). Health Capability: Conceptualization and Operationalization. *American Journal of Public Health*, 100 (1), 41.
- Ruger, J. P. (2007). Rethinking equal access: Agency, quality, and norms. *Global public health*, 2(1), 78-96.
- Ruth, S., Schuler, L., & Khairul, M. (2002). Reconciling Cost Recovery with Health Equity Concerns In a Context of Gender Inequality and Poverty: Findings From a New Family Health Initiative in Bangladesh. *International family planning perspectives and digest*, 28(4), 196-204.
- Samb, O., & Ridde, V. (2012). Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'empowerment des communautés au Burkina Faso. *Revue canadienne de santé publique* .103(7): S20.
- Samb, O., Ridde, V., & Queuille, L. (2013). Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? *REVUE TIERS MONDE*, 215(3), 73-91.
- Schuler, S., Bates, L. M., & Islam, M. K. (2002). Paying for reproductive health services in Bangladesh: intersections between cost, quality and culture. *Health policy and planning*, 17(3), 273-280.
- Sen, A. (1985). Well-being, Agency and freedom: The Dewey Lectures 1984. *The journal of Philosophy*, 82(4), 169-221.
- Sen, A. (1992). Missing women. *Quality & Safety in Health Care*, 304(6827), 587.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique: développement, justice, liberté*. Paris: Edition Odile Jacob.
- Somé, D. T., Sombié, I., & Meda, N. (2013). How decision for seeking maternal care is made- a qualitative study in two rural medical districts of Burkina Faso. *Reproductive health*, 10(8), 1-6

- Stephenson, R., Baschieri, A., Clements, S., Hennink, M., & Madise, N. (2007). Contextual Influences on Modern Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. *American Journal of Public Health, 97*(7), 1233-1240.
- Storeng, K. T., Baggaley, R. F., Ganaba, R., Ouattara, F., Akoum, M. S., & Filippi, V. (2008). Paying the price: The cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Social science & medicine, 66*(3), 545-557.
- Suarez, M., & Libardoni, M. (2008). The impact to the Bolsa Familia program: Changes and continuities in the social status of women. Dans R. P.-S. E. J. Vaitsman (dir.), *Evaluation of MDS policies and programs*. Brasil: DF: Ministry of Social Development and Fight Against Hunger.
- Van der Maren, J. M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal
- Woldemicael, G. (2010). Do women with higher autonomy seek more maternal health care? Evidence from Eritrea and Ethiopia. . *Health care for women international., 31*(7), 599-620.
- World Health Organization. (2004). Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: . *a joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Geneva, Switzerland: WHO.

4.4. Article 4 : Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ?

Auteurs : Oumar Malla Samb, Valéry Ridde et Ludovic Queuille

Résumé

Français

Cette étude qualitative apprécie la pérennité de deux interventions de suppression du paiement des soins au profit des femmes enceintes, des enfants de moins de cinq ans et des indigents au Burkina Faso. Les résultats montrent l'importance du processus de pérennisation, notamment de la prise de risques dans la gestion de l'intervention ainsi que de la disponibilité des ressources nécessaires à sa continuité. Ces deux éléments ont été centraux dans la différence de pérennité entre les deux interventions. L'étude montre également que la pérennité d'une intervention n'est pas réductible à la démonstration de son efficacité. D'autres facteurs, qui n'ont cependant pas bénéficié de suffisamment d'attention jusqu'à présent, exercent une réelle influence, telles que l'approche adoptée pour la mise en œuvre des interventions et la perception des leaders de l'organisation cible envers les groupes bénéficiaires des interventions.

Mots clefs : exemption, paiement, pérennité, Burkina Faso, communautés, projets pilotes

1. Introduction

La généralisation du paiement direct dans les années 90 a limité l'accès aux soins des couches de la population les plus vulnérables, comme les femmes enceintes et les indigents (Nanda, 2002). Il existe aujourd'hui un consensus international en faveur de sa suppression pour améliorer le recours au système de santé moderne. En effet, en Afrique les expériences se multiplient, mais les politiques nationales de gratuité des soins sont toujours rares en Afrique de l'Ouest francophone. La plupart des expériences dans cette région sont le fait de projets pilotes organisés par des ONG internationales financés par des bailleurs de fonds européens, comme c'est le cas au Mali, au Niger ou encore au Burkina Faso. Cette situation pose donc des questions spécifiques quant à leur pérennité, ce qui n'est évidemment pas nouveau dans le domaine de la santé.

La question de la pérennité des interventions en santé publique bénéficie depuis quelques années d'un intérêt croissant de la part des bailleurs internationaux et des décideurs, de plus en plus préoccupés du devenir des interventions, souvent largement financés par l'extérieur. Cependant, les études consacrées à cette question ne sont pas proportionnelles à cet intérêt grandissant (Greenhalgh, 2004). Cela n'a pas non plus permis de disposer d'une définition univoque du terme de pérennité, qui reste à ce jour sujet à de multiples interprétations (Toledo Romani, Vanlerberghe, Perrez, & Lefevre, 2007; Wiltsey Stirman et al., 2012). Dans le cadre de cette étude, la pérennité est appréhendée selon une perspective organisationnelle. Elle est définie comme la continuité des services et des ressources qu'offre une intervention (Shediac Rizkallah, 1998). Autrement dit, une intervention est pérenne si ses activités essentielles se maintiennent après l'arrêt d'éventuels soutiens exogènes (Pluye, Potvin, & Denis, 2004).

2. Le contexte et les interventions

Le Burkina Faso est un pays sahélien de 16 millions d'habitants vivant en majorité en milieu rural. Malgré les gains obtenus en espérance de vie, le profil sanitaire du pays reste parmi les plus faibles de la sous-région (WHO, 2011). Dans les années 1980, le pays a commencé une ère de décentralisation sanitaire qui a commencé par une déconcentration de l'administration avec la mise en place des directions départementales de la santé publique. Ces structures sont devenues, en 1985, les directions provinciales de santé puis les districts sanitaires. En 2012 le pays compte 70 districts sanitaires. Leur création inaugurerait la naissance des premiers centres de santé et de promotion sociale (CSPS), et celle des hôpitaux de districts, dits centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). Les CSPS constituent le premier niveau de contact avec la population où sont fournis les services de première ligne sous la direction d'un infirmier-chef de poste (ICP). Ils sont gérés par les membres de la communauté au moyen des comités de gestion (COGES). Le présent article concerne l'analyse de la pérennité de deux interventions de gratuité des soins.

2.1. Les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de cinq ans (Dori et Sebba)

Dans les districts de Dori et de Sebba, dans la région du Sahel, une organisation non gouvernementale (ONG) a mis en place, à partir de septembre 2008, l'exemption du paiement des soins de santé (frais de consultation, produits pharmaceutiques, examens) pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes et les enfants de moins de 5 ans dans toutes les formations sanitaires des districts. L'ONG subventionne cette stratégie d'exemption à la façon d'un tiers payant financé par l'Union européenne (ECHO), en remboursant les formations sanitaires pour les frais que celles-ci auraient dû réclamer auprès des usagers. En complément, l'ONG a mis en place d'autres activités visant à renforcer le plateau technique (dotation en matériel médico technique) et la capacité des agents de santé et des membres des Coges (informations, formations et supervisions).

2.2. Les indigents (Ouargaye)

Dans le district de Ouargaye, une recherche-action planifiée dès 2005 à la suite d'un processus participatif regroupant chercheurs, décideurs et communautés, a mis en place en 2007 l'exemption de paiement des soins uniquement pour les indigents dans 10 CSPS. Une fois que les communautés et les COGES ont sélectionné les indigents au sein des villages sur la base d'une définition consensuelle, le district sanitaire et la direction départementale de l'Action sociale leur remettent une carte qui leur permet de recevoir gratuitement tous les soins de santé dans les formations sanitaires du district. Si l'impulsion était en partie exogène, l'action est entièrement endogène, aussi bien dans la sélection des indigents que dans le financement. Les COGES assument entièrement cette prise en charge avec leurs fonds propres à partir des bénéfices effectués sur la vente des médicaments et des actes dans les CSPS, tel que la politique de l'initiative de Bamako l'avait prévu (Tizio & Flori, 1997). L'efficacité de l'approche a permis son extension dans tous les CSPS du district (26) en 2010, à la demande de toutes les parties prenantes.

3. Objectif de l'étude et cadre conceptuel

Cette étude analyse et compare le processus de pérennisation et le degré de pérennité des deux interventions. La nature différente de ces interventions (financement extérieur et mise en place par une ONG *versus* financement endogène et recherche-action participative) constitue des cas contrastés permettant une «*source de différence*» heuristique dans la compréhension des facteurs qui influencent la pérennité (Pires, 1997).

Dans cet article, la pérennisation est comprise comme étant le processus qui permet la continuation des activités et des effets relatifs aux interventions (Pluye, Potvin, & Denis, 2004). Elle commence dès les premiers événements qui jalonnent le déroulement des interventions et est de ce fait concomitant avec le processus d'implantation. Cette concomitance implique la définition de trois catégories d'évènements pour différencier les

deux processus. Nous avons d'abord les événements spécifiques de la pérennisation qui concernent la stabilisation des ressources (disponibilité du budget nécessaire à la continuité des activités) et la prise de risque organisationnel (par exemple l'implication des acteurs dans le processus décisionnel et de gestion). Ensuite, nous retrouvons les événements conjoints à la pérennisation et à l'implantation composées des incitatifs pour les acteurs (bénéfice moral, renforcement de capacités, motivation financière), de l'adaptation des activités (au contexte et à l'environnement), de la correspondance des objectifs (congruence avec les objectifs de l'organisation hôte), de l'existence d'une communication transparente entre les acteurs, du partage d'artefact culturel (existence de jargons ou rituels autour du programme) et enfin de l'intégration des règles (alignement des règles de l'intervention avec celles de l'institution hôte). La troisième catégorie d'événement concerne les événements spécifiques de l'implantation que sont l'investissement dans des ressources suffisantes (financiers ou humains ou matériels pour réaliser les activités) et la compatibilité pratique et technique des activités de l'intervention avec celles de l'institution hôte.

Nous proposons que trois scénarii soient possibles dans l'appréciation du processus de pérennisation : (1) il est fort s'il comporte davantage d'événements favorables que défavorables ; (2) il est modéré si on recense autant d'événements favorables que d'événements défavorables ; (3) il est faible si le nombre d'événements considérés comme défavorables est plus important.

La pérennité des interventions se manifeste sous la forme de routines organisationnelles (Yin, 1979) dont quatre caractéristiques ont été identifiées par des travaux précédents : la mémoire, l'adaptation, les valeurs et les règles (Pluye, Potvin, Denis, et al., 2004). Ainsi, une routine nécessite que les actions de l'intervention soient connues et partagées entre les acteurs comme s'il existait une mémoire commune à l'organisation, mais aussi que les ressources qui lui sont dédiées soient maintenues et stabilisées (*la mémoire*). Elle doit être adaptée au contexte social dans lequel elle s'inscrit (*l'adaptation*). Elle doit refléter la correspondance d'objectifs partagés avec l'organisation et qui s'expriment notamment à l'aide de symboles (*valeurs*).

Enfin, les règlements et manuels de procédures de l'organisation encadrent la routine, qui se doit de respecter ces règles organisationnelles (*les règles*). Une intervention est «*routinisée*» lorsqu'au moins une activité qui découle de cette intervention possède ces quatre caractéristiques. Les routines témoignent du degré d'appropriation de l'intervention par les acteurs qui la mettent en œuvre.

Cinq degrés de pérennité peuvent ainsi être constatés : (1) pérennité nulle : aucune activité ne découle du projet ; (2) pérennité précaire : quelques activités résiduelles sont poursuivies officieusement, dans le cadre d'une fonction qui n'a rien à voir avec l'intervention ; (3) pérennité faible : des activités officielles sont issues de l'intervention, mais elles ne possèdent pas toutes les caractéristiques des routines organisationnelles, elles peuvent changer de façon radicale à court terme ; (4) pérennité moyenne : des activités routinisées sont issues de l'intervention, elles possèdent toutes les caractéristiques des routines ; (5) et enfin, nous avons la pérennité haute qui concerne l'État à travers la formulation des politiques publiques (institutionnalisation) (Pluye, Potvin, & Denis, 2004).

4. Méthode

La stratégie de recherche utilisée est une étude de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse (Yin, 2008) qui repose sur l'utilisation de données qualitatives. Nos cas sont constitués des deux interventions de gratuité des soins. La population à l'étude est composée de huit CSPP où se déroulent ces interventions. Deux types d'instrument ont été mobilisés pour la collecte des données : des entrevues semi-dirigées et l'analyse documentaire. Les entrevues ont eu lieu avec les principales parties prenantes des deux interventions. Nous avons rencontré les responsables d'intervention (n=5), les autorités sanitaires des directions de la santé des trois districts (médecins-chefs, responsables affaires communautaires, etc.) (n=12), les agents locaux de la mise en œuvre des interventions (infirmiers chef de poste, agents de santé, responsables des COGES) (n=21). Au niveau central, des rencontres ont eu lieu avec des fonctionnaires du ministère de la Santé (n=6), des représentants d'organismes

subventionnaires internationaux (n=3), des experts du contexte socio sanitaire (n=3) et des membres influents de la société civile (n=3). L'analyse documentaire a servi de complément à ces données dans une perspective de triangulation. Elle a porté sur les documents de planification et les rapports d'activités des interventions, les plans d'action des districts sanitaires ainsi que sur les documents de politique nationale. Les entrevues semi-dirigées ont fait l'objet d'un enregistrement et d'une prise de notes systématique. Elles ont été retranscrites et encodées à l'aide du logiciel QDA-Miner®. Les données des entrevues ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique (Ritchie & Spencer, 1994) recoupant les différentes dimensions du cadre conceptuel.

5. Résultats

A/ La gratuité des soins pour les femmes enceintes et allaitantes et les enfants de moins de 5ans (Dori et Sebba)

5.1. Les événements du processus de pérennisation

Les ressources nécessaires à la poursuite du remboursement des soins fournis gratuitement n'ont pas été prévues dans le budget de l'État au moment de notre collecte de données et aucune source de financement différente ne semble avoir été trouvée. En plus d'assurer l'allocation des ressources, l'ONG a assuré exclusivement sa gestion, sans oser la partager avec les districts, ce qui traduit une absence de risque organisationnel : «*Le district aurait souhaité avec l'ONG, qu'il y ait un plan d'action commune qui soit établi et en fonction de cela, les fonds seraient transférés au district qui mènera ses activités*» (E30). Néanmoins, la mise en place de l'intervention s'est révélée particulièrement adaptée au contexte du Sahel où les taux d'utilisation des services de santé sont pratiquement les plus bas du pays, notamment à cause de la barrière financière. L'utilisation des plans d'action des districts sanitaires comme source d'informations pour mettre en place les activités a facilité cette adaptation.

L'intervention s'est déroulée globalement dans une bonne entente avec le niveau périphérique, selon des modalités de communications appréciées : *«Nous avons des rencontres périodiques et nous discutons beaucoup, vraiment beaucoup. Ils nous impliquent dans ce qu'ils font»* (E30). Toutefois, si la communication est bonne avec les responsables du district de Sebba, elle l'est moins avec ceux de Dori dont certains responsables accusent l'ONG de se comporter en responsable du district en parallèle, en mettant en place des activités sans les consulter : *«Pour moi, la communication est catastrophique. L'ONG nous considère justes comme une courroie de transmission »* (E23#D2).

En dépit de cela, l'intervention s'est bien insérée dans les règles d'organisation des districts sanitaires. La fourniture des soins se déroule dans les centres de santé publics, effectués par les agents sanitaires du district (fonctionnaires d'État), l'ONG se limitant dans son rôle de contrôle de la subvention et d'appui technique des districts.

En outre, beaucoup de ressources ont été investies pour accompagner la subvention comme le renforcement du plateau médico-technique ainsi que le financement de formations pour les agents de santé et les membres des Coges. Cependant, l'absence d'incitatifs financiers pour les agents de santé est considérée comme une faiblesse par la majorité des agents : *«Ce sont des projets qui prennent en compte les populations, mais pas les prestataires. L'absence de motivation financière aura un impact négatif sur la pérennité même du projet»* déclare un agent de santé (E25#D2).

5.2. La pérennité actuelle de l'intervention

Mémoire

Aucun budget n'a été alloué par l'État pour maintenir l'intervention même si la nouvelle politique de protection sociale propose la gratuité pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (Gouvernement du Burkina Faso, 2012) et que le Programme national de

Développement sanitaire 2011/2020 s'est fixé parmi ces objectifs prioritaires «*d'élargir la gamme des prestations couvertes par les subventions et assurer leur pérennisation*» (Ministère de la santé, 2011) .

En l'absence d'un engagement de l'État, les communautés semblent en revanche décidées, par la mise en place d'un système de partage des coûts, à pérenniser certaines activités, comme la gratuité des évacuations sanitaires pour les césariennes des CSPS vers l'hôpital de district : «*Le MCD et le haut commissaire à Dori nous ont dit de nous organiser, sinon après le départ de l'ONG, on risque d'avoir de sérieux problèmes dans la prise en charge de nos malades*» raconte un président de Coges (E42#D2). Toutefois, ces systèmes sont encore loin d'être fonctionnels et ne concernent qu'une très petite partie des besoins. Celui de Sebba vient juste de démarrer, mais est toujours en attente de la cotisation des collectivités locales, tandis que celui de Dori est encore en gestation.

La pérennité ne se réduit pas à la viabilité financière (Pluye, Potvin, Denis, et al., 2004). D'autres composantes de l'intervention plus organisationnelles semblent pérennisées. C'est le cas du renforcement de la participation communautaire avec des Coges qui ont amélioré leur trésorerie grâce à l'augmentation de la fréquentation des services et dont les membres ont gagné en compétences : «*Nous avons beaucoup appris avec ces projets. Nous savons aujourd'hui gérer notre dépôt*» soutient un président de Coges (E42#D2).

Adaptation

Dans un contexte où les valeurs égalitaristes sont dominantes, les gens avaient quelques inquiétudes que la gratuité sélective crée des conflits sociaux. Pourtant, elle semble bien perçue : «*Les projets ont été très bénéfiques pour nous*» affirme un président de Coges (E46#D2). Les activités principales n'ont pas été contestées : «*Ces activités sont primordiales pour l'hôpital, que ça soit les consultations ou les accouchements. Donc la subvention ne fait que nous accompagner et nous aider à atteindre nos propres objectifs*» confirme un

responsable de l'ECD (E22#D3). En revanche, les appréciations sont plus mitigées en ce qui concerne la supervision que l'ONG réalise conjointement avec le district sanitaire. Si une majorité des agents de santé la perçoit positivement : *«C'est un autre moyen de nous corriger si nous sommes en erreur»*, considère un ICP (E25#D2). D'autres sont plus critiques, surtout envers l'imposition de l'utilisation du guide de diagnostic et de traitement des affections prioritaires au premier échelon (GDT), pourtant recommandé par le ministère de la Santé : *« On nous impose de l'utiliser. Moi ça me dérange un peu parce que c'est trop mathématique. Si l'ONG part, je ne pense pas que toutes ces règles continueront à être respectées, c'est une contrainte»* soutient un autre ICP (E41#D2).

Valeurs

L'intervention s'est alignée avec les objectifs des districts sanitaires : *«L'exemption du paiement des soins s'aligne bien sur les objectifs du ministère de la Santé qui est de permettre à tous ceux qui ont besoin d'avoir la santé d'avoir accès à la santé sur le plan géographique et financier»*, considère un infirmier-chef de poste (E17#D3). Une convention signée entre l'ONG et la DRS traduit cette correspondance de valeurs que l'organisation de rencontres périodiques contribue à consolider : *«On organise avec l'ECD des rencontres de concertations et de rétro informations une fois par trimestre et par district»* rappelle un membre de l'ONG (E26#D2). Si ce partage d'objectifs a permis l'existence d'un jargon particulier comme les termes de «gratuité» et de «cibles», renvoyant successivement à l'intervention et à ses bénéficiaires. Elle n'a pas abouti au développement de symboles autour de l'intervention. Les seuls signes visibles et renvoyant à l'exemption du paiement sont les logos de l'ONG.

Règles

L'intervention s'est conformée aux règles de fonctionnement en vigueur dans les CSPS. Les supervisions médicales comme les contrôles des dépôts de médicaments sont faites conjointement avec l'équipe de district. Cependant, si ces activités sont aujourd'hui réalisées grâce au concours financier et les ressources humaines de l'ONG, il subsiste quelques doutes

sur le respect de leur périodicité à son départ. Les procédures de gestion de la subvention sont connues de tous les acteurs du système. Certains répondants (agents de santé, membres des Coges) considèrent en revanche que les retards observés dans les remboursements ne respectent pas les règles de fonctionnement des CSPS dont certains, de ce fait, connaissent des ruptures de médicaments : *«Les retards nous créent des soucis. Regardez, présentement nous sommes le 25 avril, la fiche de Mars n'a pas encore été remboursée»* rouspète un président de Coges (E46#D2). Même si la situation est en amélioration continue, les délais restent toujours longs selon les acteurs.

B/ La gratuité des soins pour les indigents à Ouargaye

5.3. Les événements du processus de pérennisation

L'approche participative utilisée dans le cadre de cette intervention est considérée comme son atout majeur : *«C'est le mécanisme qui a conduit à la désignation des indigents qui est intéressant. C'est quelque chose qui s'est fait de manière très participative en impliquant tout le monde»* soutient une autorité sanitaire à la DRS (E9#D1). En faisant confiance aux communautés pour cibler les indigents, l'intervention a adopté une prise de risque organisationnel favorable à son appropriation : *«On a fait tout le choix, on a piloté l'expérience de bout en bout»* se félicite un président de Coges (E1#D1). De la même manière, son financement sur fonds exclusifs des Coges a permis de garantir la stabilité de ses ressources : *«On fait cela depuis quatre ans et on n'a pas eu de problèmes. Ce qui est lié au fait qu'on fonctionne sur fonds propres, voilà pourquoi aussi on choisit en fonction de notre budget»* soutient un membre des Coges (E2#D1).

Aucune tension n'a été observée entre les bénéficiaires et le reste de la population. Ce qui traduit la pertinence sociale de l'intervention et son adaptation au contexte : *«C'est accepté, je n'ai eu aucun écho de mécontentement en tant qu'autorité»* (E10#D1). L'intervention est bien perçue, car elle est vue comme contributive au renforcement du lien social.

Néanmoins, le caractère trop restrictif de la sélection des indigents a été déploré. Une couverture faible que justifient les responsables des Coges par leurs moyens limités, mais aussi par un souci de pérennité : *«Même si on a été trop restrictif, c'était l'unique moyen de ne pas risquer de faire tomber le dépôt et de faire durer l'aide»* (E12#D1).

La mise en place de l'intervention a bénéficié d'une collaboration étroite entre tous les acteurs du niveau périphérique : *«Un partenariat inédit État – communauté — collectivité locale s'est développé. Ce n'était pas évident, mais on a réussi à mettre en place cette jonction»* se rappelle un responsable sanitaire (E49#D4).

Un certain nombre de symboles a accompagné le processus, comme la ritualisation des périodes de sélection et de révision des listes des indigents, l'intégration du terme « indigent » dans le vocabulaire courant des communautés traduisant son ancrage social : *«L'intervention est connue de tout le monde et depuis sa mise en place, les gens sont devenus plus préoccupés par la situation de ces gens»* un ICP (E12#D1). Cependant, une des faiblesses de l'expérience réside dans l'absence d'un guide qui présente ses modalités de fonctionnement : *«Je pense qu'il faut une plus grande implication du district pour que ce mécanisme soit organisé de manière plus systématique si l'on veut parler de pérennité»* (E9#D1). À cela, s'ajoute l'absence de directives claires qui en institutionnalise l'application, faisant que la pérennité de l'expérience repose encore fortement sur des leaderships individuels d'ICP ou de MCD sensibles à la question de l'accès aux soins des indigents.

5.4. La pérennité actuelle de l'intervention

Mémoire

La prise en charge des indigents est aujourd'hui incluse dans tous les plans d'action des CSPPS du district de Ouargaye : *«Il faut dire aujourd'hui qu'on est tellement rodé que ça se passe sans qu'on s'en rende compte»* soutient un responsable au district sanitaire (E13#D1), même s'il existe une variabilité dans l'allocation de ce budget entre CSPPS. Certains Coges consacrent 100.000 FCFA par année, alors que d'autres le doublent, correspondant au minimum suggéré par le ministère de la Santé (Ministère de la santé, 2009). En outre, la décision de l'équipe de district de Ouargaye, bien qu'encore non formelle *«de ne pas se limiter aux CSPPS et d'étendre l'action à d'autres niveaux comme le CMA, pour prendre en charge certaines pathologies des indigents»* (E13#D1#MCD) illustre la bonne appropriation de l'expérience et la volonté des autorités sanitaires locales de renforcer sa pérennité.

Adaptation

Assurer la prise en charge des indigents est une responsabilité des Coges, même si la plupart n'en avaient pas connaissance. Pourtant, elle est inscrite dans leurs textes règlementaires. L'arrêté ministériel de 2010 portant sur le statut des Coges précise en son article 3 qu'il a pour mission *«d'assurer une accessibilité de tous aux soins de santé»*. Dans la pratique, cette disposition a été toujours ignorée. Il a fallu la recherche-action pour rappeler aux Coges cette responsabilité. L'intervention s'est aussi révélée adaptée au contexte rural et au fonctionnement des districts sanitaires. La sélection n'a pas été contestée et aucun indigent rencontré ne s'est déclaré stigmatisé (Samb & Ridde, 2012a). Ce qui rend compte de sa pertinence sociale : *«Les indigents sont nos parents, si on gagne de l'aide on les soigne, si on ne gagne pas de l'aide, on doit les soigner. Cette intervention est saluée par tout le monde. On n'a eu aucun problème avec et personne ne s'est non plus plaint »* rapporte un président de Coges. (E1#D1).

Valeurs

L'intervention s'inscrit en congruence avec les valeurs et les objectifs des Coges, notamment pour l'amélioration de l'accessibilité financière des populations. En testant avec succès l'efficacité d'une méthode simple et socialement acceptable de sélection des indigents, l'intervention propose une solution au débat récurrent sur les critères et les méthodes d'identification, longtemps considérés comme l'obstacle majeur à leur prise en charge (Ridde, 2006b). En outre, l'expérience a donné lieu au développement d'un ensemble de jargons et de symboles comme l'utilisation des vocables «*aide*», «*indigent*» utilisés pour parler de la prise en charge des indigents et l'existence de la carte d'indigent avec la photo du bénéficiaire.

Règles

Le processus de sélection des indigents est bien introduit dans le système sanitaire et administratif du niveau périphérique. Le ministère de l'Action sociale a été étroitement associé. Une implication dans la délivrance des cartes d'indigence qui a permis à l'intervention de s'aligner sur les dispositifs existants de reconnaissance de l'indigent et de sa prise en charge, mais surtout, de faire accepter l'identification communautaire comme une méthode valable de sélection des indigents : «*Tout est intégré dans le système à tous les niveaux, la carte est délivrée par l'action sociale. Les consultations sont assurées au CSPS*» soutient un responsable de l'ECD. La planification annuelle des périodes de renouvellement de la liste des indigents est prévue dans l'agenda du district. Une procédure qui dénote que la prise en charge des indigents est devenue une routine dans le fonctionnement du district sanitaire.

5.5. Synthèse du processus de pérennisation et de la pérennité des deux interventions

À la suite de l'analyse de la documentation et des différentes données provenant des entrevues, nous considérons que la pérennité de la première intervention est précaire. Des activités sont certes issues de l'intervention, comme les évacuations sanitaires et la gratuité des césariennes (Sebba seulement), mais elles sont poursuivies sous une formule différente et limitée. En revanche, pour la seconde intervention, la prise en charge des indigents, dont la couverture reste cependant limitée, fait désormais partie intégrante des plans d'action de tous les Coges du District et du fonctionnement des CSPS. Ce qui fait que son degré de pérennité est meilleur, soit un degré moyen, qui correspond au degré de pérennité le plus élevé possible dans une organisation.

6. Discussion

Cette étude évalue la pérennité de deux interventions en un moment précis. Autrement dit, c'est un «arrêt sur image» de processus qui sont toujours en cours et dont les événements et actions futurs influenceront le devenir de ces interventions. Aussi, la limite principale de notre étude est que le film continue et certaines des forces et des faiblesses ici notées, sont peut être en train d'être prise en compte par les intervenants. De plus, les entrevues sont faites dans un cadre de projet de développement, ce qui a pu induire un biais de désirabilité sociale ou inciter les acteurs à avoir un discours normatif. Pour limiter l'impact de ces biais, nous avons insisté sur notre indépendance par rapport à l'ONG, clarifiant sans équivoque que l'entrevue ne pourra avoir aucune influence sur sa décision de continuer les services de gratuité (Boutin, 1997).

6.1. Analyse comparative de la pérennité des deux interventions :

Les résultats montrent une différence de pérennité entre les deux interventions en dépit du partage d'un certain nombre de caractéristiques communes liées à la présence de routines organisationnelles. Cette différence de pérennité réside d'abord dans la différence d'échelle et d'ampleur qui existe entre les deux interventions. En effet, pérenniser l'exemption du paiement des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans (plus de 20 % de la population) est à l'évidence plus complexe que pour la prise en charge des indigents dont le nombre est estimé à 9 % de la population (si l'on évoque la pauvreté extrême) et dont moins de 1% est pour le moment concernée par l'intervention pilote (Ridde, Haddad, Nikiema, et al., 2010). Les ressources en jeu sont évidemment incomparables. Par exemple les données disponibles sur le passage à l'échelle de la gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans estiment le montant des besoins à plus de 9 milliards de FCFA par an. Ce qui équivaut à 1% du budget de l'État et nécessiterait une augmentation de l'ordre de 10 % de celui du Ministère de la Santé (Ministère de la santé, 2012).

Ensuite, les acteurs impliqués diffèrent dans les deux interventions. Car si pour la prise en charge des indigents, la décision appartient au Coges et aux districts sanitaires (avec les limites de leur couverture cependant), en ce qui concerne la gratuité pour les femmes enceintes et les enfants, l'implication de l'État est indispensable.

Enfin, cette différence de pérennité est liée aux événements spécifiques à la pérennisation comme la stabilisation des ressources et la prise de risques organisationnels présents dans l'intervention de Ouargaye et absents à Dori et Sebba. En effet, ces deux événements ont été identifiés par des études précédentes comme des déterminants majeurs de la pérennité (Pluye, Potvin, Denis, et al., 2004).

La prise de risques organisationnels est considérée comme un facteur facilitant l'apprentissage organisationnel, en ce sens qu'elle favorise le développement de la confiance en soi des

acteurs et renforce leur motivation à consolider les acquis d'une intervention (Levinthal & March, 1993) . De la même manière, de nombreux écrits considèrent l'existence de ressources stables comme un facteur prééminent pour assurer la pérennité d'une intervention (Savaya, Spiro, & Elran-Barak, 2008; Shediak Rizkallah, 1998). Au Québec, une étude de la pérennité d'une intervention mise en œuvre dans cinq centres de santé communautaires a montré que dans les trois centres où ces deux événements ont été pris en compte, la pérennité était meilleure par rapport aux deux autres où cela n'était pas le cas (Pluye, Potvin, Denis, & Pelletier, 2005). Une étude menée en Haïti confirmait ces résultats en montrant que le faible degré de la pérennité d'un programme nutritionnel implanté par une ONG dans un hôpital s'expliquait principalement par l'absence de ces deux événements (Ridde, Pluye, & Queuille, 2006).

Il faut ici noter que les responsables de l'ONG intervenant à Dori et Sebba ont bien conscience de cette situation. Pour tenter d'avancer vers plus de pérennité, ils ont d'abord organisé depuis le début de leur intervention un processus de plaidoyer fondé sur la production de preuves scientifiques afin de favoriser l'inscription par l'État de cette prise en charge financière (Dagenais, Queuille, & Ridde, 2013). Ces preuves ont largement nourri une consultation effectuée en 2012 par le ministère de la Santé pour réaliser à son tour un plaidoyer interne au gouvernement en faveur de l'exemption du paiement. Au moment où nous écrivons ces lignes, un document stratégique a été remis au Ministre de la santé par son administration en avril 2013 afin de lui donner les arguments nécessaires pour soutenir une stratégie nationale de gratuité des soins pour les enfants de moins de cinq ans. Après sa visite en décembre 2012 à Dori, la commissaire européenne en charge des questions humanitaires a cité ces recherches lors du lancement de l'Alliance globale pour l'Initiative Résilience dans le Sahel. Ensuite, depuis 2011, l'ONG teste par une recherche-action, un changement de mode de système de financement qui permettrait, à terme, de transférer la fonction de tiers payeur au sein du district, une prise de risque importante. Ces deux activités sont en phase avec les propositions théoriques favorables à la pérennité, mais elles ne sont pas prises en compte dans nos données empiriques au moment de la collecte, car elles sont apparues après.

6.2. Au-delà de la pérennité des projets pilotes : la cohérence des politiques de développement

La faible pérennité des projets de développement en Afrique est une question récurrente. Cependant, pour mieux l'appréhender, il est utile d'adopter une perspective plus globale, renvoyant aux pratiques du développement qui ont connu ces dernières années de multiples transformations. En effet, dans le domaine de la santé par exemple, on a connu une augmentation substantielle des fonds alloués au secteur dans les volumes d'aide au développement (Atun, Knaul, Akachi, & Frenk, 2012). Selon certains auteurs, cela aurait favorisé l'émergence de nouveaux types d'acteurs comme les ONG d'urgence humanitaire qui vont se muer en des outils des politiques de leurs bailleurs de (Hours, 2003). Au contraire des organisations traditionnelles, ces nouveaux acteurs vont mobiliser des ressources pour atteindre des objectifs plus ciblés comme la gratuité des soins pour certaines catégories de la population (les femmes, les enfants) ou du traitement pour certaines maladies (le VIH) (Buissonnière, 2012). De ce fait, ces nouveaux acteurs sont plus dépendants de leurs bailleurs de fonds et sont encore plus attachés à poursuivre leurs propres priorités, à rendre plus visible leurs actions que de s'occuper de la congruence de leurs interventions avec les procédures et les priorités nationales (Delville, 2013). Il faut cependant ici affirmer que l'objectif de cette ONG au Burkina Faso d'améliorer l'accès aux soins de santé est parfaitement en phase avec les priorités nationales, même si la stratégie (l'exemption) pour y arriver l'était moins lorsqu'elle a démarré son intervention en 2008.

Ces nouveaux acteurs vont ainsi parfois emprunter les instruments du secteur privé, comme la démarche de performance ou de financement basé sur les résultats. Toutefois, si cette évolution a permis théoriquement de disposer de projets plus solides (Hours, 2003), elle n'a pas donné des résultats probants au plan de l'appropriation et de la pérennité des actions (Jacquemot, 2007). Une situation qu'on peut tenter d'expliquer par plusieurs facteurs interreliés comme l'usage des instruments de mise en œuvre de cette aide et les mécanismes de son fonctionnement et de son financement.

L'instrument dominant de l'aide au développement demeure l'approche projet. En dépit de l'usage croissant de l'aide par programme ou l'aide budgétaire (Bergamaschi, Diabaté, & Paul, 2007), l'aide par projet fait de la résistance et continue de dominer l'aide au développement (Dordain & Mogenet, 2012). Or, de par sa logique d'action, l'approche projet induit un mode de fonctionnement qui n'est pas propice à l'appropriation et à la pérennité. Elle fait usage souvent à une approche technocratique de gestion axée sur les résultats qui ne donne pas le temps à l'appropriation (Buissonnière, 2012), mais privilégie l'obtention de résultats visibles (souvent plus centré sur des activités à réaliser que des changements à engendrer) et dans des délais rapides (Nilsen, Timpka, Nordenfelt, & Lindqvist, 2005; Sarriot, Winch, Ryan, & Edison, 2004). Ainsi, d'énormes ressources sont investies pour montrer qu'un programme fonctionne et est efficace, quitte à s'organiser pour que les résultats soient présents coûte que coûte (Lim, Stein, & Charrow, 2008; Ridde, 2005). Dans biens des cas, ces résultats sont fragiles car ils sont obtenus dans des conditions «d'expérimentation» qui ont nécessité la mobilisation de ressources humaines, techniques et financières exceptionnelles, loin des capacités des États¹² (Delville, 2012). De plus, la précarité du financement de la plupart de ces projets les rend incompatibles avec le temps du changement social qui exige une temporalité plus longue (Garnaud & Rochette, 2012). Cette situation a pour conséquence qu'au Burkina Faso, comme ailleurs sur le continent africain, l'absence de pérennité des interventions reste plus la règle que l'exception (Ouedraogo, 1992).

La volatilité et imprévisibilité de l'aide au développement a néanmoins des implications pratiques comme la dépendance à l'aide. En effet, la plupart des actions de développement nécessitent pour perdurer un financement futur sur le budget de l'État. Or, la disponibilité de ce budget n'est presque jamais prise en compte lors de la formulation des projets (Lancaster, 1999). Ainsi, peu d'États sont aujourd'hui capables de se passer de l'aide (Raffinot, 2010), ce qui confère à l'aide un caractère structurel. C'est d'ailleurs cette logique qui alimente le cercle vicié de la dépendance à l'aide, devenu une caractéristique de la plupart des pays du Sud. Un

¹² Évidemment, on pourrait aussi reprocher aux États de ne pas se donner les moyens, les faibles budgets dont disposent les ministères de santé en Afrique, sont des exemples flagrants des priorités gouvernementales.

gouvernement est considéré comme dépendant dès lors qu'il est incapable « *d'exécuter la plupart des fonctions essentielles de l'État, telles que l'entretien des infrastructures existantes ou la prestation de services publics de base, sans le financement de l'aide étrangère et de son expertise* » (Bräutigam & Knack, 2004).

En outre, loin de se résumer à une question de chiffre (Bergamaschi et al., 2007) , la dépendance envers l'aide est aussi une affaire de déresponsabilisation et d'affaiblissement institutionnelle (Acharya, Lima, & Moore, 2006). Plusieurs décennies de relation par essence asymétrique entre des donateurs et des receveurs ont fini par aliéner institutionnellement la plupart de ces États dont les cadres, comme le montre l'exemple malien, ont même perdu l'habitude d'élaborer eux même des politiques de développement. (Bergamaschi et al., 2007). En effet, la multiplication des projets et son corollaire, des unités de gestion parallèle, a eu des incidences néfastes sur le fonctionnement des administrations locales africaines dont le personnel s'est vu accaparé par le suivi au quotidien des procédures internes à chaque bailleur, au détriment de ses activités de programmation. Par exemple en 2007, les fonctionnaires Burkinabè ont reçu pas moins de 330 missions (Denis-Crola, 2009), sans compter les ateliers organisés par les projets qui ont beaucoup plus favorisé la course aux *perdiems* que le renforcement de la coordination des actions (Ridde, 2010). Or paradoxalement, ce sont ces mêmes donateurs qui se plaignent souvent de la faible capacité des administrations locales, voire qui financent des séances de renforcement de leurs capacités.

7. Conclusion

Cette étude vise à apprécier la pérennité de deux interventions de suppression du paiement des soins au profit des femmes enceintes, des enfants de moins de cinq ans (Dori et Sebba) et des indigents (Ouargaye). Les résultats montrent que la pérennité de l'exemption du paiement des soins est précaire dans la première intervention et moyenne dans la seconde. Une différence de pérennité que l'analyse comparative explique notamment par la différence d'échelle et d'ampleur entre ces interventions et l'absence de prise en compte des événements spécifiques

à la pérennisation comme la stabilité des ressources et la prise de risques organisationnels à Dori et Sebba, au contraire de Ouargaye.

Par ailleurs, l'analyse a montré que les instruments utilisés et les modalités de délivrance de l'aide au développement jouent aussi un rôle important dans l'efficacité de cette dernière. Par exemple, l'approche par projet et la fragmentation de l'aide peuvent miner la pérennité et induire certains effets pervers comme la dépendance à l'aide et l'affaiblissement de la capacité administrative des pays bénéficiaires. Pour autant, le problème n'est pas l'aide au développement en tant que telle. Elle a permis l'obtention de gains positifs importants dans ces pays. Ce sont surtout ces mécanismes de fonctionnement et de financements qui sont questionnés. Il est certes vrai que des efforts ont été réalisés en ce qui concerne cette aide au développement, avec notamment la déclaration de Paris et l'engagement d'alignement des donateurs internationaux sur des objectifs de réduction de la pauvreté et les OMD. Cependant en Afrique, l'harmonisation de l'aide reste toujours à l'état embryonnaire (Cling, 2006). Par exemple une étude récente effectuée dans trois pays : le Mali, le Bénin, et la république démocratique du Congo (RDC) sur l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé a montré que si des avancées ont été connues notamment au niveau de l'alignement sur les stratégies nationales, en revanche, l'harmonisation des interventions et des actions de développement laisse d'une façon générale à désirer. Car dans ces trois pays, les bailleurs peinent encore à établir une bonne adéquation entre leurs actions et les procédures des systèmes nationaux (Paul & Zinnen, 2012). Or, la persistance de cette situation rend impensable, voire impossible, toute stratégie de développement cohérente dans ces pays. Elle rend surtout inopérant l'autre concept phare de la déclaration de Paris en l'occurrence l'appropriation. Car on voit mal comment cette notion, qui traduit une meilleure maîtrise des politiques et stratégies de développement par les pays bénéficiaires, peut s'accommoder avec une situation de dépendance, qui au contraire pousse ces derniers à adopter les solutions «proposées» par les donateurs sans risquer de les remettre en cause (Bergamaschi et al., 2007).

Ainsi un nouveau changement de paradigme semble se dessiner avec l'approche sectorielle qui dispose d'un réel potentiel de renforcement des systèmes nationaux grâce à un meilleur alignement sur les priorités et les procédures du pays bénéficiaire. Ce qui peut contribuer avec

la réduction du nombre de projets qui s'ensuivra à réduire les couts de transactions et *in fine* renforcer l'efficacité de l'aide au développement (Paul, Zinnen, & Dujardin, 2012).

Références

- Acharya, A., Lima, A., & Moore, M. (2006). Proliferation and fragmentation: Transactions costs and the value of aid. *Journal of development studies*, 42(1), 1-21.
- Atun, R., Knaul, F., Akachi, Y., & Frenk, J. (2012). Innovative financing for health: what is truly innovative? *The Lancet - British Edition*, 380(9858), 2044-2049.
- Bergamaschi, I., Diabaté, A., & Paul, E. (2007). L'agenda de Paris pour l'efficacité de l'aide. *Afrique contemporaine*, 223-224(3), 219-249.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bräutigam, D. A., & Knack, S. (2004). Foreign Aid, Institutions, and Governance in Sub-Saharan Africa*. *Economic development and cultural change*, 52(2), 255-285.
- Buissonnière, M. (2012). La nouvelle donne de la santé globale: dynamiques et écueils. Genève: International Development Policy | Revue internationale de politique de développement. Institut de hautes études internationales et du développement: <http://poldev.revues.org/953> (consulté le 11/01/2013).
- Cling, J. P. (2006). Coordination et utilisations des aides. *Commentaires. Revue d'économie du développement*, 20(2), 105-112.
- Dagenais, C., Queuille, L., & Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion* 20 (Suppl): 70-79.
- Delville, P. L. (2012). Affronter l'incertitude ? *REVUE TIERS MONDE*(3), 153-168.
- Delville, P. L. (2013). «Déclaration de Paris» et dépendance à l'aide: éclairages nigériens. *Politique Africaine*(1), 135-155.
- Denis-Crola, J. (2009). Aide à l'agriculture : des promesses aux réalités de terrain: L'état de la coordination des interventions dans 3 pays d'Afrique de l'Ouest : Oxfam International.
- Dordain, D., & Mogenet, L. (2012). Le paradigme de l'aide projet fait de la résistance. *Afrique contemporaine*, 241(1), 11-27.
- Garnaud, B., & Rochette, J. (2012). Rôle et limites de l'approche projet dans l'aménagement du littoral à Nador (Maroc). *REVUE TIERS MONDE*(3), 169-188.

- Gouvernement du Burkina Faso (2012). Politique nationale de protection sociale (Plan d'actions 2012-2014). Ouagadougou.
- Greenhalgh, T. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
- Jacquemot, P. (2007). Harmonisation et appropriation de l'aide. Commentaires autour de l'expérience du Ghana. *Afrique contemporaine*, 223-224(3), 161.
- Lancaster, C. (1999). Aid effectiveness in Africa: the unfinished agenda. *Journal of African economies*, 8(4), 487-503.
- Levinthal, D. A., & March, J. G. (1993). The myopia of learning. *Strategic Management Journal*, 14(S2), 95-112.
- Lim, S. S., Stein, D., & Charrow, A. (2008). Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage. *The Lancet - British Edition*, 372(9655), 2031-2046.
- Ministère de la santé. (2009). Directive de planification 2010. Ouagadougou: DEP.
- Ministère de la santé (2011). Plan national de développement sanitaire [2011-2020]. Ouagadougou Ministère de la santé du Burkina Faso.
- Ministère de la santé (2012). Etude de faisabilité de l'exemption du paiement direct des soins curatifs chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso. Rapport final. Burkina Faso.
- Nanda, P. (2002). Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health matters*, 10(20), 127.
- Nilsen, P., Timpka, T., Nordenfelt, L., & Lindqvist, K. (2005). Towards improved understanding of injury prevention program sustainability. *Saf Sci*, 43(10), 815-833.
- Ouedraogo, H. B. (1992). L'appropriation des projets de développement: le cas des Micro-réalisations au Burkina Faso. Actes et instruments de la recherche en développement régional. Groupe de recherche interdisciplinaire en développement de l'est du Québec. Rimouski. Québec.
- Paul, E., & Zinnen, V. (2012). Les résultats de la mise en oeuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé: Etudes de cas : Bénin – Mali-Republicque démocratique du Congo, *Policy brief*(8). Consulté le 07/01/2013.

- http://www.grap-pa.be/attachments/article/66/pb8_efficacite_aide_pays_v1.pdf.
- Paul, E., V. Zinnen, et al. (2012). L'approche sectorielle. *Policy brief* (1)
- http://www.grappa.be/attachments/article/66/pb2_swap.pdf. Consulté le 07/01/2013
- Pires, A. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans D. Poupart, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaetan Morin.
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121-133.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J., & Pelletier, J. (2004). Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promot. Int.*, 19(4), 489-500.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J., & Pelletier, J. (2005). Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*, 28(2), 123-137.
- Raffinot, M. (2010). L'appropriation (ownership) des politiques de développement: de la théorie à la pratique. *Mondes en développement*, 149(1), 87.
- Ridde, V. (2005). Performance-based partnership agreements for the reconstruction of the health system in Afghanistan. *Development in practice*, 15(1), 4-15.
- Ridde, V. (2006). L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso: un problème public? *Lien social et politiques*, 55, 149.
- Ridde, V. (2010). Per diems undermine health interventions, systems and research in Africa: Burying our heads in the sand. *TM & IH. Tropical medicine and international health*, 1-4
- Ridde, V., Haddad, S., Nikiema, B., Ouedraogo, M., Kafando, Y., & Bicaba, A. (2010). Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees. *BMC Public Health*, 10(1), 631.
- Ridde, V., Pluye, P., & Queuille, L. (2006). Évaluer la pérennité des programmes de santé publique: un outil et son application en Haïti. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 54(5), 421-431.
- Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. Dans A. Bryman & R. Burgess (dir.), *Analyzing qualitative data* (p. 173-194). London and New York: Routledge.

- Samb, O., & Ridde, V. (2012). Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso? *Afrique Contemporaine*, 243(3), 33 - 48.
- Sarriot, E. G., Winch, P., Ryan, L., & Edison, J. (2004). Qualitative research to make practical sense of sustainability in primary health care projects implemented by non-governmental organizations. *The international journal of health planning and management*, 19(1), 3-22.
- Savaya, R., Spiro, S., & Elran-Barak, R. (2008). Sustainability of social programs a comparative case study analysis. *The American journal of evaluation*, 29(4), 478.
- Shediac Rizkallah, M. C. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health education research*, 13(1), 87-108.
- Tizio, S., & Flori, Y.-A. (1997). L'initiative de Bamako: santé pour tous ou maladie pour chacun? *Revue Tiers Monde*, 38(152), 837-858.
- Toledo Romani, M. E., Vanlerberghe, V., Perrez, D., & Lefevre, P. (2007). Achieving sustainability of community-based dengue control in Santiago de Cuba. *Social science & medicine*, 64(4), 976-988.
- WHO (2011). *World Health Statistic 2011* Geneva: WHO Statistical Information System (WHOSIS).
- Wiltsey Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation science*, 7(1), 17.
- Yin, R. K. (1979). *Changing urban bureaucracies: How new practices become routinized*. Lexington: Lexington Books.

Chapitre 5. Discussion générale

Le ciblage des bénéficiaires des politiques est devenu l'instrument dominant de l'aide au développement. Il est plébiscité par la plupart des bailleurs de fonds pour atteindre les plus pauvres. Or, le ciblage, comme tout instrument technique, peut induire des effets sociaux qui n'ont reçu à ce jour qu'un intérêt marginal de la part de ses promoteurs et des chercheurs (Sen, 2000). Il est réduit dans sa pratique à une simple approche «technocratique» qui ignore bien souvent le contexte social dans lequel il s'applique (Besley & Kanbur, 1990; Dutrey, 2007). Pourtant, ce contexte n'est pas négligeable, car influençant son acceptabilité et son efficacité (Dutrey, 2007).

Si dans les pays du Nord, des efforts sont faits pour questionner ces effets sociaux avec notamment les études sur l'économie politique du ciblage (Samson et al., 2011; Sen, 1992b), en Afrique, les données à ce propos sont rares. Cette thèse vise à réduire le déficit de connaissances sur le sujet en étudiant les effets sociaux de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso, politique de ciblage s'il en est. Quatre objectifs étaient visés : 1) analyser la pertinence sociale de la gratuité sélective des soins et son adéquation avec les valeurs de certains groupes sociaux du Burkina Faso ; 2) évaluer l'impact de la gratuité des soins sur le pouvoir d'agir (*empowerment*) des membres des Coges et de leur organisation ; 3) comprendre les effets de la gratuité sélective sur la capacité des femmes au Burkina Faso ; 4) analyser et comparer les processus de pérennisation et le degré de pérennité des interventions de gratuité sélective des soins au Burkina Faso. Les résultats ont été présentés dans quatre articles scientifiques. Dans ce chapitre conclusif, il est question de discuter de leurs contributions au plan empirique, théorique et méthodologique.

5.1. Apport empirique

La contribution majeure de cette thèse est qu'elle constitue à ce jour, à notre connaissance, la seule recherche qui s'est consacrée à analyser les effets sociaux de la gratuité sélective des soins en Afrique. Elle a ainsi produit des données originales sur ce nouvel instrument politique concernant trois plans : au niveau de son adéquation avec les valeurs des communautés (macro) ; son impact sur le pouvoir d'agir des communautés ainsi que sa pérennité dans les routines organisationnelles (méso) ; et enfin ses effets sur la capacité des femmes (micro).

Niveau macroscopique

L'analyse de la pertinence sociale de la gratuité sélective (*Article 1*) a montré que les valeurs égalitaristes dominent dans les communautés étudiées. Elles préfèrent un accès universel aux soins de santé plutôt qu'un accès préférentiel pour certains groupes de la population. Néanmoins, la gratuité sélective des soins est acceptée, car considérée comme contributive au renforcement du lien social, même si le choix de ses bénéficiaires est questionné. Ces résultats montrent que les cibles prioritaires des programmes de santé publique ne sont pas forcément celles des communautés. La définition de la vulnérabilité à la base des interventions repose sur des considérations de santé publique. Or, pour les communautés, les arguments moraux et humanitaires doivent aussi prévaloir dans le choix des personnes devant bénéficier en priorité de l'allocation des ressources. Voilà pourquoi, elles ont préféré inclure les personnes âgées dans le ciblage, quitte à les substituer aux indigents.

Un autre résultat majeur de la recherche est qu'elle montre que le ciblage communautaire est efficace pour sélectionner les indigents. Il est socialement accepté et n'entraîne pas la stigmatisation des bénéficiaires. Des études récentes menées dans trois pays africains (Kenya,

Malawi et Mozambique) confirment cette capacité des communautés à sélectionner les plus pauvres (Handa et al., 2012). Toutefois, pour que la sélection soit acceptée, il est important d'éviter sa capture par les élites et de garantir sa transparence (Robertson et al., 2014; Schüring, 2014). La recherche apporte une contribution significative et nouvelle sur la pertinence de la sélection communautaire en Afrique. En effet, l'étude de Coady et Grosh (2004) qui fait autorité sur le sujet n'avait couvert que 13 programmes de pays d'Afrique subsaharienne sur 122 programmes étudiés et parmi ceux-ci, peu avaient utilisé une approche communautaire.

Niveau mésoscopique

La recherche s'est aussi intéressée à analyser l'impact de ces interventions sur la dynamique communautaire (*Article 2*). L'analyse montre que la fourniture gratuite de soins aux populations par les membres des comités de gestion des centres de santé a permis un renforcement de leur pouvoir d'agir. Cela s'est traduit par un renforcement de leur estime de soi résultant de l'effritement de la relation exclusivement marchande qu'ils entretenaient jusque-là avec les populations à cause de l'imposition du paiement des soins. L'enseignement majeur qui ressort de cet article est que les communautés privilégient d'autres voies de participation que le paiement des soins et qu'elles sont capables de prendre en charge leurs problèmes de santé, pourvu qu'elles disposent des moyens financiers et d'un minimum de compétences.

Les résultats de la recherche mettent aussi en exergue l'importance de la gouvernance communautaire. Si l'objectif récemment réitéré par la communauté internationale est de concrétiser l'esprit d'Alma Ata (Chan, 2008; Walley et al., 2008), l'implication des communautés dans la résolution de leurs problèmes de santé doit avoir toute sa place au cœur des politiques de santé, surtout que son action peut être décisive pour combattre les iniquités de santé (Wallerstein, 2006). En effet, il est désormais admis que l'empowerment des communautés est associé à leur plus grande capacité de mettre en place des actions favorables à leur santé : *«A community which has autonomy and self respect is more likely to be a*

healthy one» (Collard et al., 2005 : 503). La volonté des Coges de Ouargaye de continuer la gratuité des soins pour les indigents l'illustre bien.

Par ailleurs, si la gratuité des soins est socialement acceptée, qu'en est-il de son inscription durable dans les routines organisationnelles des districts sanitaires ? L'investigation de cette question (Article 4) montre que ces interventions de gratuité des soins, en dépit de leurs différences (financement extérieur et mise en place par une ONG vs financement endogène et recherche-action participative), partagent un certain nombre de routines organisationnelles. Elles s'alignent sur les priorités locales et les règles organisationnelles des districts sanitaires.

En revanche, elles diffèrent sur deux points qui expliquent leur différence de pérennité, à savoir la différence d'échelle (inégale taille des populations concernées) et d'ampleur (des ressources en jeu non comparables). En effet, pérenniser la prise en charge des indigents qui ne concerne pour le moment que 1 % de la population est à l'évidence plus simple qu'assurer la pérennité de la gratuité des accouchements pour les femmes et des soins pour les enfants qui concerne plus de 20 % de la population et qui exige des moyens que seul l'État peut fournir. Bien évidemment, d'autres facteurs ont aussi joué un rôle, comme la stabilisation des ressources nécessaire à la poursuite de l'intervention et la prise de risque organisationnel liée aux modalités de mise en œuvre et de gestion de ces interventions (Pluye, Potvin, Denis, et al., 2004). À Ouargaye, le processus participatif adopté dans la mise en œuvre de l'intervention, en plus de son financement endogène, a contribué à renforcer sa pérennité. À l'inverse, à Dori et Sebba, l'ONG n'a pas pris de risque organisationnel et a continué à gérer exclusivement le financement de l'intervention. Ce qui explique sa pérennité jugée précaire, car aucun financement alternatif n'a été prévu à son départ.

Cet article a permis de dégager plusieurs enseignements liés aux facteurs qui influencent la pérennité des interventions, mais aussi touchant à la cohérence de l'aide au développement. En effet, il montre que la pérennité d'une intervention ne se limite pas à son efficacité, bien que cela soit essentiel, les instruments utilisés et les modalités de sa mise en œuvre sont tout aussi importants.

L'intervention de Dori et Sebba, bien qu'impliquant les acteurs du niveau périphérique dans sa mise en œuvre reste une initiative exogène, pilotée par une ONG internationale, qui dispose de ses propres ressources et a choisi ses cibles d'intervention, même si elles sont parfaitement pertinentes dans le contexte. Or, cette approche, caractéristique de la plupart des projets de développement, n'est pas favorable à la pérennité (Shediac Rizkallah, 1998). Elle ne tient pas suffisamment compte de leurs capacités de mobilisation des ressources nécessaires à la continuité des interventions (De Herdt & D'Exelle, 2007; Long, 1994).

Ceci pose la question de l'importance accordée à la pérennité dans les projets internationaux. La plupart se focalisent uniquement sur les questions de mise en œuvre et d'efficacité, quitte à s'organiser pour que les résultats soient présents, coûte que coûte (Nilsen, Timpka, & Nordenfelt, 2005; Sarriot et al., 2004) en se basant sur l'hypothèse sous-jacente de leur intrication avec la pérennité. Or, ces logiques sont souvent contraires à l'appropriation et à la pérennité des interventions (Saliba-Couture, 2011) qui nécessite un temps plus long. En effet, peu d'écrits soutiennent cette hypothèse, comme en témoignent les conclusions d'une revue systématique récente qui montre que les caractéristiques d'une intervention suffisent rarement à garantir sa pérennité (Stirman, Kimberly, Cook, Calloway, & Castro, 2012; Wiltsey Stirman et al., 2012), car : « *le processus qui conduit à la pérennisation n'est pas uniquement suspendu aux résultats d'évaluation des effets* » (Pluye, Potvin, & Denis, 2000 : 102). D'autres éléments exercent une influence, comme évidemment la capacité économique, mais aussi la volonté des leaders de l'organisation hôte de pérenniser l'intervention (Gruen, Elliot, Nolan, Lawton, & Parkhill, 2008; Stefanini, 1995). Pour cela, la pérennité précaire de l'intervention de Dori et Sebba, dont pourtant toutes les évaluations ont montré les effets positifs (Ridde, Queuille, et al., 2012), constitue un exemple éloquent.

À l'inverse, les écrits sont nombreux pour soutenir que lorsqu'une intervention repose sur une base communautaire, elle est plus susceptible d'être pérennisée que les autres (Mansuri & Vijayendro, 2004; Nilsen, Timpka, & Nordenfelt, 2005). Car, en plus de garantir une certaine

stabilité des ressources, la démarche communautaire facilite l'appropriation (*ownership*), qui est considérée comme un médiateur de la pérennité (Nilsen, Timpka, & Nordenfelt, 2005; Sarriot et al., 2004). Une revue exhaustive confirme ce lien, mais souligne également les défis auxquels sont soumises ces types d'interventions comme la faiblesse de leurs ressources et la négligence dont ils sont l'objet de la part des gouvernements (Mansuri & Vijayendro, 2004). L'exemple de l'intervention de Ouargaye l'illustre bien, car elle peine à obtenir le soutien étatique pour son extension à l'échelle du pays (Ridde, Yaogo, et al., 2011).

Par ailleurs, si la responsabilité des bailleurs internationaux est totalement engagée du fait de leur démarche dans leurs modalités de délivrance de l'aide internationale et qui crée de la dépendance (Raffinot, 2010), elle n'est pas exclusive, car partagée quelques fois avec les États bénéficiaires. On peut ainsi légitimement s'interroger s'il existe une réelle volonté de la part des États de pérenniser ces projets d'aide au développement dont ils acceptent pourtant la présence ? (Raffinot, 2010). Tout au contraire, leur dépendance à l'aide extérieure fait que la plupart d'entre eux sont obligés de s'aligner sur les thèmes portés par les projets d'aide au développement centrés pour l'essentiel vers l'atteinte des OMD, (Aboderin, 2010). Ainsi, pour capter cette manne financière, la plupart prennent des engagements pour plaire aux bailleurs (Saliba-Couture, 2011), mais peu d'entre eux semblent réellement déterminés à traduire ces engagements en actes (Raffinot, 2010). Cela pourrait expliquer pourquoi, au Burkina Faso, malgré de nombreux travaux de recherche indépendants et de réflexions internes au ministère de la Santé (Ministère de la Santé, 2010), aucune politique publique d'exemption pour les populations vulnérables n'est encore formulée, alors que l'Union Africaine l'a réclamé en 2010.

Bien évidemment, on ne peut pas occulter le fait que ces États sont économiquement faibles et se retrouvent dans la plupart des cas dans l'impossibilité de continuer des projets de développement au budget prohibitif. Cela n'empêche pas pour autant que l'on puisse leur reprocher la faiblesse de leurs budgets alloués à la santé. En effet, sur 47 pays d'Afrique subsaharienne, cinq seulement ont respecté pour le moment leurs engagements faits à Abuja

d'allouer 15 % de leur budget à la santé (Organisation mondiale de la santé, 2013). Ce qui renseigne de manière flagrante sur les priorités gouvernementales de la plupart de ces États.

Niveau microscopique

Avec l'imposition du paiement des soins, les femmes étaient obligées pour aller au centre de santé de demander la permission du mari, à cause des normes culturelles, mais aussi du fait que c'est ce dernier qui contrôle les ressources du ménage et décide de leur allocation. Cette situation est l'une des causes de l'allongement des délais dans l'utilisation des services de santé par les femmes (Islam & Yoshida, 2009). L'article 3 démontre que suite à la suppression totale du paiement des soins à Dori et Sebba, ces délais ont été considérablement réduits. L'acquisition d'un pouvoir de décision sanitaire par les femmes a contribué à cela. Elles n'avaient plus besoin de suspendre leur utilisation des services de santé à l'approbation de leurs maris, ni s'inquiéter de la mobilisation des ressources pour payer les accouchements. Cette augmentation de leur liberté réelle (*agency freedom*) a été en outre instrumentale à l'atteinte d'autres résultats au plan sanitaire (augmentation des accouchements assistés dans les CSPS) et social (augmentation de l'estime de soi, plus grand respect au sein du couple). En revanche, à Ouargaye où les femmes continuent de payer les 20% restant des prix des accouchements, l'effet observé sur le recours aux services de soins a été moindre. Ces résultats corroborent ceux d'autres études qui ont établi une relation entre une augmentation du pouvoir économique des femmes et une plus grande utilisation des services de santé (Beegle et al., 2001; Moyer & Mustafa, 2013; Woldemicael, 2010).

Évidemment, la gratuité des soins ne résout pas tous les problèmes. Les barrières géographiques et sociales persistent jusqu'à contraindre certains de ses effets potentiels. Par exemple, à cause des normes culturelles dominantes oppressives, les femmes sont peu nombreuses à utiliser les services de planification familiale pourtant gratuits (Ministère de la santé, 2013).

La littérature regorge d'écrits consacrés à l'*empowerment* des femmes et les facteurs qui la favorisent. Cependant, les données sont encore rares pour établir une relation directe entre l'empowerment et l'atteinte de certains résultats (*outcomes*) de développements (Alsop & Heinsohn, 2005). Cette recherche contribue à l'existence de telles données en apportant la preuve dans le domaine de la santé, qu'une fois les obstacles comme le paiement direct enlevé, les femmes ont recours aux centres de santé pour accoucher ou pour amener leurs enfants. Autrement dit, elle soutient que la suppression du paiement des soins a un impact direct sur l'atteinte de certains résultats comme les OMD 4 et 5, mais aussi sur la position sociale des femmes de manière générale.

5.2. Apport théorique

L'analyse de la pertinence sociale de la gratuité sélective des soins (Article 1) montre toute l'importance de prendre en compte les valeurs dans l'analyse des politiques publiques. Elle met en exergue à quel point l'invocation des valeurs a servi de justifications aux comportements des acteurs sociaux et notamment leur perception de cette politique.

En s'appuyant sur l'analyse des valeurs pour rendre compte de la façon dont ce nouvel instrument de politique publique est perçu, cette recherche montre que les valeurs constituent de puissants révélateurs des représentations sociales des acteurs. En cela, elle s'aligne sur les positions de l'approche « *ideational process* » qui stipule que les valeurs et les idées des individus exercent une réelle influence causale sur le processus des politiques publiques (Béland, 2009).

Dans l'étude des politiques publiques, les concepts (valeurs, idées) comme celui de représentations sociales sont regroupés sous la dimension «idées» (Palier & Surel, 2005). Cette dernière inclue le questionnement qui « *vise à éclairer l'influence exercée par des*

normes sociales globales sur les comportements sociaux et sur les politiques publiques » (Surel, 1998 : 162). Ainsi, dans cette recherche, le concept «idées» est compris dans une perspective large, englobant aussi bien les valeurs ainsi que l'ensemble des croyances et représentations des acteurs (Parsons, 2002).

En dépit de son pouvoir explicatif, la place accordée aux idées a été toujours faible dans l'analyse des politiques publiques de santé (Béland, 2002). Cette situation s'explique par le fait que pendant longtemps, son rôle a été minoré par les partisans des autres courants dominants (institutionnel et rationnel) qui lui ont toujours dénié toute portée explicative (Palier & Surel, 2005). Leur argument de base repose qu'il était : *«impossible d'accorder une quelconque valeur causale aux idées, qui forment, au mieux, une rationalisation ex post des comportements des acteurs et ne peuvent donc être tenues comme une série de variables pertinentes pour l'analyse»* (Palier & Surel, 2005 : 10). À cela, on peut ajouter la difficulté des chercheurs d'intégrer dans leurs analyses les idées (Bernier & Clavier, 2011), sûrement du fait que ces aspects ne sont pas facilement saisissables par les outils existants (Judge, 2008). Ainsi, les rares chercheurs qui ont travaillé sur les idées se sont beaucoup plus appesantis sur leurs rôles dans la formulation ou le contenu des politiques (Béland, 2009) .

Le phénomène est encore plus marqué dans les pays en développement où la littérature sur l'analyse des politiques publiques reste faible et largement focalisée sur l'aspect descriptif des politiques, notamment au niveau de leur contenu et leur mise en œuvre (Gilson & Raphaely, 2008). La prise en compte des «idées» est rare, alors qu'elle est importante dans la compréhension de la dynamique des politiques publiques (Gilson et al., 2011).

L'apport positif de cette recherche au plan théorique est qu'elle fournit une preuve supplémentaire de l'utilité d'intégrer les «idées» dans l'analyse pour faciliter la compréhension des politiques publiques de santé et l'attitude des acteurs sociaux à leurs égards. Par exemple, pour comprendre la pertinence sociale de la gratuité sélective des soins chez certaines communautés du Burkina Faso, la recherche a questionné son adéquation avec

les valeurs locales. Les résultats ont permis de comprendre que pour ces communautés, la manière dont l'allocation des ressources devrait se réaliser n'est pas dominée par une vision rawlsienne comme celle à la base du ciblage, mais par une vision égalitariste qui promeut un traitement égal pour tous (Ridde, 2006a). Ce qui prouve que les logiques de justifications des actions humaines sont enracinées au cœur de leurs valeurs (Kalberg, 2010) et ne peuvent être comprises en ne prenant seulement en compte que les intérêts matériels : *«Nombre d'actions y compris dans la vie courante sont inspirées par des valeurs très éloignées de l'égoïsme le plus étroit, des valeurs dont la dimension sociale est évidente»* (Sen, 2000 : 342).

Par conséquent, la prise en compte des «idées» dans l'analyse est importante. Dans le cas de cette recherche, elle a permis une fois encore d'observer leur influence causale dans le processus des politiques publiques, notamment dans l'acceptation de leurs instruments. En effet, si la gratuité sélective des soins est acceptée, en dépit du fait qu'elle n'est pas la solution de préférence des communautés, c'est simplement parce qu'il ne contredit pas aux valeurs égalitaristes.

On peut ainsi considérer, en paraphrasant Sabatier, que les acteurs sociaux perçoivent le monde au travers d'un prisme formé par leurs croyances préexistantes (Sabatier, 1998), donc leurs valeurs qu'il faut considérer et surtout analyser. L'intrication ainsi démontrée entre les idées et les comportements sociaux incite à considérer avec beaucoup plus d'attention la place que doivent occuper les idées et les valeurs dans l'analyse des politiques publiques.

5.3. Apport méthodologique

Plusieurs études ont été réalisées ces dernières années pour étudier les effets des interventions de gratuité des soins, comme le montrent les multiples revues disponibles sur le sujet (Dzakpasu et al., 2014; Lagarde & Palmer, 2011; Ridde & Morestin, 2011; Ridde, Robert, et al., 2012) . Cependant, dans ces revues, aucune des recherches n'a fait appel à une approche

qualitative pour apprécier l'efficacité de ces interventions de gratuité des soins. Ce qui traduit une certaine conception dominante chez certains scientifiques qui considèrent que seules les approches quantitatives sont de nature à produire des explications fortes comme l'attribution causale (Miles & Huberman, 2003).

Cette conception exclusiviste de l'analyse causale est critiquée par les penseurs réalistes pour qui la causalité est bien observable grâce à l'analyse qualitative (Maxwell, 2004a; Miles & Huberman, 2003; Robertson, McKagan, & Scherr, 2013). Cette recherche apporte un soutien à cette position en démontrant par l'exemple que l'approche qualitative peut procéder à de l'imputation causale et permettre d'apprécier les effets d'une intervention.

Si l'analyse causale est *«la notion de faire arriver quelque chose : dans le sens le plus primitif, quand C cause E, C fait arriver E»* donc on peut considérer qu'à *«à chaque fois que le chercheur se prononce sur ce qui produit quelque chose, il fait une analyse causale»* (Pires, 1989 : 6). Si on accepte cette définition, l'analyse causale peut être considéré comme synonyme de description et d'explication profonde, tel que le soutiennent Miles et Hubermann (2003 : 260) : *«De la même manière qu'il n'existe pas de frontière clairement définie entre la description et l'explication, il n'existe pas de démarcation précise entre l'explication générale»* et la *«causalité»*.

Faire de l'imputation causale qualitative revient donc à ouvrir la «boite noire» et procéder à une description profonde des événements, ainsi qu'une étude minutieuse et approfondie des mécanismes et des processus impliqués dans la production des effets observés (Maxwell, 2004b; Weiss, 1995) . De ce fait, point n'est besoin d'attendre une répétition de l'événement ou d'un volume déterminé d'effets semblables pour procéder à une attribution causale (Pires, 1989) . Il n'est pas non plus besoin de chercher à contrôler le contexte qui fait partie du processus causal, (Deslauriers, 1997) car interférant dans la production des effets : *«the social and cultural contexts of the phenomenon studied are crucial for understanding the opération of causal mechanisms»* (Maxwell, 2004a : 6).

Pour procéder à l'imputation causale entre la suppression du paiement des soins et l'empowerment des femmes, la démarche adoptée a consisté à bien décrire le contexte. Ce qui a permis de comprendre la place des femmes dans la société et leurs stratégies de mobilisation des ressources nécessaires à l'utilisation des services de santé. La compréhension de tels éléments a aidé à mettre au jour le processus par lequel la gratuité des soins a pu aboutir à l'acquisition d'un pouvoir de décision sanitaire par les femmes. En effet, la suppression de la barrière financière a contribué à éliminer le besoin des femmes de négocier avec leurs maris ou de s'endetter auprès des voisins pour disposer de l'argent des accouchements. Cette nouvelle donne constitue «la cause» à la base de l'acquisition par les femmes d'un pouvoir de décision sanitaire (effet de premier ordre¹³). L'acquisition de ce pouvoir sera par la suite déterminante, « mécanisme causal » à la réalisation d'autres *outcomes* (effet de deuxième ordre) au plan sanitaire (augmentation des consultations prénatales et des accouchements assistés), mais aussi au niveau de l'amélioration de leur statut social (renforcement de leur estime de soi et un plus grand respect au sein de leur ménage).

Cependant, faire de l'imputation causale dans une étude qualitative n'est pas chose aisée. Il y a de nombreux biais potentiels auxquels le chercheur est appelé à faire face durant le processus de recherche et d'analyse comme nous le verrons dans la section suivante (Maxwell, 2004b) .

¹³ « Un effet de premier ordre » est considéré comme une caractéristique constitutive du système étudié et son effet immédiat, tandis qu' « un effet de deuxième ordre » est un effet corrélatif de celui de premier ordre. (Pires, A. (1989). Analyse causale et récits de vie. *Anthropologie et sociétés*. 13(3), 37-57.

5.4 Comment soutenir la transférabilité des résultats d'une recherche qualitative ?

Le caractère généralisable des résultats d'une recherche qualitative est un débat ancien et récurrent. Pour certains, l'analyse qualitative est déficiente sur le plan de la validité externe, car reposant sur des cas considérés comme non représentatifs de la population (Ayerbe & Missonier, 2007). Cette critique est souvent faite par des chercheurs positivistes pour qui on ne peut généraliser que grâce à des méthodes quantitatives qui s'appuient sur des échantillons d'individus, sélectionnés au hasard et dont le nombre est suffisamment grand (Roy, 2003).

Le débat existe aussi entre les chercheurs qualitatifs qui restent divisés sur la question (Laperrière, 1997). En effet, certains réfutent la possibilité et même l'utilité de chercher à généraliser les résultats qualitatifs en raison de la singularité des événements et phénomènes humains dont ils sont le produit et qui sont par essence contextualisés (Koro-Ljungberg, 2008; Malterud, 2001; Payne & Williams, 2005). A ce propos, Deslauriers (91) souligne toute la difficulté d'une telle démarche qui (*présuppose un contexte stable et une sorte de déterminisme qui ne se retrouve jamais dans la vie sociale*) (Deslauriers, 1991: 102).

D'autres en revanche, moins radicaux, considèrent la généralisation des résultats qualitatifs comme possible mais seulement sous certaines conditions. Toutefois, pour ces derniers, il faut d'abord repenser le concept de généralisation qui doit être considéré différemment de son acception classique (Maxwell, 1992). Il doit être compris non pas d'un point de vue statistique, mais plutôt analytique (Malterud, 2001; Maxwell, 1992; Onwuegbuzie & Leech, 2007b; Riege, 2003). En effet ce sont moins les « *caractéristiques substantives des situations étudiées qui sont généralisables que les processus fondamentaux qui les sous-tendent, ceux qui sont stables et durables au-delà des variations de leurs manifestations* » (Laperrière, 1997).

Pour mieux assumer cette démarcation, de nombreux chercheurs qualitatifs préfèrent l'usage du concept de transférabilité pour parler de la généralisation des résultats d'une recherche qualitative (Lincoln & Guba, 1985). La transférabilité renvoie à la préoccupation de savoir si

les conclusions auxquelles le chercheur aboutit peuvent s'étendre à d'autres contextes que celui étudié. (Pourtois & Desmet, 2007 : 120). Elle n'est pas basée sur une représentativité statistique de l'échantillon, mais est pensée plutôt en terme de processus sociaux (Mukamurera, Lacourse, & Couturier, 2006; Riege, 2003) dont la mise à jour permet la possibilité d'étendre les résultats et les conclusions tirées de l'analyse vers d'autres contextes similaires (Fortin & Gagnon, 2010; Laperrière, 1997). En effet, pour Guba et Lincoln : « *the degree of transferability is a direct function of the similarity between the two contexts, what we shall call fittingness. Fittingness is defined as degree of congruence between sending and receiving contexts. If context A and context B are "sufficiently" congruent, then working hypotheses from the sending originating context may be applicable in the receiving context* » (Lincoln & Guba, 1985: 124).

Cependant, la transférabilité des résultats d'une recherche qualitative n'est pas automatique. Elle n'est envisageable que sous l'existence de certains préalables (Mukamurera et al., 2006). Pour favoriser l'existence de ces conditions indispensables, de nombreux auteurs ont proposé des techniques telles que l'utilisation de cas multiples comme devis de recherche (Yin, 2008). En effet, en s'apparentant à une logique d'expérimentations multiples, ce devis permet grâce à la réplication des effets observés dans des contextes diversifiés de transférer avec beaucoup plus de confiance les résultats d'une recherche (Riege, 2003; Yin, 2008). Parmi les autres tactiques préconisées, on peut aussi citer, un échantillonnage suffisamment diversifié pour répondre au critère de pertinence théorique par rapport à l'objet investigué (Miles & Huberman, 2003; Mukamurera et al., 2006; Riege, 2003). Aussi, le contexte de la recherche doit être bien décrit afin de permettre d'apprécier sa similitude avec les autres contextes dont on voudrait transférer les conclusions (Lincoln & Guba, 1985; Miles & Huberman, 2003; Riege, 2003). Enfin le cas doit être investigué en profondeur afin de permettre la mise à jour des processus sociaux et d'aboutir à la compréhension des mécanismes à la base des résultats obtenus. Une stratégie reconnue comme favorisant la transférabilité des résultats vers d'autres contextes (Laperrière, 1997).

Cette recherche s'est inspirée de ces techniques méthodologiques. En effet, en plus d'avoir choisi comme devis de recherche l'étude de cas multiples, les cas ont été sélectionnés, selon une perspective heuristique et comparative, de façon contrastée (Patton, 2001; Yin, 2008).

Le contraste s'observe entre les caractéristiques des cas (ciblage individuel vs catégoriel ; gratuité partielle vs gratuité totale ; soutien d'une ONG, vs politique nationale ou initiative communautaire) et des contextes sociaux (les Peulhs (7,8%) de la population à Dori et Sebba) vs les Mossi (49%) à Ouargaye).

Cette diversité des contextes d'étude, que nous avons par ailleurs bien documentés ainsi que les processus sociaux observés sur le terrain, (Lincoln & Guba, 1985; Onwuegbuzie & Leech, 2007a) contribue à renforcer le potentiel de transférabilité de nos conclusions vers d'autres contextes sociaux similaires du pays.

En outre, l'échantillonnage des acteurs pour les entrevues s'est faite sur la base de la diversification afin d'avoir les points de vue les plus divers (Mukamurera et al., 2006; Pires, 1997) et parvenir à la saturation empirique (Miles & Huberman, 2003). En effet, le principe de diversification est l'équivalent dans les recherches quantitatives de la représentativité statistique. Il permet au chercheur de disposer du « *panorama le plus complet possible des problèmes ou situations, une vision d'ensemble ou encore un portrait global d'une question de recherche* » (Pires, 1997: 155). C'est seulement à la suite de cela que l'on peut considérer que notre échantillon est représentatif des processus sociaux (Pourtois & Desmet, 2007).

Enfin, le fait que nos résultats soient similaires en dépit des contextes sociaux différents renforce la validité interne de notre recherche, et prouve sa robustesse qui permet d'envisager avec beaucoup plus de confiance son potentiel de transférabilité vers d'autres contextes sociaux du pays. En effet, comme le souligne Rowley : « *the greater the number of case studies that show réplication, the greater the rigour with which a thory has been established* » (Rowley, 2002 : 20) .

5.5. Les limites de la recherche

Les limites de la recherche ont été déjà décrites dans les articles. Cependant, il ne serait pas superflu d'y revenir pour mieux les mettre en perspective avec la façon dont nous avons procédé pour minimiser leurs impacts. Selon Olivier de Sardan (2008a :91) :

« L'enquête de terrain a évidemment ses propres biais (comme l'enquête par questionnaire a les siens). "La politique du terrain" se mène en naviguant à vue parmi ces biais. Mais on ne peut y échapper. L'objectif du chercheur est donc plus modeste. Il s'agit de tenter de les minimiser, de les maîtriser ou de les contrôler ».

Cette recherche n'a pas dérogé à la règle. Deux principales limites ont été identifiées : le biais de désirabilité sociale et le biais induit par la présence du chercheur sur le terrain d'études.

Le biais de désirabilité sociale est défini comme: « *a need for social approval and acceptance and the belief that this can be attained by means of culturally acceptable and appropriate behaviors* » (Marlow & Crowne, 1961 : 109). Il se traduit dans la pratique par une tendance de la part d'enquêtés à apporter des réponses qui les présentent sous un jour favorable auprès des enquêteurs (Butori & Parguel, 2010). Ce biais est souvent présent dans le cadre de recherches portant sur des projets de développement où les comportements ont tendance à devenir « schizophréniques », chacun cherchant son « ticket d'accès » pour profiter des rentes du développement. (Olivier de Sardan, 1998). Par conséquent, il n'est pas exclu dans cette étude que certains membres de la communauté aient cherché à fournir des réponses allant dans le sens de ce qui peut contribuer à la continuité des projets. Des projets qui constituent souvent les seuls dispositifs pour pallier les dysfonctionnements du système de soins local (Ouvrier, 2013).

Pour faire face à cela, des précautions sont toujours nécessaires. En effet, parlant du contexte de la recherche et de ses répercussions sur les discours des interviewees, certains auteurs ont préconisé de placer l'enquêté dans une position lui permettant de dire ouvertement tout ce qu'il pense (Poupart, 1997). Pour favoriser cela, nous avons insisté sur notre indépendance par

rapport à l'ONG, mais aussi l'État, en réitérant au début de chaque entrevue que cette recherche n'aura aucune incidence sur la continuité de ces interventions de gratuité (Boutin, 1997). De plus, pour encore mieux marquer notre distance par rapport à l'ONG, nous avons veillé à ce que ses employés n'interfèrent pas dans l'étude, ni n'assistent aux groupes de discussion. Enfin, tous nos déplacements ont été assurés par nos propres moyens (Motocyclette) afin d'éviter toute confusion que pourrait susciter notre utilisation des ressources de l'ONG.

L'autre limite de l'étude est liée à la présence du chercheur sur le terrain d'études appelé aussi «*les effets du chercheur sur le site*» (Miles & Huberman, 2003). Lorsqu'un chercheur «étranger» travaille dans un contexte qui n'est pas le sien, sa présence peut modifier les comportements de ceux qu'il étudie (Olivier de Sardan, 2008a) ou influencer sur le contenu des entrevues (Poupart, 1997). Miles et Hubermann (2003 : 477) ont décrit la façon dont ce biais apparaît :

« Le biais [les effets du chercheur sur le site] apparaît lorsque le chercheur perturbe ou menace les relations sociales et institutionnelles existantes. Les acteurs du site doivent maintenant chercher à comprendre le rôle de cette personne, la raison de sa présence, et ce qui va éventuellement être fait des informations qu'elle recueille. Pendant qu'ils s'interrogent ainsi, les informateurs vont généralement adopter un rôle de représentation ou un personnage particulier, offrir une certaine image d'elle même à l'étranger ».

Avec ce biais, le chercheur est d'abord perçu comme une intrusion ou comme une menace par les choses que son étude peut l'amener à questionner ou à trouver. À cause de cela, les personnes à interroger sont souvent méfiantes de ce que la recherche va produire. Des inquiétudes qui ne sont pas toujours infondées aux dires de Miles et Hubermann (2003 : 478) : «*Il est probablement vrai que la recherche de terrain est fondamentalement acte de trahison, tout bien intentionné ou bien intégré que soit le chercheur. On rend publiques des affaires privées et on laisse les acteurs locaux en subir les conséquences*».

Nous avons été confrontés dès notre arrivée à ce biais. Ce qui n'a rien d'étonnant dans des contextes villageois où tout le monde se connaît, notre statut d'étranger ne pouvait pas passer inaperçu. Cependant, pour faire face aux supputations qui nous présentaient comme un contrôleur envoyé par l'ONG, nous sommes restés longtemps sur le terrain (six mois) en profitant des entrevues informelles et des moments de socialisation pour mieux expliciter l'objet de notre travail et clarifier nos intentions. Cette stratégie est couramment préconisée par les chercheurs pour limiter les biais de présence du chercheur sur le site : «*La présence de l'ethnologue sur la longue durée est évidemment le facteur principal qui réduit les perturbations induites par sa présence : on s'habitue à lui*» (Olivier de Sardan, 2008a : 92) .

La question de l'incidence d'un chercheur étranger à son terrain d'étude demeure un sujet récurrent qui a longtemps passionné les chercheurs (Diawara, 1985; Olivier de Sardan, 2008a; Ouattara, 2004; Poupart, 1997). Elle nous inspire ces réflexions suivantes. Convaincus de son effet parasitant sur le contenu des entrevues, certains chercheurs ont préconisé le principe de la plus grande homologie possible entre l'intervieweur et l'interviewé (Poupart, 1997). Une stratégie poussée à son extrême revient à considérer qu'un chercheur ne peut étudier que les groupes avec qui il a le maximum de ressemblances. Autrement dit, c'est aux autochtones d'étudier leurs semblables. Il est vrai que le fait que les interviewés et les intervieweurs appartiennent au même contexte social peut constituer un avantage, vu dans le sens de la maîtrise de la langue et des réalités locales. Cependant, cela ne constitue pas pour autant un gage de crédibilité des données. Car même dans ce cas, le chercheur n'échappe pas à certains défis méthodologiques (Diawara, 1985) comme la difficulté de maintenir une distance par rapport à des faits qui lui sont trop familiers (Althabe, 1990) ou le risque d'«encliquage¹⁴» (Olivier de Sardan, 2008a). Par conséquent, nous sommes d'accord avec Fatoumata Ouattara (2004 :13) qui pense que «*la dichotomie entre "ethnologie chez soi" et "ethnologie chez l'autre" est très discutable*». La question fondamentale, à notre avis, est plus liée au respect des critères de rigueur qui fonde le qualitatif que d'appartenance culturelle.

¹⁴ On parle d'« encliquage » lorsqu'un chercheur se fait l'écho ou le défenseur de sa clique (Olivier de Sardan, 2008a).

D'ailleurs, en ce qui nous concerne, notre situation ne s'appliquait réellement dans aucun des cas de figure. Nous sommes tentés de nous définir comme faisant de l'«*ethnologie chez le voisin*». Car si nous ne sommes pas caucasiens, nous ne sommes pas non plus issus d'aucun des contextes culturels étudiés, dont on ne parle non plus aucune des langues. Ceci pour dire en définitive que le facteur essentiel pour un chercheur est de garder sa «lucidité méthodologique» (Olivier de Sardan, 2008a : 94), seul gage de sa capacité à produire des données valides.

Chapitre 6. Conclusion et perspectives

Cette recherche avait comme objectif d'étudier les effets sociaux de la gratuité des soins au Burkina Faso. Les résultats des analyses ont été publiés dans quatre articles scientifiques. Cette section présente les enseignements qu'on peut en tirer, aussi bien au niveau des pistes d'interventions que des perspectives de recherche.

6.1. Pistes d'interventions

L'analyse a montré que le concept de participation communautaire peut être revitalisé (Lawn, Rifkin, Were, Paul, & Chopra, 2008), si on donne aux communautés les compétences de participer et qu'on les implique autrement que par la seule participation financière. Ainsi, une première piste d'intervention serait de mettre en place des formations destinées uniquement aux représentants des communautés dans les organes de gestion des centres de santé. Il faudrait évidemment s'assurer de leur désignation démocratique auparavant. Les résultats obtenus à Dori et Sebba montrent que lorsque les communautés sont techniquement accompagnées, elles sont plus dynamiques et plus performantes dans leur travail. Ce qui confirme le rôle déterminant des compétences, sans quoi la participation communautaire reste illusoire (Balique, 2001; Nitiéma et al., 2003). Ainsi, pour parvenir à cela, le rôle de l'État Burkinabé est décisif. Il pourrait pour commencer, généraliser la démarche initiée par l'ONG en permettant aux membres des Coges de se former, et d'être sensibilisés à leurs missions et obligations. En effet, la recherche-action sur la prise en charge des indigents a montré que les Coges n'avaient pas conscience de l'obligation, pourtant officielle, de prendre en charge des indigents. Or, lorsqu'ils ont été sensibilisés sur cette question, ils ont montré qu'ils étaient capables de répondre positivement aux besoins en santé de leurs membres et à l'amélioration de la santé des populations (Wallerstein, 2006).

Deuxièmement, ces interventions de gratuité des soins ont indubitablement facilité l'accès aux soins des groupes vulnérables notamment les femmes, les enfants et les indigents. Ces acquis doivent être pérennisés par leur passage à l'échelle nationale. Par exemple, pour ce qui est de la prise en charge des indigents, l'adoption du référentiel sur les critères d'identification des indigents, inspirée par l'expérience de Ouargaye constitue certes une avancée, mais elle est encore loin d'être suffisante (Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale, 2012). Dans la perspective de mise en place de l'assurance maladie universelle (AMU), il faudrait trouver une solution pour prendre en charge les indigents qui ne pourront pas payer les primes de cotisation. La création d'un fonds d'équité qui assurerait la subvention totale des cotisations pour cette catégorie pourrait être une possibilité. Ce fonds pourrait servir en outre, de réunir l'ensemble des fonds destinés aux indigents et qui souffre encore d'une profonde désarticulation.

En ce qui concerne la gratuité des soins pour les femmes enceintes et leurs enfants, les résultats obtenus au niveau du recours aux soins prouvent que le principal obstacle à l'utilisation des services maternels et infantiles est d'ordre financier (Kruk et al., 2009; Storeng et al., 2008). Ce qui plaide pour une prise en charge totale par l'État des 20 % restants du prix de l'accouchement dans les autres districts sanitaires du pays, tel que le président l'avait promis en 2010. À cela, doit s'ajouter une prise en charge des urgences obstétricales, souvent à la base des dépenses catastrophiques des ménages (Ilboudo et al., 2013). En outre, il est possible d'aller vers une gratuité totale pour les enfants de moins de 5 ans sur tout le territoire, dont l'étude de faisabilité a été bouclée depuis 2010 (Ministère de la santé, 2012). Selon les conclusions d'une étude récente, une telle mesure est techniquement et financièrement à la portée de l'État (Blanchet, Zonon, & Aggagliate, 2012).

Enfin, troisièmement, l'un des enseignements majeurs de cette thèse est qu'elle montre que toute politique publique qui contribue à réduire la dépendance économique des femmes

produit en même temps des externalités positives sur plusieurs autres aspects de leurs vies (Kabeer, 2005; Sen, 2000). Il serait donc tout à fait pertinent, si l'on veut approcher les objectifs du millénaire, de maximiser les gains sur les femmes. Pour cela, des politiques axées principalement sur le genre doivent être mises en œuvre comme celles facilitant l'accès au microcrédit des femmes et la scolarisation des filles, notamment grâce aux bourses familiales.

6.2. Pistes de recherche

Arrivés à la fin de cette thèse, nous sommes conscients que le sujet est loin d'être épuisé. Un certain nombre d'interrogations perdurent et mériteraient d'être investiguées en profondeur. Nous en avons identifié quelques-uns que nous présentons ci-dessous.

1. Ces interventions étudiées dans cette thèse sont surtout focalisées sur la demande. Ce qui a suscité quelques critiques de la part des professionnels de santé qui se considèrent comme les «oubliés» des réformes. Ainsi, récemment, le Burkina Faso à l'instar d'autres en Afrique, a adopté le financement basé sur les résultats (FBR) qui vise à renforcer l'offre de soins en conditionnant la motivation financière des professionnels de santé à l'atteinte de certains indicateurs. Il serait donc intéressant d'étudier les effets de cette réforme sur la qualité des soins et de manière générale les comportements des agents de santé, mais aussi dans quelle mesure le FBR peut s'articuler avec ces politiques de gratuité des soins, comme cela semble le cas au Burundi ?
2. La gratuité de la prise en charge des indigents a atteint un degré de pérennité moyen, qui est celui le plus élevé pour une organisation. Une étude quelques années après serait utile pour savoir si la pérennité s'est maintenue dans le temps. Elle servirait aussi à analyser sur le long terme les effets de cette prise en charge gratuite, d'une part, sur les finances des Coges et, d'autre part, sur les indigents, notamment au niveau de leur utilisation des services de santé et leur vie sociale.

3. La gratuité des accouchements pour les femmes a eu des effets positifs sur le recours aux soins. Cependant, certaines femmes, certes peu nombreuses, continuent d'accoucher à domicile. Cette question n'a pas été étudiée dans cette recherche. Il est donc nécessaire de faire une étude plus exhaustive pour mettre en lumière les déterminants de l'accouchement à domicile dans un contexte de gratuité ou de subventions.

Bibliographie

- Aboderin, I. (2010). Understanding and advancing the health of older populations in sub-Saharan Africa: Policy perspectives and evidence needs. *Pub Health Rev*, 32, 357-376.
- Acharya, A., Lima, A., & Moore, M. (2006). Proliferation and fragmentation: Transactions costs and the value of aid. *Journal of development studies*, 42(1), 1.
- Adamu, Y. M., & Salihu, H. M. (2002). Barriers to the use of antenatal and obstetric care services in rural Kano, Nigeria. *Journal of obstetrics and gynaecology*, 22(6), 600-603.
- Adato, M., De la Brière, B., Mindek, D., & Quisumbing, A. (2000). The impact of PROGRESA on women's status and intrahousehold relations. Final Report, International Food Policy Research Institute, Washington DC. Washington: Division. <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/16026/1/mi00ad01.pdf> (consulté le 7/01/2012).
- Adato, M., Roopnaraine, T., Álvarez, F. A., Peña, L. B., & Castrillo, G. M. (2004). A social analysis of the Red de Protección Social (RPS) in Nicaragua. <http://dspacetest.cgiar.org/handle/10568/39536> (consulté le 7/01/2012).
- African Union (2010). *Decisions, declarations, resolutions. Assembly of the African Union. Fifteenth Ordinary Session 25 – 27 July 2010 Kampala, Uganda.* http://www.au.int/en/sites/default/files/ASSEMBLY_EN_25_27_July_2010_BCP_ASSEMBLY_OF_THE_AFRICAN_UNION_Fifteenth_Ordinary_Session.pdf (last accessed 16 May 2013).
- Ahmed, S., Creanga, A., Gillespie, D. G., & Tsui, A. O. (2010). Economic status, education and empowerment: implications for maternal health service utilization in developing countries. *PloS one*, 5(6), e11190.
- Alkire, S. (2002). *Valuing freedoms: Sen's capability approach and poverty reduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Alkire, S. (2005). Why the Capability Approach? *Journal of human development*, 6(1), 115-135.
- Alsop, R., & Heinsohn, N. (2005). *Measuring empowerment in practice: structuring analysis and framing indicators*. World Bank Publications.
- Althabe, G. (1990). Ethnologie du contemporain et enquête de terrain. *Terrain. Revue d'ethnologie de l'Europe*, 14, 126-131.
- Ameur, A., Ridde, V., Bado, A., Ingabire, M., & Queuille, L. (2012). User fee exemptions and excessive household spending for normal delivery in Burkina Faso: the need for careful implementation. *BMC health services research*, 12(1), 412.
- Amnesty International. (2009). Donner la vie , risquer la mort . La mortalité maternelle au Burkina Faso. Dans Amnesty International (dir.). Londres.
- Amnesty International (2010). *President of Burkina Faso commits to lifting financial barriers to maternal health in a meeting with Amnesty International. London.*

- Ancey, V., Ickowicz, A., Corniaux, C., Manoli, C., & Magnani, S. (2008). Stratégies pastorales de sécurisation chez les Peuls du Ferlo (Sénégal). Dans C. Baroin & J. Boutrais (dir.), *Le lien au Bétail* (Vol. 78, p. 105-119): Journal des Africanistes.
- Andro, A., & Hertrich, V. (2001). La demande contraceptive au Sahel: les attentes des hommes se rapprochent-elles de celles de leurs épouses? *Population*, 56(5), 721.
- Annear, P. L. (2010). *Comprehensive review of the literature on health equity funds in Cambodia 2001–2010 and annotated bibliography*. Health Policy and Health Finance Knowledge Hub Working Paper No. 9 Nossal Institute for Global Health, Melbourne.
- Annear, P. L., Ahmed, S., Ros, C. E., & Ir, P. (2013). Strengthening institutional and organizational capacity for social health protection of the informal sector in lesser-developed countries: A study of policy barriers and opportunities in Cambodia. *Social Science & Medicine*, 96, 223-231.
- Appleton, S., & Collier, P. (1995). On Gender Targeting of public Transfers. Dans D. Van de Walle & K. Nead (dir.), *Public Spending and The Poor*. Washington: World Bank.
- Arhin, D. C. (1994). The health card insurance scheme in Burundi: a social asset or a non-viable venture? *Social Science & Medicine*, 39(6), 861-870.
- Arsenault, C., Fournier, P., Philibert, A., Sissoko, K., Coulibaly, A., Tourigny, C., Dumont, A. (2013). Emergency obstetric care in Mali: catastrophic spending and its impoverishing effects on households. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(3), 207.
- Aryeetey, G. C., Jehu-Appiah, C., Spaan, E., Agyepong, I., & Baltussen, R. (2012). Costs, equity, efficiency and feasibility of identifying the poor in Ghana's National Health Insurance Scheme: empirical analysis of various strategies. *Tropical Medicine & International Health.*, 17(1), 43-51.
- Asante, F. A., Chikwama, C., & Daniels, A. (2007). Evaluating the economic outcomes of the policy of fee exemption for maternal delivery care in Ghana. *Ghana Medical Journal*, 41(3), 110.
- Ashford, L. (2004). *Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde. Résumé*. (Editions Eriksen Translations Inc^e éd.). Washington: Population Référence Bureau.
- Atchessi, N., Ridde, V., & Haddad, S. (2013). Combining user fees exemption with training and supervision helps to maintain the quality of drug prescriptions in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 28(6), 606-615.
- Atun, R., Knaul, F., Akachi, Y., & Frenk, J. (2012). Innovative financing for health: what is truly innovative? *The Lancet - British Edition*, 380(9858), 2044.
- Audibert, M., Mathonnat, J., & Roodenbeke, E. (2003a). Évolutions et nouvelles orientations pour le financement de la santé dans les pays en développement à faible revenu. *Santé*, 13(4), 209-214.
- Audibert, M., Mathonnat, J., & Roodenbeke, E. (2003b). *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Paris: Karthala.
- Ayerbe, C., & Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas: principes et mise en oeuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*, 10(2), 37-62.
- Bacqué, M. H., & Biewener, C. (2013). *L'empowerment, une pratique émancipatrice*. Paris: Paris, La Découverte.

- Badasu, M. (2004). Implementation of Ghana's Health User Fee Policy and the Exemption of the Poor: Problems and Prospects. *African Population Studies Supplement A*, 19.
- Balique, H. (2000). Les programmes de santé. *ADSP*, 30.
- Balique, H. (2001). Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali. *Santé publique*, 13(1), 35-48.
- Barnes, M., Matka, E., & Sullivan, H. (2003). Evidence, Understanding and Complexity: Evaluation in Non-Linear Systems. *Evaluation*, 9(3), 265-284.
- Bationo, B. (2012). Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso. *Agora débats/jeunesse*, 61(2), 21.
- Baudoux, L., Kamil, H., & Moulin, C. (2005). Développement de l'agropastoralisme chez une fraction nomade fixée sur les bords du fleuve Niger au Mali. *Revue d'élevage et de médecine vétérinaire des pays tropicaux*, 58(1-2), 103.
- Beaton, A. M., & Tougas, F. (2001). Reactions to affirmative action: Group membership and social justice. *Social justice research*, 14(1), 61.
- Beegle, K., Frankenberg, E., & Thomas, D. (2001). Bargaining power within couples and use of prenatal and delivery care in Indonesia. *Studies in family planning*, 32(2), 130-146.
- Behrman, J. (2010). The International Food Policy Research Institute (IFPRI) and the Mexican PROGRESA anti-poverty and human resource investment conditional cash transfer program. *World Development*, 38(10), 1473-1485., 38(10), 1473-1485.
- Belaid, L., & Ridde, V. (2012). An implementation evaluation of a policy aiming to improve financial access to maternal health care in Djibo district, Burkina Faso. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 143-143.
- Belaid, L., & Ridde, V. (2014). Contextual factors as a key to understanding the heterogeneity of effects of a maternal health policy in Burkina Faso? *Health Policy and Planning*, CZU012.
- Béland, D. (2002). Néo-institutionnalisme historique et politiques sociales : une perspective sociologique. *Politique et sociétés*, 21(3), 21-39.
- Béland, D. (2009). Gender, ideational analysis, and social policy. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 16(4), 558-581.
- Bennett, S., & Gilson, L. (2008). Protecting the poor from the cost of services through health financing reform. Dans S. Bennett, L. Gilson & A. Mills (dir.), *Health, Economic Development and Household Poverty*. London: Routledge International Studies in Health Economics.
- Bergamaschi, I., Diabaté, A., & Paul, E. (2007). L'agenda de Paris pour l'efficacité de l'aide. *Afrique contemporaine*, 223-224(3), 219.
- Bernier, M., Arteau, M., & Trudelle, M. (2006). Former des intervenants pour intervenir en faveur du renforcement du pouvoir d'agir *Canadian Journal of Program Evaluation*, 21, 163-172.
- Bernier, N., & Clavier, C. (2011). Public health policy research: making the case for a political science approach. *Health Promotion International*, 26(1), 109-116.
- Besley, T., & Kanbur, R. (1990). The Principles of Targeting. Dans Policy Research and External Affairs (dir.). Washington: World Bank.
- Bhutta, Z., & Black, R. (2013). Global Maternal, Newborn, and Child Health — So Near and Yet So Far. *The New England journal of medicine*, 369(23), 2226-2235.
- Bigman, D., & Fofack. (2000). Geographical targeting for poverty alleviation: an introduction to the special issue. *The World Bank Economic Review*, 14(1), 129-145.

- Blanchet, K., Zonon, N. A., & Aggagiate, T. (2012). La gratuité des soins est rentable: la preuve par un projet pilote au Burkina Faso. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats.*, 31.
- Bloom, S. S., Wypij, D., & Das Gupta, M. (2001). Dimensions of women's autonomy and the influence on maternal health care utilization in a north indian city. *Demography*, 38(1), 67-78.
- Bobo, L., & Kluegel, J. R. (1993). Opposition to Race-Targeting: Self-Interest, Stratification Ideology, or Racial Attitudes? *American Sociological Review*, 58(4), 443-464.
- Bobocel, D. R., & Son Hing, L. (1998). Justice-based opposition to social policies: Is it genuine? *Journal of personality and social psychology*, 75, 653.
- Bonvin, J. M., & Farvaque, N. (2007). L'accès à l'emploi au prisme des capacités, enjeux théoriques et méthodologiques. *Formation emploi*(2), 9-22.
- Borghì, J., Ensor, B., Neupane, S., & Tiwari, S. (2006). Financial implications of skilled attendance at delivery in Nepal. *TM & IH. Tropical medicine and international health*, 11(2), 228-237.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Bovin, M. (1985). Nomades «sauvages» et paysans «civilisés»: WoDaaBe et Kanuri au Borno. *Journal des africanistes*, 55(1), 53.
- Bräutigam, D. A., & Knack, S. (2004). Foreign Aid, Institutions, and Governance in Sub-Saharan Africa*. *Economic development and cultural change*, 52(2), 255.
- Bréchon, P. (2003). *Les valeurs des Français*. Paris: Armand Colin.
- Buissonnière, M. (2012). *La nouvelle donne de la santé globale: dynamiques et écueils*. Genève: International Development Policy | Revue internationale de politique de développement. Institut de hautes études internationales et du développement.
- Butori, R., & Parguel, B. (2010). Les biais de réponse-Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *Actes de l'AFM*. [Http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/](http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/).
- Calvès, A. E. (2009). «Empowerment»: généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde.*, 4(735-749).
- 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. *Tropical Medicine & International Health*, 10(8), 799-811.
- Chan, M. (2008). Return to Alma-Ata. *The Lancet - British Edition*, 372(9642), 865-866.
- Chuma, J., Musimbi, J., Okungu, V., Goodman, C., & Molyneux, C. (2009). Reducing user fees for primary health care in Kenya: Policy on paper or policy in practice? *International journal for equity in health*, 8, 15-15.
- Clément, M., & Edouard, R. (2008). Justice et santé. Les promesses et les limites des soins de santé primaires: le cas de l'Organisation mondiale de la santé. Dans E. Gagnon, Y. Pelchat & R. Edouard (dir.), *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion : Action publique et justice sociale* (p. 151-167). Québec: Les Presses de l'Université de Laval.
- Cling, J. P. (2006). Coordination et utilisations des aides. Commentaires. *Revue d'économie du développement*, 20(2), 105.
- Coady, D., Grosh, M., & Hoddinott, J. (2004). *Targeting of Transfers in Developing Countries : Review of Lessons and Experience*. Washington: The World Bank.

- Collard, K. S., D'Antoine, H. A., Eggington, D. G., Henry, B. R., Martin, C. A., & Mooney, G. H. (2005). Mutual" obligation in Indigenous health: can shared responsibility agreements be truly mutual. *Medical journal of Australia*, 182(10), 502-504.
- Conning, J., & Kevane, M. (2002). Community-based targeting mechanisms for social safety nets: A critical review. *World Development*, 30(3), 375-394.
- Contandriopoulos, A. (2003). Inertie et Changement *Ruptures*, 9(2), 4-31.
- Contandriopoulos, A. P., De Pourville, G., Poullier, J., & Contandriopoulos, D. (2000). A la recherche d'une troisième voie: Les systèmes de santé au XXI siècle Dans M. Pomey, J. Poullier & B. Lejeune (dir.), *Santé publique-Etat des lieux, enjeux et perspectives* (p. 637-667). Paris: Editions Ellipses.
- Contandriopoulos, A. P., Rey, L., Brousselle, A., & Champagne, F. (2011). évaluer une intervention complexe: enjeux conceptuels, méthodologiques et opérationnels. *Canadian Journal of Program Evaluation.*, 26(3).
- Cornia, G. A., & Stewart, F. (1995). Two errors of targeting. Dans F. Stewart (dir.), *Adjustment and poverty: options and choices*. London: Routledge.
- Creese, A. (1997). User fees. *BMJ. British medical journal (Clinical research ed.)*, 315(7102), 202-203.
- Criel, B., Diallo, A., Waekens, M., & Wiegandt, A. (2005). La difficulté du partenariat entre professionnels de santé et mutualistes: le cas de la mutuelle de santé Maliando en Guinée Conakry. *TM & IH. Tropical medicine & international health*, 10(5), 450.
- Crocker, D. (2008). Sen's concepts of agency. *Institute for Philosophy and Public Policy*. <http://www.capabilityapproach.com/pubs/CrockerAgency7-31-08.doc>. Accessed September 21, 2012.
- Crocker, D., & Robeyns, I. (2010). Capability and Agency. Dans C. W. Morris (dir.), *Amartya Sen*. New York: Cambridge University Press.
- Dagenais, C., Queuille, L., & Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from a user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 20(1 Suppl), 70-79.
- Daniels, N. (2002). *Setting Limits Fairly : Can We Learn to Share Medical Resources?* New York: Oxford University Press.
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V., Sarker, M., Tiendrebéogo, J., Murice, Y., . . . 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.
- De Allegri, M., Ridde, V., Louis, V., Sarker, M., Tiendrebeogo, J., Ye, M., & Jahn, A. (2011). Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: A case study from rural Burkina Faso. *Health Policy*, 99(3), 210-218.
- De Brauw, A., Gilligan, D. O., Hoddinott, J., & Roy, S. (2013). The Impact of Bolsa Família on Women's Decision-Making Power. *World Development*. (In press).
- De Donder, P., & Hindriks, J. (1998). The political economy of targeting. *Public choice*, 95(1-2), 177-200.
- De Herdt, T., & D'Exelle, B. (2007). La vulnérabilité vis-à-vis d'autres personnes: lessons pour les interventions contre la pauvreté. *Mondes en développement*, 140(4), 101-114.
- De La Rocque, M. (1996). Equité et exclusions des services de santé. De la recherche à l'action, l'expérience d'une ONG. *Santé*, 6(6), 341-344.
- Delville, P. L. (2012). Affronter l'incertitude? *Revue Tiers Monde* (3), 153.

- Delville, P. L. (2013). «Déclaration de Paris» et dépendance à l'aide: éclairages nigériens. *Politique Africaine*(1), 135.
- Denis-Crola, J. (2009). Aide à l'agriculture : des promesses aux réalités de terrain: L'état de la coordination des interventions dans 3 pays d'Afrique de l'Ouest : Oxfam International.
- DeRose, L. F., & Ezeh, A. C. (2010). Decision-making patterns and contraceptive use: evidence from Uganda. *Population research and policy review*, 29(3), 423-439.
- Deschamps, J.-P. (2000). Les enjeux de santé publique dans les pays en voie de développement. *Médecine&Sciences*, 16(11), 1211-1217.
- Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*. McGraw-Hill.
- Deslauriers, J. P. (1997). L'induction analytique. Dans J.-P. D. J. Poupart, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & AP Pires. (dir.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (p. 293-308). Montréal: Gaetan Morin.
- Diallo, A., & Meda, N. (2010). Estimates of mortality in children younger than 5 years for Burkina Faso. *The Lancet*, 376.
- Diarra, A. (2012). Mise en œuvre locale de l'exemption des paiements des soins au Niger. *Afrique contemporaine*, 243(3), 77-93.
- Diawara, M. (1985). Les recherches en histoire orale menées par un autochtone, ou L'inconvénient d'être du cru. *Cahiers d'Etudes africaines.*, 5-19.
- Dordain, D., & Mogenet, L. (2012). Le paradigme de l'aide projet fait de la résistance. *Afrique Contemporaine*, 241(1), 11.
- Dubet, F. (2001). *Les inégalités multipliées*. Paris: Editions de l'Aube.
- Dudgeon, M., & Inhorn, M. (2004). Men's influences on women's reproductive health: medical anthropological perspectives. *Social science & medicine*, 59(7), 1379-1395.
- Dujardin, B. (1987). L'aide internationale et les problèmes de santé en Afrique, l'offre correspond-elle aux besoins ? *Politique Africaine* 28, 65-80.
- Dutrey, A. P. (2007). Successful targeting? Reporting efficiency and costs in targeted poverty alleviation programmes.: Social Policy and Development Programme Paper no. 35, United Nations Research Institute for Social.
- Dzakpasu, S., Powell Jackson, T., & Campbell, O. M. R. (2014). Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: a systematic review. *Health Policy and Planning*, 29(2), 137-150.
- Dzakpasu, S., Soremekun, S., Manu, A., ten Asbroek, G., Tawiah, C., Hurt, L., (2012). Impact of free delivery care on health facility delivery and insurance coverage in Ghana's Brong Ahafo region. *PloS one*, 7(11), e49430.
- Ekman, B. (2004). Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy and Planning*, 19(5), 249-270.
- Fafchamps, M., & Minten, B. (2007). Public Service Provision, User Fees and Political Turmoil. *Journal of African Economies*, 16, 485-518.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (2^e éd.). Montréal: Chanière éducation.
- Fournier, P., & Potvin, L. (1995). Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. *Sciences sociales et Santé.*, 13, 39-64.
- Frediani, A. (2010). Sen's Capability Approach as a framework to the practice of development. *Development in practice*, 20(2), 173-187.
- Gabrysch, S., & Campbell, O. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(1), 34.

- Gagnon, Y. C. (2005). *L'étude de cas comme méthode de recherche, guide de réalisation*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Garnaud, B., & Rochette, J. (2012). Rôle et limites de l'approche projet dans l'aménagement du littoral à Nador (Maroc). *REVUE TIERS MONDE*(3), 169.
- Gertler, P., Locay, L., & Sanderson, W. (1987). Are user fees regressive? The welfare implications of health care financing proposals in Peru. *Journal of econometrics*, 36(1-2), 67-88.
- Gilson, L. (1997). Review paper. The lessons of user free experience in Africa. *Health Policy Plan.*, 12(4), 273-285.
- Gilson, L. (2000). The equity impacts of community financing activities in three African countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 15(4), 291-317.
- Gilson, L. (2006). Trust in health care: theoretical perspectives and research needs. *Journal of health organization and management*, 20(5), 359.
- Gilson, L., Doherty, J., Loewenson, R., & Francis, V. (2007). Challenging inequity through health systems. WHO Commission on the Social Determinants of Health *WHO*.
- Gilson, L., hanson, K., Sheikh, K., Agyepong, I., Ssengooba, F., & Bennet, S. (2011). Building the Field of Health Policy and Systems Research: Social Science Matters. *PLoS Medicine*, 8(8), e1001079.
- Gilson, L., & Raphaely, N. (2008). The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: a review of published literature 1994-2007. *Health Policy and Planning*, 23(5), 294-307.
- Gouvernement du Burkina Faso (2012). *Politique nationale de protection sociale (Plan d'actions 2012-2014), Draft 2*. Ouagadougou.
- Graham, W., Fitzmaurice, J., Bell, J., & Cairns, J. (2004). The familial technique for linking maternal death with poverty. *The Lancet - British Edition*, 363(9402), 23-27.
- Greenhalgh, T. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q*, 82(4), 581-629.
- Grosh, M. (1995). Toward quantifying the trade-off: Administrative Costs and Incidence in Targeted Programs. Dans D. Van de Walle & K. Nead (dir.), *Public Spending and the Poor: Theory and Evidence* (The Johns Hopkins University Press^c éd.). Washington: World Bank.
- Grown, C., Gupta, G. R., & Pande, R. (2005). Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *The Lancet*, 365(9458), 541-543.
- Gruen, R. L., Elliot, J., Nolan, M., Lawton, P., & Parkhill, A. (2008). Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *The Lancet - British Edition*, 372(9649), 1579.
- Guilhem, D. (2006). Le lait de vache dans les sociétés peules. Pratiques alimentaires et symbolisme d'un critère identitaire. *Partenariat Ocha/Les Cafés Géo*, 25.
- Haddad, L. (1999). Women's status: levels, determinants, consequences for malnutrition, interventions, and policy. *Asian Development Review*, 17(1/2), 96-131.
- Hampshire, K. (2000). Accès aux soins de santé des femmes nomades du Tchad. Dans K. Wyss & J. Zinsstag (dir.), *Reflexion pour une meilleure prise en charge en milieu nomade au Tchad* (Vol. 8). Suisse: Centre suisse de recherche scientifique en Côte d'Ivoire.

- Handa, S., Huang, C., Hypher, N., Teixeira, C., Soares, F., & Davis, B. (2012). Targeting effectiveness of social cash transfer programmes in three African countries. *Journal of Development Effectiveness*, 4(1), 78-108.
- Hannequin, B. (1990). Etat, patriarcat et développement: le cas d'un village mossi du Burkina Faso. *Canadian journal of African studies*, 36.
- Hanson, K., Worrall, E., & Wiseman, V. (2008). Targeting services towards the poor: A review of targeting mechanisms and their effectiveness. Dans S. Bennett, L. Gilson & A. Mills (dir.), *Health Economic Development and Household Poverty*. London: Routledge International Studies in Health Economics.
- Hardeman, W., Van Damme, W., & Van Pelt, M. (2004). Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 19(1), 22-32.
- Hatakka, M., & Rahul, D. (2012). The capability approach as a tool for development evaluation – analyzing students' use of internet resources. *Information technology for development*, 18(1), 23-41.
- Hatt, L. E., Makinen, M., Madhavan, S., & Conlon, C. M. (2014). Effects of user fee exemptions on the provision and use of maternal health services: a review of literature. *Journal of health, population and nutrition*, 31(4), S67-S80.
- Heinmüller, R., Dembélé, Y. A., Jouquet, G., Haddad, S., & Ridde, V. (2012). Free healthcare provision with an NGO or by the Malian government. Impact on health center attendance by children under five. *Field Actions Science Reports. The journal of field actions*.(8).
- Hennink, M., & McFarland, D. (2013). A delicate web: Household changes in health behaviour enabled by microcredit in Burkina Faso. *Global public health*, 8(2), 144.
- Herzog, K. (2011). Effective poverty reduction and empowering women: a win-win situation? CCTS in Latin America. Discussion Papers on Social Protection.: Eschborn, Germany: Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ).
- Hilgers, M., & Mazzocchi, J. (Dir.). (2010). *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire. Le cas du Burkina Faso*.
- Hill, K., Thomas, K., AbouZahr, C., Walker, N., & Say, N. (2007). Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data. *The Lancet - British Edition*, 370(9595), 1311.
- Hogan, M. (2010). Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet - British Edition*, 375(9726), 1609-1623.
- Holmes, R., Jones, N., Vargas, R., & Veras, F. (2010). Cash transfers and gendered risks and vulnerabilities : lessons from Latin America. *Overseas Development Institute*, 1-6.
- Honda, A. (2013). l'analyse d'un fonds d'équité à Madagascar. Dans V. Ridde & J. Jacob (dir.), *Les indigents et les politiques de santé en Afrique* Editions l'Harmattan.
- Hou, X., & Ma, N. (2013). The effect of women's decision-making power on maternal health services uptake: evidence from Pakistan. *Health policy and planning*., 28(2), 176-184.
- Hurrell, A. (2009). Effective targeting of poverty-focussed programmes-how to reach the poorest households. Dans O. b. notes (dir.). London: Oxford Policy Management.
- Ibrahim, S., & Alkire, S. (2007). Agency & Empowerment: A Proposal for Internationally Comparable Indicators. *Oxford Development Studies*, 35(4), 379-403.

- Ilboudo, P. G. C., Russell, S., & D'exelle, B. (2013). The Long Term Economic Impact of Severe Obstetric Complications for Women and Their Children in Burkina Faso. *PLoS ONE*, 8(11), e80010.
- Institut national de la statistique et de la démographie (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV), 2010*. Ouagadougou (Burkina Faso).
- Islam, M., & Yoshida, S. (2009). Women are still deprived of access to lifesaving essential and emergency obstetric care. . *International Journal of Gynecology & Obstetrics.*, 106(2), 120-124.
- Jacobs, B., & Price, N. (2004). The impact of the introduction of user fees at a district hospital in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 19(5), 310-321.
- Jacquemot, P. (2007). Harmonisation et appropriation de l'aide. Commentaires autour de l'expérience du Ghana. *Afrique contemporaine*, 223-224(3), 161.
- James, C., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., Xu, K. (2006). To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied health economics and health policy*, 5(3), 137-153.
- Jasek Rysdahl, K. (2001). Applying Sen's Capabilities Framework to Neighborhoods: Using Local Asset Maps to Deepen Our Understanding of Well-being. *Review of social economy*, 59(3), 313-329.
- Jewkes, R., & Murcott, A. (1998). Community representatives: Representing the "community"? *Social Science & Medicine*, 46(7), 843-858.
- Jobert, B. (1992). Représentations sociales, controverses et débats dans la conduite des politiques publiques. *Revue française de science politique*, 42(2), 219-234.
- Judge, K. (2008). Politics and health: policy design and implementation are even more neglected than political values? *European Journal of Public Health*, 18(4), 355-356.
- Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and change*, 30(3), 435-464.
- Kabeer, N. (2005). Gender equality and women's empowerment: A critical analysis of the third millennium development goal 1. *Gender and development*, 13(1), 13-24.
- Kabeer, N. (2010). *Can the MDGS provide a pathway to social justice ? the challenges of intersecting inequalities*: <http://www2.unicef.org/socialpolicy/files> (accessed Jan 5, 2013).
- Kahssay, H. M., & Oakley, P. (1999). *Community involvement in health development: a review of the concept and practice*. Geneva: World Health Organisation.
- Kajula, P. W., Kintu, F., Barugahare, J., & Neema, S. (2004). Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. *The international journal of health planning and management*, 19(S1), S133.
- Kalberg, S. (2010). *Les valeurs, les idées et les intérêts: introduction à la sociologie de Max Weber*. La Découverte.
- Kingdon, J. W., & Thurber, J. A. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. Boston: Little, Brown.
- Kippenberg, J., Sahokwasama, J. B., & Amon, J. (2007). Detention of insolvent patients in Burundian hospitals. *Health Policy and Planning*, 23(1), 14-23.

- Kivumbi, G. W., & Kintu, F. (2002). Exemptions and waivers from cost sharing: ineffective safety nets in decentralized districts in Uganda. *Health Policy and Planning*, 17(90001), 64-71.
- Kluckhohn, F. R., & Strodtbeck, F. (1961). *Variations in value orientations*. Evanston: IL: Row, Peterson.
- Knippenberg, R., Soucat, A., Oyegbite, K., Sene, M., & Broun, D. (1997). Sustainability of primary health care including expanded program of immunizations in Bamako Initiative programs in West Africa: an assessment of 5 years' field experience in Benin and Guinea. *The International Journal of Health Planning and Management*, 12(Suppl 1), S9-S28.
- Koro-Ljungberg, M. (2008). Validity and validation in the making in the context of qualitative research. *Qualitative Health Research*, 18(7), 983-989.
- Kravitz, D. A. (1993). Attitudes and beliefs about affirmative action: Effects of target and of respondent sex and ethnicity. *Journal of applied psychology*, 78(6), 928.
- Kruk, M. E., Gioldmann, E., & Galea, S. (2009). Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low-And Middle-Income Countries. *Health Affairs*, 28(4), 1056-1066.
- Labonté, R., & Laverack, G. (2008). *Health promotion in action : from local to global empowerment*. UK: Palgrave macmillan.
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2008). The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 86, 839-848.
- Lagarde, M., & Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(1).
- Lancaster, C. (1999). Aid effectiveness in Africa: the unfinished agenda. *Journal of African economies*, 8(4), 487-503.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans D. Poupart, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, (p. 365-388). Montréal: Gaetan Morin.
- Lawn, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V., & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet - British Edition*, 372(9642), 917-927.
- Le Bossé, Y. (2004). «De "l'habilitation" au "pouvoir d'agir": vers une appréhension plus circonscrite de la notion d'empowerment». *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30.
- Leighton, C., & Diop, F. (1995). Protecting the poor in Africa: impact of means testing on equity in the health sector in Burkina Faso, Niger, and Senegal. *Health Financing and Sustainability (HFS)*. (p. p.29): Project-ABT Associates Inc: Bethesda MD. <http://www.popline.org/node/298421>.
- Lelart, M. (1990). Les circuits parallèles de financement: état de la question. (*L'entreprenariat en Afrique francophone: culture, financement et développement*. (p. 45-63). Paris: AUPEL-UREF. John Libbey Eurotext.
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques: les acteurs et leur pouvoir*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Lépine, A., & Strobl, E. (2013). The Effect of Women's Bargaining Power on Child Nutrition in Rural Senegal. *World Development*, 45, 17-30.
- Levinthal, D. A., & March, J. G. (1993). The myopia of learning. *Strategic Management Journal*, 14(S2), 95.

- Levy-Bruhl, D., Soucat, A., Ossen, R., & Ndiaye, J. M. (1997). The Bamako Initiative in Benin and Guinea: improving the effectiveness of primary health care. *Journal of Health Organization and Management*, 12, 000.
- Lim, S. S., Stein, D., & Charrow, A. (2008). Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage. *The Lancet - British Edition*, 372(9655), 2031.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* Sage.
- Long, N. (1994). Du paradigme perdu au paradigme... retrouvé ? Pour une sociologie du développement orientée vers les acteurs. *Bulletin de l'APAD* 7.
- Ly, A., Ridde, V., Kouanda, S., & Queuille, L. (2013a). [Heath staff workload in a context of user fees exemption policy for health care in Burkina Faso and Niger]. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 106(4), 264-271.
- Ly, A., Ridde, V., Kouanda, S., & Queuille, L. (2013b). La charge de travail des agents de santé dans un contexte de gratuité des soins au Burkina Faso et au Niger. *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 106(4), 264-271.
- Mackintosh, M., & Tibandebage, P. (2004). Gender and Health Sector Reform: Analytical Perspectives on African Experience. Dans Unrisd (dir.), *Gender Equality: Striving for Justice in an Unequal World*. Switzerland: Unrisd.
- Malhotra, A., & Schuler, S. R. (2005). Women's empowerment as a variable in international development. *Measuring empowerment: Cross-disciplinary perspectives.*, 71-88.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488.
- Mansuri, G., & Vijayendro, R. (2004). Community-based and-driven development: a critical review. *The World Bank Research Observer*, 19(1), 1-.
- Marlow, D., & Crowne, D. P. (1961). Social desirability and response to perceived situational demands. *Journal of consulting psychology*, 25(2), 109.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet - British Edition*, 365(9464), 1099-1104.
- Marmot, M. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet - British Edition*, 372(9650), 1661.
- Massé, R., & Saint-Arnaud, J. (2003). *Ethique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review*, 62(3), 279.
- Maxwell, J. A. (2004a). Causal explanation, qualitative research, and scientific inquiry in education. *Educational researcher*, 33(2), 3-11.
- Maxwell, J. A. (2004b). Using qualitative methods for causal explanation. *Field methods*, 16(3), 243-264.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*, 62(4), 858-865.
- McPake, B., Schmidt, A., Araujo, E., & Kirunga-Tashobya, C. (2008). Freeing up Healthcare. A guide to removing user fees. *Save The Children*

- Meessen, B., Hercot, D., Noirhomme, M., Ridde, V., Tibouti, A., Tashobya, C., & Gilson, L. (2011). Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries. *Health Policy and Planning*, 26 Suppl 2, ii16-ii29.
- Meessen, B., Van Damme, W., Tashobya, C. K., & Tibouti, A. (2006). Poverty and user fees for public health care in low-income countries: lessons from Uganda and Cambodia. *The Lancet*, 368(9554), 2253-2257.
- Men, C., & Meessen, B. (2008). community perceptions of preidentification result and methods in six health equity fund areas in Cabodia. Dans B. Meessen, X. Pei, B. Criel & G. Bloom (dir.), *Health and social protection : experiences from Cambodia, China. and Lao PDR*. Antwerp: Studies in Health Services Organisation & policy.
- Messen, B., Hercot, D., M., N., Ridde, M., Tibouti, A., & Tashoba, C. (2011). Removing user fees in the health sector : a review of policy processes in six sub-saharan African countries. *Health Policy and Planning, Supplement 2(6)*, 16-29.
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue française de sociologie*, 16(2), 229-247.
- Miles, M., & Huberman, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck.
- Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale. (2012). Référentiel d'identification des personnes indigentes au Burkina Faso . Ouagadougou Ministère de l'action sociale
- Ministère de la santé. (2009). Directive de planification 2010. Ouagadougou: DEP.
- Ministère de la santé (2011). *Plan national de développement sanitaire [2011-2020]*. Ouagadougou. : Ministère de la santé du Burkina Faso.
- Ministère de la santé (2012). *Etude de faisabilité de l'exemption du paiement direct des soins curatifs chez les enfants de moins de 5 ans au Burkina Faso, rapport final*. Burkina Faso.
- Ministère de la santé (2013). *Plan national de relance de la planification familiale 2013-2015*. Ouagadougou, Burkina Faso.
- Ministère de la santé (2006). *Stratégie nationale de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso*. Ouagadougou: Burkina Faso.
- Ministère de la Santé (2010). *Réduire la mortalité maternelle et néonatale au Burkina Faso. Gratuité des soins aux femmes et aux nouveau-nés. Eléments de réflexion et d'estimation des coûts*. . Ouagadougou DSF.
- Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération Régionale. (2009). Connaitre le Burkina Faso. Repéré le 27/11/2009à <http://www.mae.gov.bf/SiteMae/infos-burkina/connaitre.html>
- Mkandawire, T. (2005). Targeting and universalism in poverty reduction (*Poverty Reduction Social Policy and Development* (Vol. 23). Geneva: UNRISD.
- Mohindra, K., & Haddad, S. (2005). Women's Interlaced Freedoms: A Framework Linking Microcredit Participation and Health*. *Journal of human development*, 6(3), 353-374.
- Morestin, F., Grant, P., & Ridde, V. (2009). Criteria and processes for identifying the poor as beneficiaries of programs in developing countries: Université de Montréal.
- Morgan, L. M. (2001). Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), 221-230.
- Mosedale, S. (2005). Assessing women's empowerment: towards a conceptual framework. *Journal of international development*, 17(2), 243-257.
- Moyer, C., & Mustafa, A. (2013). Drivers and deterrents of facility delivery in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reproductive health*, 10, 40.

- Mugisha, F., Kouyate, B., & Gbangou, A. (2002). Examining out-of-pocket expenditure on health care in Nouna, Burkina Faso: implications for health policy. *Tropical Medicine & International Health*, 7(2), 187.
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110.
- Mullany, B., Hindin, M., & Becker, S. (2005). Can women's autonomy impede male involvement in pregnancy health in Katmandu, Nepal? *Social science & medicine*, 61(9), 1993-2006.
- Mulvaney Day, N., Womack, Catherine., & Oddo, V. (2012). Eating on the run. A qualitative study of health agency and eating behaviors among fast food employees. *Appetite*, 59(2), 357-363.
- Nabyonga, J., Desmet, M., Karamagi, H., & Kadama, P. (2005). Abolition of cost -sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy Plan*, 2, 100-108.
- Nanda, P. (2002). Gender dimensions of user fees: implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health matters*, 10(20), 127.
- Ngouari, A. (2005). *Économie informelle et pratiques populaires au Congo-Brazzaville: Etat des lieux et perspectives*. Université du Québec à Montréal. Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales
- Nikiéma, 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.
- Nilsen, P., Timpka, T., & Nordenfelt, L. (2005). Towards improved understanding of injury prevention program sustainability. *Safety science*, 43(10), 815-833.
- Nilsen, P., Timpka, T., Nordenfelt, L., & Lindqvist, K. (2005). Towards improved understanding of injury prevention program sustainability. *Saf Sci*, 43(10), 815.
- Nimâ, M. (2001). *l'utilisation des services de santé en Afrique rurale*. (Université de Montréal, Montréal).
- Nimpagaritse, M., & Bertone, M. (2011). The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. *Health Policy and Planning*, 26 Suppl 2, ii63-ii71.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention: développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec: Les presses de l'université de Laval.
- Nitiéma, A., V.Ridde., & J.E.Girard. (2003). L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso. *International Political Science Review* 24,2, 237-256.
- Nitiéma, A. P., Ridde, V., & Girard , J.-E. (2003). L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso. *International Political Science Review*, 24(2), 237.
- Noirhomme, M., Meessen, B., Griffiths, F., Ir, P., & Jacobs, B. (2007). Improving access to hospital care for the poor: comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 22(4), 246-262.
- Noirhomme, M., & Thomé, J. (2006). Les fonds d'équité, une stratégie pour améliorer l'accès aux soins des plus pauvres en Afrique? Dans G. Dussault , A. Letourmy & P. Fournier (dir.), *L'Assurance maladie en Afrique francophone* (p. 432-451). Washington: World Bank, 2006.

- Nolan, B., & Turbat, V. (1995). Cost recovery in Public Health services in Sub-saharian africa. *EDI Technical Materials*, ed. W.Bank, 106.
- Nyonator, F., & kutzin, J. (1999). Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 14(4), 329-341.
- Oakley, P. (1989). *L'engagement communautaire pour le développement sanitaire: Analyse des principaux problèmes*. Genève: OMS.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008a). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-la-Neuve: Academia Bruylant
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008b). State Bureaucracy and Governance in Francophone West Africa: An Empirical Diagnosis and Historical Perspective. Dans G. Blundo (dir.), *The Governance of Daily Life in Africa: Ethnographic Explorations of Public and Collective Services* (p. 39–71). Leiden: Brill.
- Olivier de Sardan, J. P. (1998). Chefs et projets au village (Niger). *Bulletin de l'APAD*(15).
- Olivier de Sardan, J. P., & Ridde, V. (2013). L'exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. *Afrique contemporaine: les contradictions des politiques publiques*. *Afrique contemporaine*, 243(3), 11-32.
- OMS. (1978). Déclaration d'Alma -Ata. <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>. .
- Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2007a). Sampling Designs in Qualitative Research: Making the Sampling Process More Public. *Qualitative Report*, 12(2), 238-254. *Qualitative Report*, 12(2), 238-254.
- Onwuegbuzie, A. J., & Leech, N. L. (2007b). Validity and qualitative research: An oxymoron? *Quality & Quantity*, , 41(2), 233-249.
- OMS. (2013). *Statistiques sanitaires mondiales* Genève: Rapport.
- Ouattara, F. (2004). Une étrange familiarité. Les exigences de l'anthropologie «chez soi». . *Cahiers d'études africaines.*, 3, 635-658.
- Ouedraogo, H. B. (1992). *L'appropriation des projets de développement: le cas des Micro-réalisations au Burkina Faso. Actes et instruments de la recherche en développement régional*. Québec.
- Ouendo, E. M., Makoutodé, M., Paraiso, M., & Wilmet-Dramaix, M. (2005). Itinéraire thérapeutique des malades indigents au Bénin (pauvreté et soins de santé). *Tropical Medicine & International Health*, 10(2), 179.
- Ouvrier, A. (2013). Anthropologie de la recherche médicale au Sud-Réflexion à partir d'une étude sénégalaise. *médecine/sciences.*, 29(1), 89-93.
- Pacagnella, R., Cecatti, J., Osis, M., & Souza, J. (2012). The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: expanding the conceptual framework. *Reproductive Health Matters*, 20(39), 155-163.
- Palier, B., & Surel, Y. (2005). Les « trois I » et l'analyse de l'État en action. *Revue française de science politique*, 55(1), 7.
- Parsons, C. (2002). Showing Ideas as Causes: The Origins of the European Union. *International organization*, 56(1), 47-84.
- Paruzzolo, S., Mehra, R., Kes, A., & Ashbaugh, C. (2010). *Targeting poverty and gender inequality to improve maternal health*.
- Pasquier, L., Levallée, E., Olivier, A., & Robilliard, A. (2009). Cibler les politiques de lutte contre la pauvreté dans les pays en développement? Un bilan des expériences. *Revue d'économie du développement*, 23(3), 5.

- Patton, M. Q. (2001). Evaluation, knowledge management, best practices, and high quality lessons learned. *The American journal of evaluation*, 22, 329.
- Paul, E., & Zinnen, V. (2012). Les résultats de la mise en oeuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé: Etudes de cas : Bénin – Mali- République démocratique du Congo.
- Paul, E., Zinnen, V., & Dujardin, B. (2012). L'approche sectorielle. Policy Brief 1.
- Payne, G., & Williams, M. (2005). Generalization in qualitative research. *Sociology*, 39(2), 295-314.
- Peabody, J. W. (1996). Economic reform and health sector policy: lessons from structural adjustment programs. *Social Science & Medicine*, 43(5), 823-835.
- Penfold, S., Harrison, E., Bell, J., & Fitzmaurice, A. (2007). Evaluation of the Delivery Fee Exemption Policy in Ghana : Population estimates of changes in delivery service utilization. *Ghana Medical Journal*, 41(3), 100.
- Perkins, D., & Zimmerman, M. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23(5), 569-579-579. doi: 10.1007/bf02506982
- Perkins, M., Brazier, E., Themmen, B., Bassane, D., Diallo, A., Mutunga, T., . . . Ngobola. (2009). Out-of-pocket costs for facility-based maternity care in three African countries. *Health Policy and Planning*, 24(4), 289-300.
- Philibert, A., Ridde, V., Bado, A., & Fournier, P. (2014). No effect of user fee exemption on perceived quality of delivery care in Burkina Faso: a case-control study. *BMC health services research*, 14(1), 120.
- Pires, A. (1989). Analyse causale et récits de vie. *Anthropologie et sociétés.*, 13(3), 37-57.
- Pires, A. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans D. Poupart, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaetan Morin.
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 121.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J., & Pelletier, J. (2004). Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promotion International*, 19(4), 489-500.
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J., & Pelletier, J. (2005). Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*, 28(2), 123.
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J. L. (2000). La pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé. *Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé*, 7 (1), 99-113.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poullier, Deslauriers; Groulx, Laperrière, Mayer, Pires. (dir.), *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 173-209). Montréal: Gaetan Morin.
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L., Laperrière, A., Mayer, R., Pirès, A. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Gaetan Morin.
- Pourtois, J. P., & Desmet, H. (2007). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Editions Mardaga.
- Querre, M. (2003). Quand le lait devient enjeu social: le cas de la société peule dans le Séno (Burkina Faso). *Anthropology of Food*(2).

- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- Raffinot, M. (2010). L'appropriation (ownership) des politiques de développement: de la théorie à la pratique. *Mondes en développement*, 149(1), 87.
- Razafindrakoto, M., & Roubaud, F. (2005). Gouvernance, démocratie et lutte contre la pauvreté en Afrique: Le point de vue de la population de huit métropoles Enquetes 1-2-3, premiers résultats. (Vol. DT 2005-18). Paris: DIAL.
- Richard, V. (2004). Le financement de la santé en Afrique Sub-saharienne le recouvrement des coûts. *Medecine Tropicale*, 64(4), 337-340.
- Ridde, V. (2003). Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 81, 532.
- Ridde, V. (2005). Performance-based partnership agreements for the reconstruction of the health system in Afghanistan. *Development in practice*, 15(1), 4.
- Ridde, V. (2006a). Appréhender les conceptions locales de l'équité pour formuler les politiques publiques de santé au Burkina Faso. *Promotion & Education*(4).
- Ridde, V. (2006b). L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso: un problème public? *Lien social et politiques*, 55, 149.
- Ridde, V. (2008). "The problem of the worst-off is dealt with after all other issues": the equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Soc Sci Med*, 66(6), 1368-1378. doi: S0277-9536(07)00559-X [pii]10.1016/j.socscimed.2007.10.026
- Ridde, V. (2010). Per diems undermine health interventions, systems and research in Africa: Burying our heads in the sand. *TM & IH. Tropical medicine and international health*, no.
- Ridde, V. (2011). L'abolition sélective du paiement direct en Afrique subsaharienne: une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé? *Santé publique*, 23(1), 61.
- Ridde, V., Agier, I., Jahn, A., Mueller, 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. *The European Journal of Health Economics*, 1- 10.
- Ridde, V., & Diarra, A. (2009). A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa). *BMC health services research*, 9(1), 89.
- Ridde, V., & Girard, J.-E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako: constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Santé publique*, 16(1), 37-51.
- Ridde, V., Haddad, S., Nikiema, B., Ouedraogo, M., Kafando, Y., & Bicaba, A. (2010). Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees. *BMC Public Health*, 10(1), 631.
- Ridde, V., Haddad, S., Yacoubou, M., & Yacoubou, I. (2010). Exploratory study of the impacts of Mutual Health Organizations on social dynamics in Benin. *Social science & medicine*, 71(3), 467.
- Ridde, V., Heinmuller, R., Queuille, L., & Rauland, K. (2011). Améliorer l'accessibilité financière des soins de santé au Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 18(1), 110-113.

- Ridde, V., & Jacob, J. (2013). *Les indigents et les politiques de santé en Afrique: expériences et enjeux conceptuels* Louvain-La-Neuve, Belgique: Editions - Academia.
- Ridde, V., & Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health Policy and Planning*, 26(1), 1-11.
- Ridde, V., Pluye, P., & Queuille, L. (2006). Évaluer la pérennité des programmes de santé publique: un outil et son application en Haïti. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 54(5), 421.
- Ridde, V., Queuille, L., Atchessi, N., Samb, O., Heinmuëller, R., & Haddad, S. (2012). L'évaluation d'une expérimentation d'exemption du paiement des soins au Burkina Faso. *Accès aux soins, Financement de la santé et Performance*, 8, 1-20.
- Ridde, V., Richard, F., Bicaba, A., Queuille, L., & Conombo, G. (2011). The national subsidy for deliveries and emergency obstetric care in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 26(Suppl. 2), 30-40.
- Ridde, V., Robert, E., & Meessen, B. (2012). A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health*, 12(1), 289.
- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Kadio, K., Ouedraogo, M., Sanfo, M., . . . Haddad, S. (2011). Challenges of Scaling Up and of Knowledge Transfer in an Action Research Project in Burkina Faso to Exempt the Worst-off from Health Care User Fees. *BMC International Health & Human Rights* 11(Suppl 2)(S9).
- Ridde, V., Yaogo, M., Kafando, Y., Sanfo, O., Coulibaly, N., Nitiema, A., & Bicaba, A. (2009). A community-based targeting approach to exempt the worst-off from user fees in Burkina Faso. *J Epidemiol Community Health*, jech.2008.086793. doi: 10.1136/jech.2008.086793
- 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.
- Riege, A. M. (2003). Validity and reliability tests in case study research: a literature review with "hands-on" applications for each research phase. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 6(2), 75-86.
- Rifkin, S. (1986). Lessons from community participation in health programmes. *Health Policy and Planning*, 1(3), 240.
- Rifkin, S. (2001). Ten best readings on community participation and health. *African Health Sciences*, 1(1), 42-45.
- Rifkin, S. B. (1996). Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Tropica*, 61(2), 79.
- Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1(1), 31-36.
- Rifkin, S. B., Muller, F., & Bichmann, W. (1988). Primary health care: on measuring participation. *Social Science & Medicine*, 26(9), 931-940.
- Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. Dans A. Bryman & R. Burgess (dir.), *Analyzing qualitative data* (p. 173-194). London and New York: Routledge.
- Robert, É., & Samb, O. (2012). Pour une cartographie des soins de santé gratuits en Afrique de l'Ouest. *Afrique contemporaine*, 243(3), 100-101.
- Robertson, A. D., McKagan, S. B., & Scherr, R. E. (2013). Selection, Generalization, and Theories of Cause in Qualitative Physics Education Research: Answers to the Hard-

- Hitting Questions Asked by Skeptical Quantitative Researchers. *arXiv preprint arXiv:1307.4136*.
- Robertson, L., Mushati, P., Skovdal, M., Eaton, J., Makoni, J., Crea, T., Gregson, S. (2014). Involving Communities in the Targeting of Cash Transfer Programs for Vulnerable Children: Opportunities and Challenges. *World Development*, 54, 325-337.
- Robeyns, I. (2001). Sen's capability approach and feminist concerns. Dans F. S.C. Alkire & M. Qizilbash (dir.), *The Capability Approach: Concepts, Measures and Applications*. (p. 82-104): Cambridge University Press. .
- Robeyns, I. (2003b). Sen's capability approach and gender inequality: selecting relevant capabilities. *Feminist Economics*, 9(2-3), 61-92.
- Robeyns, I. (2005). The capability approach: a theoretical survey. *Journal of human development*, 6(1), 93.
- Robeyns, I. (2003a). The capability approach: an interdisciplinary introduction. In Training course preceding the Third International Conference on the Capability Approach, Pavia, Italy. http://commonweb.unifr.ch/artsdean/pub/gestens/f/as/files/4760/24995_105422.pdf (consulté le 1/05/2014).
- Rocher, G. (1968). *Introduction à la sociologie générale*. Paris: Seuil.
- Ronsmans, C., & Graham, W. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet - British Edition*, 368(9542), 1189-1200.
- Roth, C. (2010). Les relations intergénérationnelles sous pression au Burkina Faso. *Autrepart*, 53(1), 95-110.
- Roumba, P. (2011). *La participation des femmes à la vie politique au Burkina (1957-2009)*. (Université du Québec à Montréal,, Québec).
- Rowlands, J. (1997). *Questioning empowerment: Working with women in Honduras*. UK and Ireland: Oxfam.
- Rowley, J. (2002). Using case studies in research. *Management research news*, 25(1), 16-27.
- Roy, S. N. (2003). L'étude de cas. Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données. Dans B. Gautier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*: Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Ruel, P. H. (1987). Motivation et représentation de soi. *Revue des sciences de l'éducation*, 13, 239.
- Ruger, J. (2010). Health Capability: Conceptualization and Operationalization. *American Journal of Public Health*, 100(1), 41.
- Ruger, J. P. (2007). Rethinking equal access: Agency, quality, and norms. *Global public health*, 2(1), 78-96.
- Ruth, S., Schuler, L., & Khairul, M. (2002). Reconciling Cost Recovery with Health Equity Concerns In a Context of Gender Inequality and Poverty: Findings From a New Family Health Initiative in Bangladesh. *International family planning perspectives and digest*, 28(4), 196.
- Sabatier, P. (1998). The advocacy coalition framework: revisions and relevance for Europe. *Journal of European public policy*, 5(1), 98-130.
- Saith, R. (2011). A Public Health Perspective on the Capability Approach. *Journal of human development and capabilities*, 12(4), 587-594.
- Saliba-Couture, C. (2011). L'appropriation et la Déclaration de Paris: Un discours convaincant, mais en sommes-nous convaincus? *Canadian Journal of Development*

- Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 32(2), 180-195. doi: 10.1080/02255189.2011.596030
- Samb, O., & Ridde, V. (2012a). Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso? *Afrique Contemporaine*, 243(3), 33-48.
- Samb, O., & Ridde, V. (2012b). Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'empowerment des communautés au Burkina Faso. *Canadian Journal of Public Health*, 103(7), eS20.
- Samb, O., Ridde, V., & Queuille, L. (2013). Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? *REVUE TIERS MONDE*, 215(3), 73.
- Samson, M., Niekerk, I., & Quene, K. (2011). Targeting social transfer instruments. Dans M. Samson, I. Niokork & K. Quene (dir.), *Designing and Implementing Social Transfer Programmes: a policy manual. 2 édition*. Cape Town.: Economic Policy Research Institute.
- Sarriot, E. G., Winch, P., Ryan, L., & Edison, J. (2004). Qualitative research to make practical sense of sustainability in primary health care projects implemented by non-governmental organizations. *The international journal of health planning and management*, 19(1), 3.
- Sauerborn, R., Ibrango, I., Nougara, A., Borchert, M., Hien, M., Benzler, J., & Diesfeld, H. J. (1995). The economic costs of illness for rural households in Burkina Faso. . *Official organ of Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft and of Deutsche Gesellschaft Tropical medicine and parasitology: Technische Zusammenarbeit (GTZ)*, 46(1), 54-60.
- Savaya, R., Spiro, S., & Elran-Barak, R. (2008). Sustainability of social programs a comparative case study analysis. *The American journal of evaluation*, 29(4), 478.
- Sawadogo, K. (2010). Revue des filets sociaux de sécurité au Burkina Faso: inventaire et analyse des programmes de filets sociaux existants. Rapport final. <https://sites.google.com/site/protectionsocialeauburkinafaso/la-protection-sociale-au-burkina-faso>. Consulté le 2 Avril 2012. (° éd.). Burkina Faso.
- Schuler, S., Bates, L. M., & Islam, M. K. (2002). Paying for reproductive health services in Bangladesh: intersections between cost, quality and culture. *Health policy and planning*, 17(3), 273-280.
- Schüring, E. (2014). Preferences for Community-based Targeting - Field Experimental Evidence from Zambia. *World Development*, 54, 360-373.
- Sen, A. (1985). Well-being, Agency and freedom: The Dewey Lectures 1984. *The journal of Philosophy*, 82(4), 169-221.
- Sen, A. (1992a). Missing women. *Quality & Safety in Health Care*, 304(6827), 587.
- Sen, A. (1992b). *The political economy of targeting*. World bank. http://www.adatbank.ro/html/cim_pdf384.pdf (consulté le 1/06/2014).
- Sen, A. (2000). *Un nouveau modèle économique: développement, justice, liberté*. Paris: Edition Odile Jacob.
- Sen, A. (2000). *Repenser l'inégalité*. Paris: Éd. du Seuil.
- Sen, A. K. (1993). *Ethique et économie, et autres essais*. Paris: PUF.
- Sen, K., & Koivusalo, M. (1998). Health care reforms and developing countries-a critical overview. *The International Journal of Health Planning and Management*, 13(3), 199.

- Shediac Rizkallah, M. C. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health education research*, 13(1), 87-108.
- Sieuleunou, I., & Kessou, L. (2013). Les politiques d'exemption du paiement des soins . Étude du fonds sanitaire des indigents au Bénin. Dans V. j. Ridde, Jean Pierre. (dir.), *Les indigents et les politiques de santé en Afrique: Expériences et enjeux conceptuels*. (p. 275-300). Louvain-La-Neuve, Belgique.: Academia.
- Skoufias, E., Davis, B., & de la Vega, S. (2001). Targeting the Poor in Mexico: An Evaluation of the Selection of Households into PROGRESA. *World Development*, 29(10), 1769-1784.
- Somé, D. T., Sombié, I., & Meda, N. (2013). How decision for seeking maternal care is made- a qualitative study in two rural medical districts of Burkina Faso. *Reproductive health*, 10(1), 8.
- Standing, H. (1997). Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Policy and Planning*, 12(1), 1.
- Standing, H. (2002). An Overview of Changing Agendas in Health Sector Reforms. *Reproductive Health Matters*, 10(20), 19-28.
- Stefanini, A. (1995). Sustainability: the role of NGOs. *World Health Forum*, 16(1), 42-46.
- Steinhardt, L. C., & Peters, D. (2010). Targeting accuracy and impact of a community-identified waiver card scheme for primary care user fees in Afghanistan. *International journal for equity in health*, 9(1), 28.
- Stephenson, R., Baschieri, A., Clements, S., Hennink, M., & Madise, N. (2007). Contextual Influences on Modern Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1233-1240.
- Stierle, F., Kaddar, M., & Tchicaya, A. (1999). Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa. *The International Journal of Health Planning and Management*, 14(2), 81-105.
- Stirman, S. W., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., & Castro, F. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation science*, 7(1), 17.
- Stone, L. (1992). Cultural influences in community participation in health. *Social Science & Medicine*, 35(4), 409-417.
- Storeng, K. T., Baggaley, R. F., Ganaba, R., Ouattara, F., Akoum, M. S., & Filippi, V. (2008). Paying the price: The cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Social science & medicine*, 66(3), 545-557.
- Stuber, J., & Schlesinger, M. (2006). Sources of stigma for means-tested government programs. *Social science & medicine*, 63(4), 933.
- Suarez, M., & Libardoni, M. (2008). The impact to the Bolsa Familia program: Changes and continuities in the social status of women. Dans J.Vaitsman & R. Paes-Sousa (dir.), *Evaluation of MDS policies and programs*. Brasil: DF: Ministry of Social Development and Fight Against Hunger.
- Surel, Y. (1998). Idées, intérêts, institutions dans l'analyse des politiques publiques. . *Pouvoirs*, 161-178.
- Tatar, M. (1996). Community participation in health care: The Turkish case. *Social Science & Medicine*, 42(11), 1493-1500.

- Taylor, S., & Marandi, A. (2008). Social determinants of health and the design of health programmes for the poor. *BMJ*, 337(jul09_3), a290-. doi: 10.1136/bmj.a290
- Tilly, L., & Yvon-Deyme, B. (1990). Genre, histoire des femmes et histoire sociale. *Genèses*, 2(1), 148-167.
- Tizio, S. (2002). Santé et développement durable, proposition d'une grille de lecture de la contribution des politiques de santé au développement durable *Document de travail-LATEC* (Vol. 7, p. 32).
- Tizio, S., & Flori, Y.-A. (1997). L'initiative de Bamako: santé pour tous ou maladie pour chacun? *Revue Tiers Monde*, 38(152), 837-858.
- Toledo Romani, M. E., Vanlerberghe, V., Perrez, D., & Lefevre, P. (2007). Achieving sustainability of community-based dengue control in Santiago de Cuba. *Social science & medicine*, 64(4), 976.
- Touré, L. (2013). La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins? *Afrique contemporaine.*, 3, 49-63.
- Ugalde, A. (1985). Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs. *Social science & medicine* . 21 (1), 41-53.
- Uzochukwu, B. S., Akpala, C. O., & Onwujekwe, O. E. (2004). How do health workers and community members perceive and practice community participation in the Bamako Initiative programme in Nigeria? A case study of Oji River local government area. *Soc Sci Med*, 59(1), 157 - 162.
- Van de Walle, D. (1998). Targeting revisited. *The World Bank Research Observer*, 13(2), 231.
- Van der Maren, J. M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal
- Van der Maren, J. M. (1999). *La recherche appliquée en pédagogie: Des modèles pour l'enseignement*. De Boeck Université.
- Velasque, G. (1989). Médicaments et financement des systèmes de santé dans les pays du tiers monde. *Tiers monde (Paris)*, 30(118), 455.
- Waddington, C., & Enyimayew, A. (1990). A price to pay, part 2: The impact of user charges in the Volta region of Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 5(4), 287.
- Walker, L., & Gilson, L. (2004). We are bitter but we are satisfied': nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social science & medicine*, 59(6), 1251.
- Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Dans Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report); 2006. The world health report 2008: primary health care now more than ever (dir.).
- Walley, J., Lawn, J., & Tinkar, A. (2008). Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet - British Edition*, 372(9642), 1001.
- Warin, P. (2010). Ciblage de la protection sociale et production d'une société de frontières. *SociologieS*, [En ligne], Dossiers, Frontières sociales, frontières culturelles, frontières techniques, mis en ligne le 27 décembre 2010 : <http://sociologies.revues.org/3338> (consulté le 03 juillet 2012).
- Weiss, J. (2005). *Poverty Targeting in Asia: Experience from India, Indonesia, the Philippines, People's Republic of China and Thailand*. Tokyo: ADBI. Repéré à <http://www.un.org/esa/socdev/social/documents/Poverty%20Targeting.pdf>

- Weiss, R. S. (1995). Learning from strangers: The art and method of qualitative interview studies. . *Simon and Schuster*.
- WHO (2011). *World Health Statistic 2011* Geneva: WHO Statistical Information System (WHOSIS).
- Wilkinson, D., Gouws, E., Sach., M., & K., A. (2001). Effect of removing user fees on attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 79, 665-671.
- Wiltsey Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation science*, 7(1), 17.
- Witter, S., & Adjei, s. (2007). Start- stop funding, its causes and consequences: a case study of the delivery exemptions policy in Ghana. *The international journal of health planning and management*, 22(2), 133-143.
- Witter, S., Arhinful, D., Kusi, A., & Akoto, S. (2007). The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reproductive Health matters*, 15(30), 61-71.
- Witter, S., Khalid moussa, K., Abdel Rahman, M., Hussein Al- amin, R., & Saed, M. (2013). Removal of user fees for caesareans and under-fives in northern Sudan: a review of policy implementation and effectiveness. *The international journal of health planning and management*, 28(1), e95-e120.
- Woelk, G. B. (1992). Cultural and structural influences in the creation of and participation in community health programmes. *Social Science & Medicine*, 35(4), 419-424.
- Woldemicael, G. (2010). Do women with higher autonomy seek more maternal health care? Evidence from Eritrea and Ethiopia. . *Health care for women international.*, 31(7), 599-620.
- World Health Organization. (2004). Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: . *a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva, Switzerland: WHO*.
- Xu, K., Evans, D., & Carrin, G. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26(4), 972-983.
- Xu, K., Evans, D., Kadama, P., & Nabyonga, J. (2006). Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine*, 62(4), 866-876.
- Yates, R. (2009). Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet - British Edition*, 373(9680), 2078-2081.
- Yaya, H. S., & Bonnet, P. (2009). Le concept d'accessibilité en santé et son articulation dans la réalité sanitaire en Afrique: une perspective critique. Dans H. S. Yaya (dir.), *le défi de l'équité et de l'accessibilité en santé dans le Tiers-Monde: entre droit fondamental , justice sociale et logique marchande*. Québec: Les presses de l'université Laval.
- Yin, R. K. (1979). *Changing urban bureaucracies: How new practices become routinized*. Lexington: Lexington Books.
- Yin, R. K. (2008). *Case study research: Design and methods*. Sage Publications.
- Zakus, J., & Lysack, C. (1998). Review article. Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13(1), 1-12.

Annexe 1 : Certificat d'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

*Édifice Cooper
3981, boulevard St-Laurent, Mezz 2
Montréal (Québec) H2W 1Y5*

Le 15 juin 2010

*M. Valéry Ridde
Directeur de recherche
Unité de Santé Internationale
Édifice St-Urbain
3875, Rue St-Urbain – Bureau 507
Montréal (Québec) H2W 1V1*

*a/s M. Oumar Mallé Samb
Étudiant-chercheur*

Objet: **10.076 – Approbation accélérée initiale CÉR**

Analyse des effets sociaux et contextuels des projets d'exemption des paiements des soins de santé au Burkina Faso

Messieurs,

J'ai pris connaissance des documents suivants reçus en date du 01 juin 2010 concernant le projet mentionné ci-dessus:

- *Formulaire de demande d'évaluation éthique d'un projet de recherche*
- *Protocole de recherche – Année académique 2009/2010*
- *Formulaire de consentement*
- *Confirmation d'une bourse de recherche doctorale financée par Bill & Melinda Gates Foundation – 26 mai 2010 (Université de Montréal – Faculté de médecine – USI)*
- *État des dépenses pour la collecte des données*
- *Rapport du jury de l'examen général de doctorat – 21 mai 2010*
- *CV – Oumar Mallé Samb*

En vertu des pouvoirs qui me sont délégués par le Comité d'éthique de la recherche du CHUM pour procéder à une évaluation accélérée, il me fait plaisir de vous informer que j'approuve votre projet puisqu'il s'agit d'un projet se situant sous le seuil de risque minimal.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, je vous prie d'accepter, Messieurs, mes salutations distinguées.

*Me Marie-Josée Bernardi, avocate
Vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche du CHUM*

MJB/go

Voici les coordonnées de la personne ressource pour ce projet:

*Mme Ghislaine Otis
Téléphone: 514 890-8000, poste 14485
Télécopieur: 514 412-7394*

Annexe 2 : Certificat d'acceptation du comité éthique du Burkina Faso

MINISTERE DE LA SANTE

**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**COMITE D'ETHIQUE POUR LA
RECHERCHE EN SANTE**

BURKINA FASO
Unité - Progrès – Justice

DELIBERATION N° 2010-41

1. TITRE DE LA RECHERCHE

« Analyse des effets sociaux et contextuels des projets d'exemption des paiements des soins de santé au Burkina Faso ».

2. REFERENCE DU PROTOCOLE

Année académique 2009/2010

3. DOCUMENTATION

- protocole de recherche ;
- budget de l'étude.

4. REFERENCE DU DEMANDEUR

Investigateur principal : Omar Mallé Samb, Etudiant candidat au PhD en santé publique à l'Université de Montréal

5. SITES DE LA RECHERCHE

Districts de Dori et Ouargaye

6. DATE DE LA DELIBERATION

09 juin 2010

7. ELEMENTS EXAMINES

- conception scientifique et conduite de la recherche ;
 - soins et protection des participants à la recherche ;
 - protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
 - processus de consentement éclairé ;
 - budget de la recherche.
-

8. OBSERVATIONS

- séparer la note d'informations de la fiche de consentement :
- le contenu des formulaires dits de consentement adressés aux groupes d'acteurs stratégiques et aux membres des COGES étant le même, retenir un seul ;
- faire ressortir clairement l'objectif général et les objectifs spécifiques ;
- augmenter la taille de l'échantillon (Page 13) pour une meilleure extrapolation des résultats ;
- préciser les critères d'identification des responsables et des particuliers.

9. AVIS DU COMITE

Avis Favorable

10. RESERVES

RAS

11. RECOMMANDATIONS

Prendre en compte les éléments d'observations.

Ouagadougou, le 9 juin 2010

Annexe 3 : Formulaire d'information et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de la recherche : Analyse des effets sociaux et contextuels des projets d'exemption des paiements des soins de santé au Burkina Faso.

Etudiant Chercheur : Oumar Mallé Samb, Candidat au Ph.D en santé Publique à l'Université de Montréal

Directeur de la recherche (Superviseur) : Valéry Ridde, Ph.D (Université de Montréal)

Organisme Subventionnaire : Fondation Bill et Melinda Gates

1 : Introduction

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche parce que nous voulons documenter et analyser les effets sociaux qui sont induits par les projets d'exemption des soins au Burkina Faso. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiant chercheur et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

2 : Objectif de la recherche :

Cette recherche, réalisée par l'étudiant-chercheur pour l'obtention du grade de doctorat en santé publique, a pour vocation de contribuer à renforcer les données disponibles sur les effets sociaux des projets d'exemption de paiement des soins de santé au Burkina Faso et d'en permettre une meilleure compréhension. Les résultats de cette recherche devraient contribuer à mieux adapter l'élaboration des politiques de santé aux contextes sociaux des populations. Ils devraient aussi permettre d'attirer l'attention des pouvoirs publics et des organismes internationaux sur la nécessité et les possibilités d'une prise en charge adéquate des populations démunies

3 : Nature de la participation demandée :

Cette étude requiert votre participation à une entrevue individuelle. La durée de l'entrevue devrait être approximativement entre 45 et 60 mn. Les questions porteront sur votre perception des projets d'exemption des soins et leurs impacts sur votre vécu. Les entretiens se dérouleront dans une dans une salle mise à notre disposition par la formation sanitaire.

L'entrevue sera enregistrée. Toutefois, vous êtes libres de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entrevue à tout moment.

4 : Confidentialité :

Tous les renseignements recueillis auprès de vous dans le cadre de l'étude demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiant chercheur et le directeur de recherche. Les enregistrements audio seront mis sur un disque dur avec un accès sécurisé. Ainsi avec les transcriptions, ils seront conservés dans un endroit sécurisé et connus seulement par l'étudiant chercheur et son directeur.

L'étudiant-chercheur pourra partager avec d'autres chercheurs les données de l'étude. Ces données n'incluent pas votre nom ni votre adresse. Les données seront conservées dans les locaux de l'Unité de Santé Internationale pendant 7 ans après la fin de l'étude par l'étudiant-chercheur et le directeur de recherche.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CHUM ou de celui du Burkina Faso ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que l'étudiant-chercheur ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

5 : Avantages :

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Votre participation est très précieuse, car elle permettra de mieux comprendre et de documenter les effets sociaux induits par les projets d'exemption ciblés au Burkina Faso. Cela permettra également de saisir le point de vue émique des populations par rapport à des politiques dont ils jouent un rôle central dans l'implantation et la réussite. Les avantages à participer à cette étude sont donc relativement importants car ils permettront d'améliorer la santé des populations, particulièrement celle des plus démunies.

6 : Risques et inconvénients

Il existe un risque lié à un possible bris de confidentialité concernant vos informations personnelles qui pourrait se traduire par une atteinte à votre vie privée. Ce risque est cependant minime. Tous les efforts seront déployés pour protéger votre vie privée et assurer votre confidentialité, tel que décrit dans la section «Confidentialité. Par ailleurs, le temps que vous devrez consacrer à l'entrevue pourrait constituer pour vous un inconvénient.»

7 : Participation volontaire et Droit de retrait :

Votre participation est entièrement volontaire. Vous pouvez vous retirer de la recherche en tout temps, sans avoir à donner de raison, et sans aucun préjudice.

Si vous décidez de vous retirer de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre participation à l'étude seront détruits.

8 : Compensation :

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à ce projet de recherche.

9 : Indemnisation et droits du sujet de recherche :

En cas de préjudice lié à votre participation à cette recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez l'étudiant-chercheur, le directeur de recherche, l'organisme subventionnaire ou les établissements concernés de leur responsabilité civile et professionnelle

10 : Communication des résultats généraux de l'étude

Les résultats généraux de cette étude seront communiqués aux participants, via notamment, l'organisation d'ateliers de restitution. Il est aussi prévu dans le cadre de vulgarisation de cette étude des publications scientifiques et des communications.

11 : Personnes ressources

Coordonnées

Etudiant chercheur :

_Samb Oumar Mallè

2350 Boulevard Edouard Monpetit Appartement 12222

H3T1j4

Tel : 5146525204

Burkina : 0022670690618

Directeur de recherche

M. Valéry Ridde

Directeur de recherche

Unité de Santé Internationale

Édifice St-Urbain 3875, Rue St-Urbain – Bureau 507

Montréal (Québec) H2W 1V1

CHUM

Mme Ghislaine Otis

Téléphone : 514 890-8000, poste 14485

Télécopieur : 514 412-7394

CER Burkina Faso

Madame Dipama

Institut de recherche en sciences de la santé/CNRST

Tél : (226) 50 33 56 84 – 50 33 35 94

12 : Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM et celui du Burkina Faso a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

13 : Consentement

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, et obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche. Je déclare aussi comprendre le but, la nature et les avantages de cette recherche. Je sais que ma participation est volontaire et que je suis libre de me retirer à cette étude à n'importe quel moment et sans être obligé de devoir justifier ma décision.

J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire de ce formulaire après l'avoir signé et daté

Signature : _____ **Date :** _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

14 : Engagement du Chercheur

Je confirme que j'ai expliqué le but, la nature, les avantages et les risques de l'étude au (à la) participant(e) dont le nom et la signature apparaissent ci-dessus. Je certifie que j'ai répondu de façon satisfaisante aux questions qu'il (elle) a posées à cet égard. Je certifie lui avoir clairement indiqué qu'il (elle) reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation à la présente étude. Une copie signée et datée du présent formulaire lui sera remise.

Date

Signature de l'étudiant-chercheur

Signature du directeur de Recherche

Annexe 4 : Guide d'entretien (Article1)

Fiche socio démographique

- Sexe
- Age
- Statut matrimonial
- Niveau de scolarité
- Occupation
- Confession religieuse
- Nombre d'enfants
- Groupe social

Thèmes principaux

A : Organisation Sociale

- Quelles doivent être selon vous les règles de base autour desquelles doit s'organiser toute société ? (énumérez quelques uns et discutez de leur importance) ?
- Parlez nous de quelques événements culturels et de rites qui vous paraissent être les plus marquants de votre communauté ?
- La santé est elle selon vous un problème individuel ou une responsabilité collective ?
- Comment s'organise l'activité économique, la gestion des terres dans le village ?
- En cas de litige commercial ou foncier, quel est votre premier recours ?
- Dans quel domaine social pensez vous que l'argent de la collectivité doit être investi en priorité ?

- Quelle place doit occuper selon vous les règles traditionnelles dans la gestion des affaires du village ?
- Quelle est la place des ancêtres au sein de la communauté ?

B : la cohésion sociale

- Qu'est ce qui peut menacer la cohésion sociale, selon vous ? et pourquoi ?

C : La hiérarchie sociale

- Pensez vous qu'un chef est indispensable pour la bonne marche d'une communauté ?
- Que pensez-vous des castes ? doit-on les respecter ou les considérer comme dépassés ?
- Pensez vous que les hommes sont naturellement égaux ?
- Quel doit être selon vous la place de la femme dans la société ?

D : la justice sociale

- C'est quoi selon vous une société juste ? (*donner à l'enquête le choix de la qualifier selon ses propres mots et d'utiliser des exemples de la vie quotidienne*)
- La maladie est elle selon vous le fait de dieu ou la conséquence des conditions sociales difficiles?
- Vous a-t-on consulté dans le cadre de la mise en place de ces interventions de gratuité?
- Quel jugement portez-vous sur ces interventions de gratuité ?
- Partagez vous le choix des cibles en l'occurrence les femmes et les indigents ? si oui/non, Pourquoi ?

- La méthode du ciblage vous paraît-elle socialement et culturellement en harmonie avec vos valeurs ? Si oui/non, Pourquoi ?
- Avez-vous perçu une opposition ou des griefs par rapport à ces interventions ? si oui, pouvez-vous expliquer ?
- Si on vous avait sollicité, qu'allait vous préconiser comme démarche, garderiez-vous les mêmes cibles ou alliez-vous les changer? (présentez à l'enquête les groupes vulnérables qui ont été ciblés ailleurs. et lui permettre d'opérer une classification)
- Si on vous avait remis une dotation de riz, comment allez-vous la répartir au niveau de la population, Focus exclusif sur les pauvres ou répartition égalitaire ? Quelle serait votre préférence ?

Questions supplémentaires si l'entretien se passe avec un indigent

- Quelles sont les difficultés principales auxquelles vous êtes soumis à cause de votre situation d'indigence ?
- Comment avez-vous vécu le fait d'être considéré comme un indigent ?
- Pourquoi selon vous, vous avez été choisi ?
- Es-ce que vous bénéficiez d'aide de la part de certains membres de votre famille ?
- Comment vous faisiez avant la gratuité en cas de maladie ?
- Etes-vous gêné par le fait d'être considéré comme indigent ?
- Comment on vous traite lorsque vous allez au CSPS ?
- Es-ce que vous sentez que l'on vous traite différemment ?
- qu'est-ce que vous apporte concrètement cette carte d'indigence ?
- Combien de fois êtes-vous allé prendre des soins depuis que vous avez la carte ?

Annexe 5 : Guide d'entretien (Article 2)

Thèmes principaux de l'entrevue de groupe avec les membres des Coges

A/ Confiance et reconnaissance

- La gratuité des accouchements et la prise en charge des indigents ont-ils eu un effet sur votre relation avec les populations ?
- Avez-vous senti un changement dans la perception que ces derniers ont de votre travail depuis la mise en place de ces interventions ? si oui pouvez vous donner des exemples concrets ?

B/ Représentation sociale

- Cette subvention a-t-elle induit une plus grande participation des groupes vulnérables comme les femmes et les indigents dans les Coges ?

C/ Mobilisation et implication

- Par rapport à l'IB (paiement des actes), avez-vous noté un changement au niveau de l'écoute et de l'intérêt des populations pour les activités sanitaires, suscité par ses projets ?
- En termes de renforcement des capacités, qu'est-ce que ces projets vous ont apporté ? pouvez vous donner des exemples concrets ?

D/ Evaluation du fonctionnement

Thèmes principaux

- Qu'est-ce qui a changé aujourd'hui dans votre travail ?
- Quels impacts ces interventions de gratuité ont-elles eu sur le fonctionnement interne des Coges (dynamisme, régulation des réunions, assiduité des membres ?
- Comment percevez-vous le devenir de ces interventions ?

Annexe 6 : Guide d'entretien (Article 3)

A/ Fiche socio démographique

- Sexe
- Age
- Statut matrimonial
- Niveau de scolarité
- Occupation
- Confession religieuse
- Nombre d'enfants
- Groupe social
- Nombre de coépouses

B/ Fonctionnements et réalisations des femmes

*** Dans le domaine de la santé : Avant la gratuité ?**

- Combien avez vous payé lors de votre dernier accouchement
- D'où tirez-vous les ressources vous permettant de vous acquitter des frais de consultation et d'accouchement ?
- Vous est il arrivé de renoncer à des soins par manque de ressources ?
- Qui s'occupe du paiement des soins dans le ménage (pour vous et vos enfants) ?
- Quelle est votre contribution dans le ménage ?
- Votre mari s'est il opposé une fois à ce que vous alliez dans les centre de santé à cause du paiement exigé ?
- Quelles sont les principales barrières que vous identifiez comme bloquant l'accès aux soins en ce qui concerne les femmes ?

*** Dans le cadre de la gratuité**

- Comment vous percevez cette gratuité ?
- Cette gratuité a-t-elle contribué à une plus grande facilité de votre utilisation des services de santé ?
- Avez-vous le sentiment d'une amélioration de votre état de santé depuis la mise en œuvre de cette gratuité ?

C/ Sur le pouvoir de négociation des femmes

- Le fait que l'accouchement et les soins pour les enfants soient devenus gratuits a-t-il amélioré votre situation financière ?
- Cette gratuité vous a-t-elle permis d'économiser de l'argent ?
- Si oui, qu'est-ce que vous faites de cet argent non déboursé ?
- Êtes-vous aujourd'hui plus capable d'investir dans d'autres secteurs sociaux ?
- Si oui, lesquels ?
- (pour celles qui ont une activité génératrice de revenus), avez-vous senti un impact de ces projets sur votre activité ? si oui, comment ?
- (pour celles qui n'ont pas d'activités économiques), prévoyez-vous de vous lancer dans une activité commerciale ou autre ?

D/ Sur l'autonomie

- Demandez-vous toujours l'autorisation à votre mari avant de fréquenter les centres de santé ?
- Avez-vous observé un changement d'attitude de sa part, lorsque vous exprimez le besoin d'aller voir un médecin, maintenant que les soins sont largement subventionnés ?
- Vous arrive-t-il d'aller voir le médecin à son insu ? le faisiez-vous avant ?
- Quel est l'impact de cette subvention selon vous sur votre position sociale dans le ménage et votre rapport avec votre mari ?
- Cette subvention a-t-elle eu un impact dans votre contribution dans le ménage ?
- Cette subvention vous a-t-elle permis de fréquenter des services auxquels vous n'aviez pas recours avant ? si oui, lesquels ?
- Que pensez-vous de la contraception ?
- Utilisez-vous en une ?

E/ Perception de la qualité des soins

- Comment jugez-vous l'accueil au CSPS depuis la mise en place de la gratuité ?

Annexe 7 : Guide d'entretien (Article 4)

Fiche socio démographique

- Sexe
- Age
- Statut matrimonial
- Niveau de scolarité
- Occupation
- Confession religieuse
- Nombre d'enfants

Remarque : Le guide d'entrevue ci dessus a été utilisé pour apprécier la pérennité des projets de gratuité des soins mis en place par l'ONG HELP à Dori et Sebba. Pour ce qui est de la prise en charge des indigents, nous avons appliqué le même prototype en apportant quelques petites modifications pour mieux l'adapter

1. Les activités du programme d'exemption de paiement pour les enfants et les femmes enceintes nécessitent d'importantes ressources pour leurs accomplissements.

- Quelles sont les /ressources financières utiles à la réalisation de ces activités qui ont été intégrés dans le budget du District ?
- Y'a t'il des employés qui ont été mobilisés et affectés à cela ?
- Quelles sont les ressources matérielles (équipements, médicaments, moyens de transports, formations, accompagnements des Coges) utiles à l'accomplissement des ces activités qui ont été intégré dans le budget du District ?

2. Est-ce que le programme d'exemption a pris des risques organisationnels pour maintenir ou améliorer ses activités ?

3. Est-ce que les personnes impliquées dans la mise en œuvre de l'exemption ont reçu des incitatifs pour les encourager à réaliser les activités prévues ?

4. Pensez vous que la fourniture gratuite des soins à certaines catégories de la population (femmes, enfants, indigents) est en adéquation avec le contexte local du district ? Pourquoi ?
- Que pensez vous de l'adaptation des activités menées dans le cadre du programme d'exemption au contexte du district? Pourquoi ?
5. Est-ce que l'exemption de paiement implantée dans votre district est dans la lignée des objectifs des autorités sanitaires burkinabés ?
6. Est-ce que la communication entre les acteurs impliqués (HELP, autorités du district, autorités nationales, COGES, administrateurs de centres de santé) a été de nature régulière et transparente?
7. Est-ce qu'il y a un lien d'ordre culturel (mythes, symboles, métaphores, rituels, valeurs, slogans, etc.) entre l'ONG HELP et le programme d'exemption ?
- Quel est le lien entre les activités du programme d'exemption par rapports aux objectifs du District ?
 - Quels sont les symboles qui existent et qui se rattachent aux activités du programme d'exemption, tels que des logos ou autres ?
 - Existents ils des rituels établis à propos des activités du programme d'exemption telles que des réunions périodiques et autres ?
8. Est-ce que les règles de fonctionnement des centres de santé ont *impacté* sur le programme d'exemption ?
- Est-ce que les règles internes au programme d'exemption ont déteint sur les centres de santé ?
 - A t'on précisé des règles écrites pour certaines activités du programme, tel qu'un manuel de procédures ?
9. Les ressources (financières, humaines, matérielles) investies par HELP étaient-elles adéquates pour mettre en œuvre l'exemption et les activités qui en découlent ?
10. Est-ce que les pratiques/techniques/habitudes concernant l'offre de soins dans les centres de santé sont compatibles avec l'exemption instaurée par HELP.