

DU CONCEPT D'INDIGENCE AUX INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE RÉFLEXIONS DU BURKINA FASO

Nicole Atchessi *, Manuela De Allegri **, Kadidiatou Kadio ***,
Émilie Pigeon-Gagné ****, Samiratou Ouedraogo *****,
Valéry Ridde *****

INTRODUCTION

L'indigence reste un concept très peu étudié par les sciences sociales en Afrique, contrairement à la pauvreté. Malgré les idées reçues, ces deux concepts s'éloignent des inégalités sociales de santé qui font plus référence à la distribution injuste d'opportunités et de ressources et se constatent à l'aune du gradient de santé (Ridde & Guichard, 2008). L'indigence ne concerne que le groupe des plus vulnérables. De même, la mise en place d'interventions en faveur des indigents, notamment de leur accès au système de santé, et leur analyse, sont exceptionnelles alors que les interventions de lutte contre la pauvreté sont légion. Face à ce constat, nous avons tenté de développer, depuis une quinzaine d'années, une réflexion à cet égard qui a notamment culminé par le premier ouvrage collectif à ce sujet (Ridde & Jacob, 2013). On ne reviendra

* Épidémiologiste, analyste à l'hôpital Montfort, Ottawa, Canada.

** Économiste de la santé, professeure, Institut de santé publique, Université de Heidelberg, Allemagne.

*** Candidate au PhD en science humaine appliquée (Université de Montréal, Canada), ingénieure de recherche, CNRST, Burkina Faso.

**** Doctorante en psychologie, Université du Québec, Montréal, Canada.

***** Stagiaire postdoctorale (Fonds de recherche du Québec - Santé), École de santé publique, Université de Montréal, Canada.

***** Santé publique, professeur, École de santé publique et Institut de recherche en santé publique, Université de Montréal, Canada, et directeur de recherche à l'IRD, CEPED, Université Paris Descartes, Inserm, Paris, France.

La liste des auteurs a été organisée selon un ordre alphabétique. Tous les auteurs ont relu, commenté, amélioré et validé la version finale et ses corrections dans sa totalité. V. Ridde a coordonné l'écriture. V. Ridde a disposé d'une Chaire de recherche en santé publique appliquée des IRSC (CPP 137901).

donc que minimalement dans ce chapitre sur certains éléments abordés dans ce livre et qui traite, notamment, d'une intervention en faveur des indigents à Madagascar (Honda, 2013). Ce chapitre permettra surtout de présenter des données plus récentes, encore non partagées ou alors récemment publiées mais uniquement en anglais, cherchant ainsi à les rendre plus accessibles aux étudiants, intervenants et chercheurs francophones.

QU'EST-CE QUE L'INDIGENCE ?

Si l'indigence est peu abordée par les chercheurs et les écrits la concernant sont rares, c'est certainement moins par son absence dans le quotidien de nombreuses personnes en Afrique que par le fait que le concept soit labile et le problème vicieux¹, au sens de l'étude des politiques publiques. En outre, toutes les interventions de développement en Afrique se préoccupent des personnes vulnérables, des pauvres, mais jamais les indigents ne sont nommés comme une catégorie de personnes « bénéficiaires ». La situation d'indigence existe mais elle n'est pas socialement et publiquement comprise comme un problème auquel il faut s'attaquer (Ridde, 2006). Il existe des « Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté » mais pas de politique nationale en faveur des indigents ou de politiques de lutte contre l'indigence. On entend encore souvent des personnes faire l'amalgame entre les indigents et les indigènes, ce qui en dit long sur la construction sociale de cette entité. Si des décennies d'aide au développement ont peut-être permis d'offrir une définition relativement consensuelle du concept de pauvreté, tel n'est pas le cas pour l'indigence. En outre, il est évident que les perspectives émiques concernant l'indigence sont très contextuelles, mais aussi historiques et politiques (Soors *et al.*, 2013).

Nous n'allons donc pas dans ce chapitre nous aventurer à proposer une définition, mais nous tenterons plutôt d'étudier la manière dont de très récentes politiques au Burkina Faso s'en sont donné l'objectif. Une série de recherches ont proposé une définition locale à la suite d'un processus communautaire et participatif alléguant qu'un indigent est « une personne extrêmement désavantagée socialement et économiquement, dans l'incapacité de subvenir à ses besoins et dépourvue de ressources internes ou externes » (Ridde *et al.*, 2010 : 12). Cette définition produite en 2007, dans le contexte d'une intervention visant à fournir une exemption du paiement des soins pour les indigents, a nourri les débats organisés en 2013 et 2014 par le Ministère de

1. Traduction de « *wicked problem* », autrement dit des problèmes complexes (de nature évolutive et instable, de causes multiples et interdépendantes, de conséquences imprévues, de solutions équivoques) qui nécessitent des solutions selon une approche globale (Clavier & De Leeuw, 2013).

l'action sociale et de la solidarité nationale qui souhaitait doter le pays d'un référentiel d'identification des personnes indigentes. Ainsi, le pays a décidé que la personne indigente est :

une personne qui, par manque, de façon temporaire ou permanente, de ressources ou de sources de revenus, est dans l'incapacité de satisfaire à ses besoins essentiels notamment l'alimentation, la santé, l'éducation et le logement sans l'aide de tiers.

Le secrétariat permanent du Conseil national pour la protection sociale reprend globalement cette définition en 2014 afin de nourrir la politique nationale de protection sociale. Ce même référentiel national précise la manière dont le processus de sélection des indigents doit s'organiser. Le Burkina Faso innove car, s'il affirme que l'enquête sociale et le rôle des travailleurs sociaux sont centraux, il accepte, selon les *opportunités*, un *ciblage communautaire*. Les autorités du Burkina Faso ont certainement tenu compte des défis majeurs de leur administration et de leurs services sociaux à travailler efficacement dans les services publics, dont les hôpitaux, et à être disponibles en milieu rural.

Ainsi, entre mai 2014 et mars 2015, l'État a décidé, avec un financement de la Banque mondiale, de l'organiser à une échelle encore unique en Afrique. Dans huit districts de santé, représentant plus de 1,7 million d'habitants, près de 110 000 personnes ont été sélectionnées par des comités villageois pour obtenir une carte d'indigence afin de bénéficier de soins gratuits dans le cadre d'un programme de financement basé sur les résultats des formations sanitaires. Qu'avons-nous appris de ce processus de sélection communautaire de 2015 ?

Quelles sont les personnes dont les communautés ont décidé qu'elles devaient être qualifiées d'indigentes ?

En utilisant des données individuelles de personnes vivant dans 20 villages du Sud-Ouest et du Nord, nous avons identifié le profil des indigents en milieu rural (Ouedraogo *et al.*, 2017). En effet, les caractéristiques socio-économiques et sanitaires, la capacité fonctionnelle ainsi que la capacité financière de 1 783 non-indigents et 829 indigents ont été classées (Procédure QUEST). Les personnes sélectionnées comme indigentes par leur communauté sont principalement des femmes, des personnes âgées de plus de 45 ans ou des personnes non mariées. En effet, dans notre étude, les femmes semblaient plus exposées à l'indigence, surtout les veuves et les femmes âgées. Les inégalités de pouvoir dans les relations entre les genres, qui affectent l'accès aux ressources et la prise de décisions sur les questions sexuelles et reproductives, sont fréquentes dans les sociétés ouest-africaines. Les pratiques nuisibles, telles que le mariage forcé, le lévirat ou la purification des veuves, demeurent des menaces pour la santé et le bien-être des femmes (Durojaye, 2013). À cela s'ajoute le vieillissement de la population qui apparaît également comme un défi majeur au Burkina Faso. En effet, l'espérance de vie a augmenté ces dernières années et a

été estimée à 58 ans pour les hommes et 59 ans pour les femmes en 2013. Les résultats des derniers recensements de la population ont confirmé que le groupe des personnes de 60 ans et plus – considérées comme *personnes âgées* par le Gouvernement et les Nations unies² –, malgré son poids relativement faible, connaît une croissance en volume. Cependant, à notre connaissance, les politiques sociales ou sanitaires permettant de faire face aux besoins liés à l'augmentation du nombre de personnes âgées, notamment les femmes, sont presque inexistantes. En 2006, 0,4 % des personnes de plus de 15 ans étaient déclarées comme retraitées dont 0,7 % d'hommes contre 0,1 % de femmes (Institut national de la statistique et de la démographie du Burkina Faso, 2006). Une femme risque fort de se trouver, dans la vieillesse, avec ou sans un homme, dépourvue de tout revenu et de se voir en même temps contrainte d'entretenir ses enfants au chômage ainsi que des petits-enfants (Roth, 2007). Notre recherche a aussi montré que l'indigence en milieu rural est souvent corrélée avec le fait de ne pas avoir de partenaire (célibataire, divorcé ou séparé, veuf). En principe, le mariage permet aux femmes et aux hommes d'être socialement reconnus comme des personnes sérieuses et respectables. Facteur d'intégration sociale, le mariage est la base de toutes les autres stratégies de sécurité sociale des individus (Roth, 2007). Des études antérieures ont indiqué que les personnes célibataires, divorcées ou endeuillées présentaient une mortalité et une morbidité liées à certaines maladies plus élevées (Joung *et al.*, 1994), ainsi qu'une moins bonne qualité de vie (Han *et al.*, 2014) par rapport à celles qui étaient mariées ou cohabitaient avec un partenaire.

DES PERSONNES DONT LA SANTÉ MENTALE N'EST PAS SUFFISAMMENT EXPLORÉE ET POURTANT...

Que les difficultés psychologiques, voire psychiatriques, soient l'un des facteurs ayant mené à l'exclusion de ces individus ou qu'elles soient plutôt une conséquence de leurs conditions de vie difficiles, les indigents représentent un groupe pour lequel les difficultés psychologiques sont très prévalentes comparativement à d'autres groupes. Vivant en situation de grande précarité économique, exclus socialement et devant parfois mendier, les indigents sont un groupe très à risque de vivre de la détresse psychologique et/ou d'être aux prises avec de graves psychopathologies. Cela s'avère problématique puisque ces services de santé mentale sont très rares au Burkina Faso et quasi inexistantes en milieu rural (Duthé *et al.*, 2016).

2. L'OMS fixe aussi l'âge des personnes âgées à 60 ans pour les pays à faible revenu et 65 ans pour les autres mais évoque également le fait que pour l'Afrique cela pourrait être 50 ou 55 ans.

En 2015, nous avons donc décidé d'évaluer l'état de santé mentale des indigents vivant en milieu rural (voir *supra*). Les résultats de cette étude exploratoire (Pigeon-Gagné *et al.*, 2017) nous ont permis de montrer que 40,2 % des 1 652 indigents interrogés rapportaient 10 symptômes de nature anxio-dépressive et plus durant le dernier mois. Parmi les indigents qui déclaraient au moins un symptôme anxiodépressif, 41,5 % disaient que ce ou ces symptômes les avaient empêchés de remplir leurs tâches quotidiennes, 25,5 % rapportaient au moins un symptôme de nature psychotique et 61,8 % rapportaient ne pas être capables de gérer les obstacles dans leur vie. Nos résultats ont également souligné que, parmi l'ensemble des indigents, les individus les plus démunis sur le plan économique, les plus isolés et ayant un mauvais état de santé étaient les plus à risque de vivre une détresse psychologique. Cela était d'autant plus marqué chez les femmes.

Par ailleurs, pour le tiers des indigents manifestant des symptômes psychologiques, malgré le fait que ces symptômes affectaient significativement leur bien-être et leur fonctionnement général, ils n'avaient jamais parlé de ceux-ci à quiconque. Les indigents étaient hésitants à aborder avec les enquêteurs certaines questions par peur d'être identifiés comme « fous », ce qui nous amène à croire que la stigmatisation de la maladie mentale agit comme une barrière importante limitant les comportements de recherche d'aide. Nos observations ethnographiques soulèvent d'ailleurs que de nombreux individus se retrouvent exclus socialement – et ce, de manière différente pour les hommes et les femmes – et vivent en situation très précaire après avoir été accusés d'être « fous » par des membres de leur communauté. Les hommes vivent souvent les conséquences d'une exclusion franche, les menant à errer dans les centres urbains où ils adoptent une panoplie de comportements hors-normes. De leur côté, les femmes sont plus souvent exclues à l'intérieur même des ménages où elles se voient traitées différemment et où elles perdent leur statut ainsi que leurs privilèges, ce qui est associé à une détresse psychologique importante chez ces dernières.

LES CRITÈRES D'INDIGENCE SELON LES AGENTS DE PREMIÈRE LIGNE (SANTÉ ET SOCIAL)

Il y a quelques années, nous avons aussi essayé de comprendre la perspective de ceux qui font les politiques publiques. Bien que ces personnes ne soient pas toujours en contact avec les indigents, car ces derniers fréquentent peu les services publics (voir *infra*), elles détiennent une expertise intéressante à mobiliser pour comprendre les critères qui permettraient de sélectionner les indigents. Ainsi, les infirmiers estiment qu'être malade sans soutien et être victime ou rejeté par la société sont les deux critères les plus importants de l'indigence. Pour les accoucheuses auxiliaires des centres de santé, il s'agit

plutôt des personnes handicapées pauvres et des malades sans soutien. Enfin, les agents de l'action sociale évoquent davantage une vulnérabilité liée à la maladie ou au handicap et à l'exclusion et/ou le fait d'être victime de catastrophes naturelles ou personnelles.

LA COUVERTURE UNIVERSELLE EN SANTÉ ET LES INTERVENTIONS EN FAVEUR DES INDIGENTS

Dans de très nombreux pays d'Afrique, la couverture universelle en santé est encore un objectif à très long terme. Le niveau de recours aux soins est loin de répondre aux besoins des populations tant elles font face à de multiples barrières (géographique, financière, culturelle, qualité des soins, etc.). Cependant, le débat actuel sur l'universalité ne peut faire l'économie de la nécessaire préoccupation pour les plus pauvres. Dans un contexte de rareté des ressources, les experts suggèrent en effet d'offrir d'abord un panier de services prioritaires pour toute la population plutôt que d'étendre les services à seulement ceux qui en bénéficient déjà plus que les autres (Nicholson *et al.*, 2015). On revient ici aux concepts évoqués dans l'introduction, selon lesquels lutter contre les inégalités dans une perspective de gradient social est préférable à agir uniquement pour les plus pauvres (Ridde & Guichard, 2008). Nous sommes ici au cœur de la différence entre la justice sociale et l'assistance sociale.

On se rappellera que la généralisation du paiement direct avait en partie été justifiée par le besoin d'améliorer la qualité des soins pour tous, mais aussi l'accès aux soins des indigents qui devaient être exemptés de ce paiement. On ne reviendra pas ici sur cet échec historique (Ridde, 2014), finalement reconnu par ses promoteurs (Rodin & De Ferranti, 2012). Mais la question des indigents revient au-devant de la scène de ceux qui veulent une assurance maladie universelle ou une couverture universelle. Tous les pays africains reconnaissent que la capacité contributive des indigents est nulle et que leur inscription dans les systèmes assurantiels nécessitera de les leur fournir gratuitement (Nicholson *et al.*, 2015). Il faut donc trouver une solution mais rares sont les recherches concernant spécifiquement l'accès aux soins des indigents.

En effet, le recours aux soins de santé est faible chez les personnes indigentes au Burkina Faso. Une enquête a été réalisée en 2015 dans les districts sanitaires de Diebouyou, Gourcy, Kaya et Ouargaye auprès de populations indigentes (Atchessi & Ridde, 2015), donc un sous-échantillon de la sélection communautaire présentée plus haut. Parmi les 1 652 indigents enquêtés, le recours aux soins de santé varie de 48 % à 60 % (tableau 1) sauf dans le district de Ouargaye où le recours aux soins de santé est de 78 %, certainement en raison d'un programme d'exemption du paiement des soins destinés aux indigents depuis 2007. Par ailleurs, le recours aux soins est 10 à 20 % plus faible chez les femmes comparativement aux hommes indigents (tableau 2). Elles sont

probablement toujours confrontées aux barrières financières et/ou culturelles pour accéder aux soins (Samb, 2015). Les indigents qui perçoivent leur état de santé comme étant mauvais et ceux qui ont une altération de la fonction cognitive ont une plus forte propension à recourir aux soins de santé. En revanche, les personnes les plus âgées, les individus qui cohabitent avec au moins une personne, ceux qui ont des troubles de la vision et les célibataires ont un recours aux soins plus faible.

TABLEAU 1. RECOURS AUX SOINS SELON LES DISTRICTS
PARMI LES 1 141 INDIGENTS QUI ONT DÉCLARÉ AVOIR ÉTÉ MALADES

	Recours aux soins de santé modernes		Pas de recours aux soins de santé modernes		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Diebougou	238	59,1	165	40,9	403	100
Gourcy	105	48,8	110	51,2	215	100
Kaya	115	50,9	111	49,1	226	100
Ouargaye	231	77,8	66	22,2	297	100

TABLEAU 2. RECOURS AUX SOINS SELON LES DISTRICTS ET SELON LE SEXE
PARMI LES 1 141 INDIGENTS QUI ONT DÉCLARÉ AVOIR ÉTÉ MALADES

	Diebougou		Gourcy		Kaya		Ouargaye	
	Recours aux soins n (%)	Total						
Hommes	86 (65,6)	131	36 (60,0)	60	37 (64,9)	57	98 (81,7)	120
Femmes	152 (55,9)	272	69 (44,9)	155	78 (46,2)	169	133 (75,1)	177
	238	403	105	215	115	226	231	297

DES POLITIQUES FORMULÉES PAR LE BURKINA FASO MAIS AUSSI PEU CONNUES QU'APPLIQUÉES

Le Burkina Faso est relativement en avance par rapport aux autres pays de la région dans la mesure où il a formulé deux interventions publiques importantes en faveur des indigents. D'une part, il a produit une directive nationale pour la planification des activités en 2010³ demandant à toutes les

3. Signe du peu d'intérêt pour ces questions, cette directive disparaîtra des documents les années suivantes...

formations sanitaires et aux comités de gestion d'utiliser une partie de leurs propres ressources pour exempter du paiement des soins les indigents. L'état fixait cependant un plafond de 200 000 FCFA par an pour cette prise en charge des indigents. D'autre part, dans sa politique ambitieuse de 2007 de subvention des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, l'État a financé avec son budget national une exemption totale du prix des accouchements pour les indigentes (20 % de la population). On ne reviendra pas sur cette politique (voir Ridde, 2012). Mais lors d'une enquête à grande échelle fin 2013, nous avons souhaité évaluer le niveau de connaissance et d'application de ces directives par le personnel de santé.

Une enquête quantitative a donc été menée dans 24 districts de six régions du pays (Boucle de Mouhoun, Centre-Est, Centre-Nord, Centre-Ouest, Nord, Sud-Ouest) auprès de 1 524 professionnels de santé travaillant dans 528 formations sanitaires de première ligne et 32 de seconde ligne. Moins d'un tiers (27 %) du personnel est au courant de la directive d'exemption du paiement pour les accouchements et moins d'un quart (24 %) affirme l'appliquer. Le niveau de connaissance à l'égard de la directive d'exemption du paiement de tous les soins pour les indigents est encore plus faible. Seulement 9 % affirment la connaître et 5 % l'appliquer. De plus, en moyenne, plus le personnel est haut placé au sein de la hiérarchie des professionnels de la santé (médecin, infirmier) et plus il est au courant de l'exemption du paiement des soins. Tandis que la connaissance de l'exemption du paiement des accouchements est mieux connue du personnel moins haut placé (sages-femmes et auxiliaires de soins). En outre, tant la connaissance que l'application de ces deux mesures sont mieux connues du personnel des formations sanitaires de première ligne que de seconde ligne.

MAIS LA GRATUITÉ DES SOINS NE SUFFIRA PAS

Une étude a été réalisée concernant les indigents sélectionnés lors du processus de 2007 réalisé dans le district de Ouargaye (Atchessi *et al.*, 2016). Les résultats ont montré que le fait d'être exempté du paiement des soins n'est pas associé à l'augmentation du recours aux soins de santé (OR = 1,1 IC 95 % [0,80-1,51])⁴. Plusieurs raisons peuvent expliquer de tels résultats. La couverture financière apportée par l'exemption ne couvre pas les frais de transport ou le temps pour se rendre au centre de santé. De plus, les personnes âgées affaiblies par la maladie, avec des limites fonctionnelles qui réduisent leur mobilité (voir *supra*), sont souvent victimes d'exclusion sociale quand elles sont indigentes et ne disposent probablement pas de l'accompagnement nécessaire pour se rendre au centre de santé. La proximité du centre de santé a été identifiée

4. OR : Odds Ratio ajusté ; IC : Intervalle de confiance.

comme un déterminant important de l'utilisation des services de santé (Ridde *et al.*, 2013). Par ailleurs, les obstacles culturels sont toujours existants, car dans ce milieu rural les femmes requièrent habituellement l'autorisation de leur mari avant de se rendre au centre de santé (Samb, 2015). Il est aussi possible que les personnes indigentes rencontrent des difficultés pour se procurer de quoi répondre à leurs besoins de base, tels que la nourriture, ce qui pourrait les amener à reléguer la santé à un plan secondaire.

L'EXEMPTION DU PAIEMENT DE L'ADHÉSION AUX MUTUELLES DE SANTÉ NE SUFFIT PAS NON PLUS

En 2012, le Réseau d'appui aux mutuelles de santé et le Ministère de l'action sociale du Burkina Faso (MASSN) ont mis en œuvre une intervention qui avait pour objectif de favoriser l'accès aux soins de santé spécifiquement des indigents. La solution retenue devait permettre d'identifier et de financer l'adhésion de 4 800 personnes démunies à des mutuelles de santé dans neuf provinces, afin de lever la barrière financière qui les empêche d'utiliser les services de santé en situation de maladie. Contrairement à son objectif affiché, la mise en œuvre de l'intervention a finalement maintenu l'exclusion des indigents. L'adhésion aux mutuelles n'a pas levé totalement les barrières financières et cet échec pourrait être attribué à des insuffisances de formulation et de mise en œuvre.

Le processus de formulation de l'intervention n'a pas favorisé le choix d'une solution qui tient compte des données probantes et des besoins des indigents à l'égard des mutuelles. Les acteurs prévoient d'affilier les personnes démunies à des mutuelles de santé pour favoriser l'utilisation des services de santé, mais avec peu de précision sur les modalités organisationnelles (Kadio *et al.*, 2017). Les responsables n'ont en effet pas clairement discuté du sort du ticket modérateur, des examens et des bilans médicaux, des soins spécialisés et des médicaments de spécialité.

Les acteurs de mise en œuvre ont alors opéré des choix et agi selon leur compréhension. L'affiliation aux mutuelles exemptait uniquement du paiement des droits d'adhésion et de la cotisation annuelle. Les indigents devaient acquitter les frais d'un ticket modérateur qui variaient de 20 à 30 % du montant des soins. Par conséquent, les personnes démunies restaient exclues. Par ailleurs, l'identification des bénéficiaires fut confiée au MASSN qui a procédé au choix des personnes démunies. Le processus de sélection a été passif et a privilégié les personnes qui ont eu déjà recours aux services sociaux. De plus, certains bénéficiaires ne pouvaient pas utiliser leur carte, car ils étaient éloignés d'un centre de santé ayant une convention de partenariat avec une mutuelle de santé.

CONCLUSION : DE LA GYMNASTIQUE VERBALE À L'ACTION

La question de l'indigence est complexe et il reste encore de nombreux travaux de recherches à organiser pour mieux en comprendre les contours, les déterminants et les conséquences. Trop peu de chercheurs se sont encore intéressés à cet objet et on manque cruellement de connaissances à cet égard en Afrique. Cependant, il est certainement possible d'agir car nous disposons grâce à nos travaux de quelques pistes d'instruments politiques qu'il faut rendre plus efficaces. Il n'est certainement plus le temps de se demander qui sont les indigents, quelle définition, comment les sélectionner, que leur offrir, quels sont leurs besoins, etc. Il devient urgent de dépasser la gymnastique verbale des politiques publiques (Cobb & Coughlin, 1998).

Au-delà du consensus international en faveur de la suppression du paiement direct et de la mise en place de la couverture universelle en santé (Robert *et al.*, 2017), cette dernière doit passer par une amélioration de l'offre de soins pour tous et s'accompagner de mesures adaptées aux besoins de certains sous-groupes de la population. Dans la lutte contre les inégalités, les indigents doivent devenir une priorité. La mise en place des mesures d'adhésion, subventionnées par l'État, aux différents mécanismes assurantiels obligatoires (laissons de côté les mutuelles à adhésion volontaire qui ne sont pas la solution à préconiser) doit devenir une priorité d'actions mais aussi de recherches. De nombreux pays se sont récemment engagés dans cette voie (Maroc, Sénégal, Mali, Burkina, etc.) mais peu d'études ont encore été menées pour les analyser. Nous savons que ces exemptions sont essentielles mais elles sont aussi insuffisantes. Il faut s'attaquer en parallèle à l'amélioration continue de la qualité des soins et des ressources humaines, à l'accompagnement social des indigents, à la sensibilisation des professionnels de santé aux dimensions de l'éthique et de l'équité, etc. C'est un appel à de véritables politiques de protections sociales en santé (Soors *et al.*, 2013) qui doivent évidemment ne pas se cantonner à être formulées mais véritablement mises en œuvre. Il est temps de ne plus fuir les indigents (Toure, 2013) !

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- ATCHESSI N., RIDDE V., 2015. « Enquête sur l'efficacité du ciblage des indigents : Rapport partiel sur les caractéristiques des indigents », Montréal, Banque mondiale, Université d'Heidelberg, Université de Montréal, 15 p.
- ATCHESSI N., RIDDE V., ZUNZUNEGUI M.-V., 2016. « User fees exemptions alone are not enough to increase indigent use of healthcare services », *Health Policy and Planning*, 31, 5, 674-681
- CLAVIER C., DE LEEUW E. (dir.), 2013. *Health promotion and the policy process*, 1. ed, Oxford, Oxford University Press.
- COBB R.W., COUGHLIN J.F., 1998. « Are elderly drivers a road hazard? Problem definition and political impact », *Journal of Aging Studies*, 12, 4, 411-427

- DUROJAYE E., 2013. « 'Woman, But Not Human': Widowhood Practices and Human Rights Violations in Nigeria », *International Journal of Law, Policy and the Family*, 27, 2, 176-196
- DUTHÉ G., ROSSIER C., BONNET D., SOURA A.B., CORKER J., 2016. « Mental health and urban living in sub-Saharan Africa: major depressive episodes among the urban poor in Ouagadougou, Burkina Faso », *Population Health Metrics*, 14, 14-18
- HAN K.-T., PARK E.-C., KIM J.-H., KIM S.J., PARK S., 2014. « Is marital status associated with quality of life? », *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 12, 109
- HONDA A., 2013. « L'analyse d'un fonds d'équité à Madagascar ». In : V. RIDDE, J.P. JACOB (dir.), *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*, Louvain-La-Neuve, Academia-L'Harmattan, p. 247-273
- JOUNG I.M., VAN DE MHEEN H., STRONKS K., VAN POPPEL F.W., MACKENBACH J.P., 1994. « Differences in self-reported morbidity by marital status and by living arrangement », *International Journal of Epidemiology*, 23, 1, 91-97
- KADIO K., OUEDRAOGO A., KAFANDO Y., RIDDE V., 2017. « Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, 35, 2, 43-68
- NICHOLSON D., YATES R., WARBURTON W., FONTANA G., 2015. « Delivering universal health coverage. A Guide for policymakers. Report of the WISH Universal Health Coverage Forum 2015 », London, WISH, 52 p.
- OUEDRAOGO S., RIDDE V., ATCHESSI N., SOUARES A., KAFANDO Y., KOULIDIATI J., STOEFFLER Q., ZUNZUNEGUI M.V., 2017. « Characterisation of the rural indigent population in Burkina Faso: a screening tool for setting priority healthcare services in sub-Saharan Africa », *BMJ Open*, 7, 10, e013405
- PIGEON-GAGNÉ E., HASSAN G., YAOGO M., RIDDE V., 2017. « An exploratory study assessing psychological distress of the poorest in Burkina Faso: A step towards understanding mental health needs in West Africa », *International Journal of Equity Health*, 16, 143
- RIDDE V., 2006. « L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? », *Lien social et Politiques*, 55, 149-163
- RIDDE V., 2012. *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- RIDDE V., 2014. « De la généralisation à la suppression du paiement direct : une histoire de politiques publiques et de projets pilotes ». In : J.-P. OLIVIER DE SARDAN, V. RIDDE (dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions. La gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Khartala, p. 31-49
- RIDDE V., BONNET E., NIKIEMA A., KADIO K., 2013. « A spatial analysis of a community-based selection of indigents in Burkina Faso », *Global Health Promotion*, 20, suppl. 1, 10-19
- RIDDE V., GUICHARD A., 2008. « Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis ». In : C. NIEWIADOMSKI, P. AIACH (dir.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles*, Rennes, Édition EHESP, p. 57-80
- RIDDE V., JACOB J.P., 2013. *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*, Louvain-La-Neuve, Academia-L'Harmattan.
- 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, 10-15
- ROBERT E., LEMOINE A., RIDDE V., 2017. « La couverture sanitaire universelle : Que cache le consensus des acteurs de la santé mondiale ? », *Revue canadienne d'étude du développement*, 38, 2, 199-215

FEMMES, ENFANTS ET SANTÉ À MADAGASCAR

- RODIN J., DE FERRANTI D., 2012. « Universal health coverage: the third global health transition? », *The Lancet*, 380, 861-862
- ROTH C., 2007. « 'Tu ne peux pas rejeter ton enfant !' Contrat entre les générations, sécurité sociale et vieillesse en milieu urbain burkinabè », *Cahiers d'études africaines*, 47, 185, 93-116
- SAMB O.M., 2015. *La gratuité des soins et ses effets sociaux : entre renforcement des capacités et du pouvoir d'agir (empowerment) au Burkina Faso*, Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal.
- SOORS, WERNER, DKHIMI, FAHDI, CRIEL B., 2013. « Au-delà du concept d'indigence. Les politiques concernant l'exclusion sociale en Afrique subsaharienne ». In : V. RIDDE, J.P. JACOB (dir.), *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*, Louvain-La-Neuve, Academia-L'Harmattan, p. 23-62
- TOURE L., 2013. « 'À force de fuir les indigents, on ne les connaît pas...' La difficile question de l'identification des indigents au Mali ». In : V. RIDDE, J.P. JACOB (dir.), *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*, Louvain-La-Neuve, Academia-L'Harmattan, p. 121-140

Atchessi N., De Allegri M., Kadio K., Pigeon-Gagné E.,
Ouedraogo S., Ridde Valéry (2018)

Du concept d'indigence aux interventions de santé
publique : réflexions du Burkina Faso

In : Pourette Dolorès (ed.), Mattern C. (ed.), Bellas
Cabane C. (ed.), Ravololomanga B. (ed.). *Femmes,
enfants et santé à Madagascar*

Paris : L'Harmattan, p. 211-222. (Anthropologies et
Médecines)

ISBN 978-2-343-14681-2