

La protection sociale et les indigents au Burkina Faso

V. Ridde, K. Kadio, X. Ducandas, Y. Kafando

Cette note présente une synthèse de plusieurs résultats de recherches sur la prise en charge des indigents dans le but d'éclairer les débats actuels sur la protection sociale et l'assurance nationale de santé au Burkina Faso.

CONTEXTE GLOBAL

Le Burkina Faso s'est récemment engagé dans un ambitieux programme de protection sociale et de mise en place d'une assurance nationale de santé. L'ambition annoncée est que l'assurance nationale de santé puisse couvrir en 2015, 100% du secteur formel et 30% du secteur informel. Dans ce système, il est prévu que les indigents, les plus pauvres, soient exonérés du paiement de la prime assurantielle. Ainsi, se pose la question de la manière dont ces personnes seront identifiées. Voilà pourquoi, le récent Programme national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020 prévoit que des mesures seront mises en œuvre pour « assurer la prise en charge sanitaire des indigents ». Cette planification fait écho au fait que depuis 2009, le ministère de la santé demande que tous les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) octroient un budget de 200.000 F CFA par an pour l'exemption du paiement des indigents. Le ministère a même prévu que plus de 20% des accouchements soient entièrement gratuits pour les indigentes du pays. Mais ces mesures ont du mal à être effectivement mises en œuvre car les agents de santé ne disposent pas de consignes claires pour fournir ces soins gratuitement aux indigents.

COMMENT IDENTIFIER L'INDIGENCE ?

LA QUESTION DES CRITÈRES DANS LES ÉCRITS SCIENTIFIQUES

L'indigence dans le secteur de la santé est souvent assimilée à l'incapacité permanente à payer les soins de santé. Mais, au-delà de cette évidence, la prise en charge des indigents requiert des critères à la fois suffisamment précis, fiables et pratiques pour pouvoir être mis en application. Notre analyse des écrits scientifiques montre que ces critères s'articulent autour des dimensions suivantes:

- l'absence de soutien social
- le manque de ressources
- des conditions de logement dégradées
- la présence d'obstacles à l'accès aux soins
- des difficultés à améliorer les conditions de vie très précaires

Dans les expériences en Afrique, les critères les plus utilisés concernent la composition du ménage, la possession de biens et de moyens de production ainsi que les revenus. Lors d'une recension de 68 expériences de sélection des plus démunis, nous avons relevés 261 critères d'identification au total. On voit donc bien que l'élaboration de critères pour identifier les indigents n'est pas une tâche aisée. Leur multiplicité, leur variabilité, leur imprécision ou, au contraire, leur caractère trop restrictif parfois sont une des raisons qui expliquent l'échec de la mise en œuvre des dispositifs visant à exonérer les indigents du paiement des soins de santé. En outre, l'énonciation de critères génériques, si elle constitue un point de départ, n'est pas d'une grande utilité puisque ces critères doivent être adaptés aux différents contextes de leur utilisation.

Au Ghana, l'assurance maladie nationale a défini qu'un indigent devait:

- être sans emploi et n'avoir aucune source de revenus
- ne pas disposer d'un domicile fixe
- ne pas vivre avec une personne disposant d'un emploi et d'un domicile fixe
- ne recevoir aucun soutien tangible et substantiel d'une autre personne



LES CENTRES HOSPITALIERS RÉGIONAUX: PAS DE DÉFINITIONS NI DE CRITÈRES CLAIRS POUR L'INDIGENCE

Notre enquête réalisée au sein des services sociaux de neuf centres hospitaliers régionaux (CHR) au Burkina Faso démontre qu'un grand flou subsiste au niveau de l'application des critères et, en conséquence, de la prise en charge des indigents¹. Les agents sociaux qui travaillent en milieu hospitalier n'ont, tout d'abord, pas d'idée précise ni de directives claires concernant les moyens à utiliser pour remplir leur rôle, soit prendre en charge les plus pauvres. Les directives nationales ne sont pas toujours connues (Encadré).

Dans ce contexte des CHR, est perçue comme indigente la personne qui se trouve dans une situation d'extrême pauvreté permanente. Cependant, cette définition ne permet pas à elle seule d'identifier de façon univoque ceux qui devraient bénéficier de l'exonération des frais. En effet, comment repérer l'extrême pauvreté sans enquête sociale? Selon les perceptions de chacun (qui diffèrent selon la fonction, le genre, le lieu, l'expérience...), elle va s'associer à des particularités variables et arbitraires, comme le handicap, le statut d'orphelin, l'âge, etc. En l'absence de consensus sur la notion d'indigence et de moyens pour réaliser les enquêtes sociales, les agents sociaux se voient donc contraints d'élaborer leurs propres critères selon plusieurs facteurs : le statut des personnes (fondé sur les observations et entretiens en contexte hospitalier), mais aussi la manière dont les malades ont été référés aux services sociaux. Ainsi, les personnes référées par un autre service auront plus de chance d'être pris en charge que ceux qui se présente spontanément.

« L'indigent est une personne qui, par manque de façon temporaire ou définitive, de ressources ou de sources de revenus du fait de facteurs structurels et/ou conjoncturels ne dispose pas de moyens personnels ou intra familiaux pour satisfaire à ses besoins fondamentaux sans l'aide de tiers. »

Source : comité de réflexion sur l'indigence, mai 2010 (MASSN-Burkina Faso)

De plus, la décision d'exonérer un patient du paiement de ses soins est déterminée, non seulement par des critères socio-économiques (en lien avec sa condition physique, sociale, la détention ou non d'un certificat d'indigence, etc.) mais aussi, selon les impératifs de viabilité économique de l'hôpital.

«Ça va faciliter la tâche pour nous parce que, en fonction de ces critères, ça va aller plus rapidement. Au moins, le subjectivisme sera réduit»

Dans un tel processus d'identification au cas par cas, la variabilité des circonstances ainsi que la subjectivité de chacun entrent nécessairement en jeu. De telles conditions créent donc d'importantes disparités dans la prise en charge. Le manque de moyens et le recours au jugement personnel risquent, en outre, d'exclure de la prise en charge des personnes réellement dans le besoin.

L'étude montre qu'une définition plus claire et précise du rôle des agents sociaux en milieu hospitalier, ainsi que l'émission de critères opérationnels, pourraient faciliter l'application d'un processus de sélection des indigents.

¹ Voir le rapport ici: <http://www.vesa-tc.umontreal.ca/>



QUELQUES CRITÈRES SUGGÉRÉS PAR LES AGENTS DE SANTÉ ET LES TRAVAILLEURS SOCIAUX

Un premier pas vers l'élaboration de critères fiables et homogènes consiste à prendre en compte les critères de sélection des indigents suggérés par les travailleurs au contact de ces populations. Une autre étude permet de rendre compte du point de vue de plusieurs travailleurs (infirmiers, accoucheuses, agents de l'action sociale) quant à ceux qui devraient bénéficier de soins gratuits. Plusieurs critères proposés par ces agents se détachent.

- Les infirmiers en milieu rural ont proposé 109 critères, parmi lesquels le fait d'être un malade sans soutien matériel ou social, ainsi que celui d'être une victime et/ou rejeté par la société, ont été jugés comme étant les plus importants.
- Les accoucheuses en milieu rural ont énoncé 98 critères de sélection des indigents. Les thèmes prépondérants étaient le handicap associé à la pauvreté, et également la situation de malade sans soutien.
- Du côté des agents de l'action sociale, parmi les 122 critères proposés, la vulnérabilité liée à la maladie ou au handicap, ainsi que le fait d'être une personne exclue et/ou victime de catastrophe reviennent le plus souvent.

Le nombre de critères rapportés au total (448) reflète l'importance et la diversité des situations auxquelles les intervenants sont confrontés dans leur pratique quotidienne. On peut notamment souligner la présence aussi bien d'aspects sanitaires (handicap, maladie) que sociaux (isolement, exclusion sociale, absence de soutien).

Ces critères suggérés par les travailleurs s'ajoutent ainsi aux données objectives déjà disponibles au Burkina Faso^{1,2}. En s'appuyant sur l'ensemble de ces informations, le gouvernement devrait être en mesure d'élaborer des politiques favorisant l'accès aux soins des indigents.

Pour aller plus loin sur Internet :

- Résultats et présentations d'un atelier sous-régional ainsi que les notes de synthèses et travaux de recherche sur les indigents : <http://www.medsp.umontreal.ca/vesa-tc/indigents.htm>
- Film de 2 minutes sur l'expérience de la recherche-action : <http://www.usi.umontreal.ca/nouvelles.asp?news=685>
- Une analyse des difficultés du passage à l'échelle de la prise en charge communautaire des indigents : <http://www.crdi.ca/irsm10etudesdecas>

LA PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS : NÉCESSAIRE MAIS PAS SUFFISANTE

Une fois le statut d'indigent défini selon des critères sûrs et opérationnels, les individus sélectionnés sont pris en charge par le biais d'une carte qui leur donne théoriquement droit à des soins gratuits. Cette mesure favorisant leur accès au système de santé vise bien entendu à améliorer leur condition physique et, par extension, leurs conditions de vie. Or, une fois le certificat acquis, qu'en est-il réellement des individus qui ont bénéficié du statut officiel d'indigent ? Pour tenter de répondre à cette question, une enquête a été menée dans un district rural (Ouargaye) afin d'évaluer la situation d'un groupe indigents, et les impacts éventuels du certificat d'exemption. Ces indigents avaient été sélectionnés selon un processus participatif par des comités de sélection villageois sur la base d'une définition consensuelle de l'indigence dans cette région, soit : « **une personne extrêmement démunie socialement et économiquement, incapable de se prendre en charge et sans soutien endogène ou exogène** ». Une recherche a montré que la sélection communautaire a été appréciée et efficace, faisant bénéficier de l'exemption les personnes réellement indigentes³. Une expérience similaire est actuellement tentée en ville, à Ouagadougou.



Vingt ménages d'indigents sélectionnés lors d'une recherche-action ont été choisis de manière à être représentatifs de l'ensemble des bénéficiaires. Ils ont été suivis mensuellement sur une période de douze mois. Sur les vingt personnes sélectionnées, 55% sont des femmes et 85% étaient âgés de 50 ans et plus. Afin de déterminer les effets éventuels de l'exemption du paiement des soins sur la vie de ces personnes, différents aspects ont été pris en compte : les pratiques hygiéniques, le soutien social, les conditions de logement, les revenus et la possession de biens matériels.

L'observation a révélé qu'au cours des douze mois suivant l'obtention de la carte d'indigent, aucune de ces dimensions n'a présenté d'évolution positive significative. La propreté de la cour ainsi que l'hygiène corporelle et alimentaire sont demeurées défailtantes. Les indigents faisaient toujours l'objet d'une marginalisation, ne pouvant compter sur aucun soutien extérieur suffisant. Leurs conditions de logement apparaissaient nettement inférieures à celles des ménages avoisinants, tant par la piètre qualité des matériaux et de la structure que par la localisation des habitations à l'écart du village, et/ou sans confort et sécurité suffisants.

Enfin, l'absence de ressources financières et matérielles n'a pas évolué.

« [...] avant l'étude, si les indigents tombaient malades, on les laissait se débrouiller seuls [...] ce qui fait que, même en prenant en charge les frais des soins de santé, rien n'est économisé par le ménage ou par l'indigent puisqu'ils ne dépensent que peu ou pas du tout pour les soins. »

Par conséquent, on peut constater que l'exemption du paiement n'a eu qu'une faible influence positive sur les conditions de vie des bénéficiaires, voire aucune dans certains cas.

Néanmoins, les indigents se sont déclarés dans l'ensemble satisfaits de leur carte, qui a eu des effets bénéfiques pour certains, notamment en leur permettant de travailler à la suite de l'amélioration de leur santé. Ce constat mitigé effectué aussi dans une expérience en Mauritanie⁴, s'il nuance les progrès réalisés grâce à la seule gratuité des soins pour les plus pauvres, ne doit donc pas décourager les initiatives de sélection et de prise en charge des indigents. Bien au contraire, il doit pousser de toute urgence à leur amélioration, en tenant compte des problèmes récurrents observés.

CONCLUSION

Pour que les indigents soient couverts par la future assurance nationale de santé, il devient urgent que toutes les données factuelles aujourd'hui disponibles sur le sujet soient prises en compte. Les agents de santé et surtout ceux de l'Action sociale ont besoin d'être rapidement soutenus pour mieux exercer leur métier et favoriser l'accès aux soins des indigents. Un consensus technique national doit s'organiser pour leur fournir des définitions et des outils. Cependant, la protection sociale des indigents ne pourra se limiter à l'accès gratuit aux soins de santé. Évidemment, l'exemption du paiement des soins est essentielle pour atteindre une couverture universelle aux soins, mais elle n'est pas suffisante. Il faudra étendre le soutien social auquel ces personnes les plus vulnérables de la société ont droit.

REMERCIEMENTS

Cette note est une synthèse de plusieurs études financées par le programme de recherche Teasdale-Corti de l'Initiative de recherche en santé mondiale du Canada (IRSM) et par le Centre de Recherche en Développement International (CRDI) du Canada. V. Ridde dispose d'une bourse salariale des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Nous tenons à remercier très chaleureusement tous les participants et collaborateurs aux travaux de recherche.

RÉFÉRENCES :

1. Ridde, V., M. Yaogo, Y. Kafando, K. Kadio, M. Ouedraogo, A. Bicaba, and A. Haddad, Targeting the worst-off for free health care: a process evaluation in Burkina Faso. *Evaluation and Program Planning*, 2011. 34(4): p. 333-342.
2. Soares, A., G. Savadogo, H. Dong, D. Parmar, A. Sie, and R. Sauerborn, Using community wealth ranking to identify the poor for subsidies: A case study of community-based health insurance in Nouna, Burkina Faso. *Health and Social Care in the Community*, 2010. 18(4): p. 363-368.
3. Ridde, V., S. Haddad, B. Nikiema, M. Ouedraogo, Y. Kafando, and A. Bicaba, Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees. *BMC Public Health*, 2010. 10:631 (21 October 2010).
4. Criel, B., A.S. Bâ, F. Kane, M. Noirhomme, and M.-P. Waelkens, Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis : le fonds d'indigence de Dar-Naim en Mauritanie. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 26, 2010, ed. W. Van Lerberghe, G. Kegels, and V. de Brouwere. 2010, Antwerp: ITG Press.