

# Les obstacles à l'utilisation des services de santé par les indigents dans le contexte de la gratuité des soins de santé au Burkina Faso.

---

Souleymane SIDIBE<sup>1</sup>, Isabelle GODIN<sup>2</sup>, Abdramane BERTHE<sup>3</sup>, K Maxime DRABO<sup>4</sup>

## Résumé

Introduction : L'utilisation des services de santé par les indigents demeure faible malgré la gratuité des soins. Au moment où le Burkina Faso est engagé dans la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle, la présente étude vise à identifier en profondeur les obstacles à l'utilisation des services par les indigents.

Matériel et méthodes : Une étude de cas a été réalisée dans le district sanitaire de Ouargaye. Un total de 70 participants composés d'indigents, de prestataires de services, de leaders communautaires, de membres de comité de gestion et de comité de sélection des indigents ont été touchés par des entretiens individuels et des entretiens de groupe du 9 au 20 septembre 2019. Les indigents ont été retenus de façon aléatoire suivant une liste d'indigents. Les autres participants ont été retenus suivant le fait qu'ils ont été fortement impliqués dans la sélection des indigents. Une démarche analytique basée sur le modèle conceptuel d'Andersen et Newman a été utilisée. La participation à l'étude a été volontaire et l'anonymat a été respecté.

Résultats : Les obstacles à l'utilisation des services de santé par les indigents sont l'isolement, les préjugés et les considérations sociales, la faible disponibilité du personnel de santé et leur faible engagement, l'absence de mécanisme de transport des indigents.

Conclusion : La prise en compte des obstacles auxquels font face les indigents, permettra de mettre en place un mécanisme basé sur les collectivités territoriales et les communautés pour optimiser la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle.

**Mots clés :** Obstacles, Utilisation, Soins, Gratuité, Indigents, Services

## Obstacles to the use of health services by the indigent in the context of free health care in Burkina Faso.

### Abstract

Introduction: The use of services by the indigents remains low despite free health care. As the country embarked on health insurance with a focus on the indigent, this study aimed to thoroughly identify the barriers to the use of services by the indigent.

Materials and methods: A case study was carried out in the health district of Ouargaye in Burkina Faso. 70 participants comprising of the indigents, service providers, community leaders, members of the management committee and the selection committee of the indigents were reached through individual interviews and group interviews from September 9 to 20, 2019.

The indigent were chosen at random from the indigent list. The other participants were selected on the basis

1 Unité de formation et de recherche en science de la santé, Université Joseph Ky Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

2 Centre de recherche Approches sociales de la santé/ ULB/ Bruxelles, Belgique

3 Centre Muraz Bobo Dioulasso, Université de Dédougou, Burkina Faso

4 CNRST/Institut de recherche en science de la santé, Ouagadougou, Burkina Faso

\*Auteur correspondant : Souleymane SIDIBE, email: ss.solosidibe@gmail.com

that they were heavily involved in the selection of the indigent. An analytical approach based on the conceptual model of Andersen and Newman was used. Participation in the study was voluntary and anonymity was respected.

Results: The obstacles to the use of services by the indigents are isolation, prejudices and social considerations, the low availability of health personnel and their low commitment, the absence of a transport mechanism for the indigent.

Conclusion: The indigents face various barriers to using services. Taking them into account will allow a mechanism based on communities and communities to be put in place to optimize the implementation of health insurance.

**Keywords:** Barriers, Use, Care, Free, Indigents, Services.

## Introduction

L'utilisation des services de santé par les indigents demeure faible (1). Au Cameroun, malgré la réduction des coûts des soins, il y a une sous-utilisation des services de santé par les indigents (2). Cette situation est similaire au Mali (3), et au Burkina Faso (4). Afin d'améliorer cette utilisation des services, au Burkina Faso des indigents sont sélectionnés (5) pour bénéficier gratuitement des soins, et le personnel de santé d'une prime pour leur prise en charge dans le cadre du financement basé sur les résultats (FBR) (6). Aussi, l'instauration de la gratuité des soins pour les moins de 5 ans et les femmes enceintes couvre certains indigents (7).

Bien qu'une amélioration substantielle ait été constatée dans l'utilisation des services en général, avec plus d'une utilisation par habitant et par an, chez les indigents on a plutôt enregistré moins d'une utilisation par an, pourtant ces personnes jouissent à la base d'une mauvaise santé et devraient bénéficier davantage de soins.

Les obstacles à l'utilisation des services par les indigents relevés par certaines études sont la barrière financière (8,9), le droit aux soins (10), les inégalités entre genres (11), l'influence des zones rurales (12,13), l'exclusion sociale (14), la proximité des services de santé (15). D'autres penchent sur des obstacles culturels tels que l'autorisation du mari pour les soins de la femme (12), les niveaux élevés de précipitations pluviométriques (16). Dans un contexte de gratuité des soins et de démarrage d'une assurance maladie universelle mettant l'accent sur les indigents (17), la présente étude vise à approfondir les analyses concernant les obstacles à l'utilisation des services par les indigents en utilisant le modèle d'Andersen et Newman.

## I. Matériels et Méthode

### Contexte

Le district de Ouargaye compte 34 centres de santé et de promotion sociale (CSPS) avec une population d'environ 365 000 habitants dont 51% sont pauvres (18, 19) et 15 145 indigents sélectionnés pour bénéficier de la gratuité (5). L'indigent est : « une personne qui est extrêmement défavorisée socialement et économiquement, incapable de s'occuper d'elle-même et sans ressources internes ou externes » (20,15). Le district de Ouargaye a été retenu du fait de sa longue expérience en matière de prise en charge des indigents et à son implication dans la sélection des indigents effectuée lors du FBR.

## Type d'étude

Une étude de cas (21) a été utilisée. Elle est pertinente dans la recherche de la compréhension et de l'explication de comportements et phénomènes complexes, et permet de comprendre en profondeur les enjeux liés à l'utilisation des services grâce aux récits des acteurs directement impliqués (21, 22).

## Population de l'étude

La population de l'étude est composée d'indigents, d'infirmiers chefs de postes (ICP), de membre d'équipe cadre de district (ECD), d'acteurs de l'action sociale et des mairies, de leaders communautaires, de membres des comités de gestion (COGES), de membres des comités de sélection des indigents (CSS/CSI). Leur choix se justifie par le fait qu'ils ont été fortement impliqués dans la sélection des indigents et aussi dans les activités de santé au sein de la communauté. Ces personnes proviennent de trois CSPS (Yondé, Dourtenga, Méné). Par choix aléatoire, ces CSPS ont été retenus parmi chacune des catégories de CSPS à savoir les moins de 5 km du siège du district, la catégorie située entre 5 et 10 km, et celle à plus de 10 km. Aussi, de manière aléatoire, sur la base des listes existantes dans les villages, les indigents ont été retenus.

**Tableau I :** Techniques de collecte des données selon le profil de la population d'étude.

Techniques	Profil						
	ECD	ICP	Agent communal	Agent action sociale	Indigents	Membres COGES/Leaders communautaires	Membres comité de sélection indigent
Entretien individuel semi-structuré	1	3	2	1	30		
Entretien de groupe						15	18

## Collecte des données

Les données ont été collectées du 9 au 20 septembre 2019 à l'aide de guide d'entretien individuel semi structuré et de guide d'entretien de groupe. Les propos ont été enregistrés et des notes circonstanciées prises simultanément. Au total, 70 personnes ont été interviewées.

Les thèmes abordés portaient sur les caractéristiques socio-démographiques, les obstacles à l'utilisation des services suivant les éléments du cadre conceptuel de l'étude, les aspects contextuels, les difficultés rencontrées par les indigents, l'amélioration de l'utilisation des services.

## Traitement et analyse des données

Les entretiens ont été transcrits intégralement mot à mot, sans faire de tri, afin de rassembler tout le matériel verbal, puis saisis sur le logiciel Word. Le titre de l'entretien affiche le sujet d'étude, le pied de page contient le code de classification et la numérotation. Les données ont été encodées

dans le logiciel NVivo selon une grille établie sous mode format « dictionnaire » suivant les principaux thèmes abordés. L'unité d'analyse sémantique a été privilégiée en s'intéressant qu'aux propos qui ont une signification en rapport avec les obstacles à l'utilisation des services (23).

La démarche analytique a utilisé le modèle conceptuel d'Andersen et Newman (24). Ce modèle est d'usage dans l'explication de l'utilisation des services (25, 26, 27), et permet une meilleure compréhension de la situation des indigents. Il fait la distinction entre l'accès potentiel et l'accès effectif, et entre l'entrée dans le système de soins et le déroulement des soins, puis envisage trois ordres de facteurs déterminants de l'utilisation des services. Les facteurs prédisposants qui renvoient aux caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, l'ethnie, l'occupation, la morbidité passée, ainsi qu'aux valeurs et croyances ; les facteurs de capacité caractérisés par l'existence d'une assurance, la source régulière de soins, la disponibilité des ressources sanitaires, la zone géographique ; les facteurs déclenchants correspondant aux besoins, aux conséquences de la maladie, aux symptômes, diagnostic, générant les besoins de santé.

Ce modèle a l'avantage de mettre en évidence l'effet des facteurs prédisposants à travers les facteurs de capacité et les besoins. Un indigent peut être limité dans l'utilisation des services pour des raisons sociales bien que ces services soient disponibles. L'indigent peut utiliser les services en raison de ses connaissances en santé.

### **Considérations éthiques**

L'étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS n° 2018-11-136) et de l'autorisation sanitaire de la région du Centre Est (n° 2019-00191/MS/RCES/DRS). La participation des personnes a été volontaire, l'anonymat et la protection des données ont été garantis.

## **II. Résultats**

Les indigents interviewés, au nombre de 30, avaient un âge compris entre 17 et 82 ans. Ils étaient majoritairement non alphabétisés. La moitié d'entre eux étaient de sexe féminin. La taille moyenne de leurs ménages était de 1,5. Leurs principales occupations étaient l'agriculture et le ménage. Plus d'un quart était veuf et d'ethnie yana. Ils étaient tous des Autochtones et n'avaient pas effectué de migration récente. Plus de la moitié était de la religion catholique.

### **Obstacles au niveau des facteurs prédisposant**

Le faible niveau d'instruction, le manque de solidarité, l'isolement, le grand âge, la diminution de l'autonomie, les préjugés et les considérations sociales ont été relevés comme étant des obstacles à l'utilisation des services par les indigents.

Les prestataires ont relevé la présence de préjugés à l'endroit des indigents. C'est par exemple le regard porté sur leur aspect physique : « ..., les indigents se présentent dans les CSPS dans un état assez déplorable, mal habillé, peu soigné en matière d'hygiène, et nous constatons qu'ils ne bénéficient pas de la même attention de la part des agents ; ce qui peut entraîner des frustrations et un découragement à l'utilisation des services » [P2].

Les indigents étaient parfois rejetés du fait de leur statut social non prestigieux. Selon un prestataire : « Au CSPS, c'est comme si les indigents ne sont pas au même titre que les autres malades. On

*ne les voit pas sur les bancs d'attente aux côtés des autres patients, aussi l'attention des agents à leur égard n'est pas non plus pareille comparativement aux autres patients* » [P3].

Le niveau d'instruction a été identifié comme un facteur qui limite la compréhension des indigents des droits à la santé et ne leur facilite pas l'utilisation des services : « *Les indigents sont des personnes généralement analphabètes, qui n'ont pas facilement accès aux informations concernant la santé afin de savoir comment se comporter. Ce sont des personnes qui s'isolent et qui ne prennent pas part aux activités sanitaires dans le village* » [EG].

L'information concernant la gratuité des soins a été portée aux populations sous l'angle d'une aide de l'État et non d'un droit à la santé.

L'effritement de la solidarité à l'endroit des indigents a été évoqué. Pour certains, la religion permettait le maintien des valeurs de solidarité mais les indigents déclaraient qu'ils étaient dans l'isolement et sans un réseau social.

La plupart des indigents étaient âgés d'au moins 60 ans. Certains d'entre eux présentaient un handicap (moteur, visuel). Les interviewés dans leur grande majorité avaient relevé le fait que les indigents éprouvaient des difficultés à se déplacer en raison d'un mauvais état de santé. La gratuité des soins n'intégrait pas la question de déplacement des malades. Un prestataire avait fait remarquer que : « *Les indigents éloignés du centre de santé et ne pouvant pas se déplacer facilement, n'utilisent pas les services de santé malgré la gratuité* » [P1].

### **Obstacles au niveau des facteurs de capacité**

Les indigents ne bénéficiaient pas encore d'assurance santé et aucun mécanisme ne prenait en charge les coûts indirects liés aux soins. Une dame déclarait : « *Je ne suis pas à mesure de mobiliser même 500 FCFA par mois et s'il arrive que je doive payer d'autres frais afin de bénéficier des soins, je risque de ne pas pouvoir être soignée* » [F69V].

La non-prise en charge systématique et gratuite des indigents a été déclarée par l'ensemble des participants. Cette situation montrait les limites dans l'application effective des textes en vigueur et pourrait impacter négativement sur la capacité des indigents à utiliser les services : « *la prise en charge des indigents n'est pas systématique d'autant plus que les remboursements des frais se faisaient non seulement assez tardivement et actuellement tout est suspendu* » [P11].

Pour des acteurs non directement impliqués dans les soins : « *les indigents détenteurs de cartes dans notre province ne bénéficient pas de la gratuité dans les centres de santé comme recommandée par les textes* » [P1].

Après la sélection en 2015, une grande majorité des indigents avait utilisé les services de santé. Au cours des six derniers mois précédant la présente étude, aucun des indigents n'avait utilisé les services quoiqu'ils aient des besoins en soins. Certains indigents ignoraient l'utilité de la carte d'indigence et aucune action n'avait été entreprise pour y remédier. Selon un membre de comité de sélection : « *les indigents n'utilisent pas convenablement les services de santé parce qu'ils sont mal informés* » [CS14].

La faible disponibilité du personnel de santé était décriée par les indigents. Ils trouvaient que, le personnel n'était pas attentionné, le temps d'attente pour les soins était très long, les CSPS étaient devenus des endroits qui manifestaient le mépris à leur égard : « *on ne nous considère même pas...* », étaient des propos fréquents des indigents.

Les ICP attestent que face au nombre élevé de malades, il était difficile pour eux de prendre en compte les aspects psycho-sociaux des indigents : « *Nous avons des objectifs à atteindre selon les directives, il est difficile de tenir compte des spécificités des indigents* » [P1].

Les soins des indigents étaient plus perçus à travers les indicateurs quantitatifs dans les mécanismes de suivi des prestations : « *On constate dans les CSPPS que les soins des indigents sont plus appréciés à travers la quantité des prestations car la qualité n'est pas toujours appréciée* » [Pi0].

Les villages éloignés des CSPPS et ceux inaccessibles, ne facilitaient pas l'utilisation des services par les indigents qui y résidaient. Aussi, ces villages bénéficiaient moins des actions d'informations sur la gratuité. En témoignaient les réflexions suivantes : « *Les indigents résidant dans des villages éloignés d'un CSPPS et confrontés aux difficultés de déplacement ne bénéficient pas de la gratuité et leurs préoccupations sont ignorées des agents de santé* ». [EG]

L'absence de sensibilisation et de visites en stratégie avancée des indigents, à l'image de certaines maladies (tuberculose, VIH), ne permettait pas de susciter une utilisation accrue des services de santé par les indigents.

### **Obstacles au niveau des facteurs déclenchant**

Les indigents déclaraient ne pas bénéficier, au même titre que les autres malades, de l'attention du personnel dans les CSPPS. Ils étaient pourtant conscients de leur souffrance et aussi de leurs besoins en matière de soins. Un interviewé précisait que : « *les indigents sont négligés, ils ne sont pas pris en charge avec tous les produits nécessaires comme les malades qui payent. Tous leurs besoins ne sont pas pris en compte, ...* » [CS10].

L'alternative utilisée par les indigents pour améliorer leur santé était l'automédication à base de plantes. Certains restaient sans soins, d'autres utilisaient des médicaments venant de tierce personne comme le cas de ce septuagénaire : « *lorsque j'étais malade tout dernièrement, j'étais couché sous l'arbre que voici, et c'est un monsieur du marché qui passait là que j'ai interpellé, et qui m'a apporté du para (paracétamol) que j'ai avalé* » [H79V].

Il n'existait pas de système de transport des indigents pour les soins au niveau CSPPS : « *le paquet minimum d'activités ne prévoit aucune autre action de soutien aux indigents en dehors des soins et nous ne disposons pas de directives pour un autre soutien (...). Les initiatives locales sont limitées et ne permettent pas de résoudre les difficultés rencontrées par les indigents* » [Pi3]

Étant dans l'exclusion sociale, sans un potentiel relationnel, les indigents exprimaient de la crainte de se rendre au CSPPS. Selon un prestataire : « *(...) il n'est pas évident pour nous de pouvoir comprendre les indigents dans leur quotidien. C'est avec la gratuité que l'on a commencé véritablement à les recevoir et le manque de temps ne permet pas de mener des interrogatoires poussés auprès d'eux afin de cerner leurs préoccupations* » [Pi2].

À certains points de vue, comme celui de la perception des besoins, les indigents se trouvaient limités du fait qu'ils ne consultaient ni à titre préventif, ni précocement en cas de maladie.

Il existait des enjeux d'ordre social face à l'utilisation des services par les indigents. Les participants étaient unanimes sur le fait qu'il n'existait aucun mécanisme communautaire pour accompagner les indigents dans les CSPPS afin d'éviter les consultations tardives : « *dans nos villages maintenant, c'est chacun pour soi. (...). Avant, on pouvait initier des contributions solidaires auprès de la chefferie pour les indigents. Actuellement, si les parents proches ne sont pas à côté pour venir en*

*aide, l'indigent reste seul. Le niveau de pauvreté est tel que personne n'arrive à soutenir l'autre. Les mairies aussi ne s'engagent pas assez pour le bien être des indigents » [EG].*

Il n'existait aucune action au niveau des villages pour le suivi des indigents afin de s'assurer de leur bon état de santé et leur apporter le soutien nécessaire conformément à leurs besoins : « *Il n'existe pas des actions dans les villages à l'endroit des indigents (...). Si la situation des indigents constitue un réel problème, il faut des stratégies au niveau village afin de suivre leur santé et identifier ce qu'ils ont réellement besoin puis les accompagner dans ce sens » [EG].*

### **III. Discussion**

#### **Obstacles au niveau des facteurs prédisposants**

Le faible niveau d'instruction, le manque de solidarité, l'isolement, le grand âge, la diminution de l'autonomie, les préjugés et les considérations sociales constituaient des obstacles à l'utilisation des services par les indigents.

Le niveau d'instruction influence l'utilisation des services. L'instruction est un puissant agent de changement. Elle contribue à la stabilité sociale, améliore la qualité de vie et permet aux personnes d'accéder plus aisément aux informations. Ce qui favorise une meilleure compréhension du système de santé et entraîne une certaine confiance aux services de santé. Plus que le niveau d'instruction, nous pensons que le sentiment des indigents à se fier entièrement au système de santé moderne est déterminant.

L'instruction est aussi relevée par certaines études comme facteur influençant le niveau d'utilisation des services (28, 29).

L'effritement des valeurs de solidarité affecte l'utilisation des services de santé par les indigents. Le niveau de pauvreté et les mutations sociales, modifient les rapports sociaux et brisent les mécanismes de solidarité préexistants. Une solidarité permettrait aux indigents de bénéficier du soutien de la communauté. En milieu rural, il n'existe pas de système de transport en commun ni de transport privé qui puisse faciliter le déplacement des personnes. Lorsque le besoin se fait sentir, il faut la contribution de ceux qui possèdent un moyen de locomotion. Selon certaines analyses, la solidarité améliore l'utilisation des services de santé (30, 31).

L'isolement influence l'utilisation des services de santé par les indigents. Dans la majeure partie des cas, les indigents sont affaiblis et vivent dans l'isolement. Non seulement cet isolement affecte leur santé mais aussi, ne leur permet pas de bénéficier rapidement d'un accompagnement dans un CSPS pour des soins. Plusieurs études confirment les effets délétères de l'isolement sur la santé des individus (32).

Les indigents en majorité étaient âgés, assez fragilisés par la vieillesse et l'impact cumulatif des inégalités durant leur vie. Cet affaiblissement physique expose aux maladies et aux incapacités. Ce qui va contribuer à réduire les autres capitaux comme la possession de volaille et des dons. Tout cela enchevêtré, réduit les capacités à utiliser les services.

L'influence de l'âge sur l'état physique et les capacités de déplacement des individus est documentée par des recherches antérieures (33).

La diminution de l'autonomie des indigents ne leur facilite pas les déplacements dans les CSPS,

surtout lorsqu'ils habitent dans des villages éloignés. En l'absence d'assistance dans les déplacements, l'utilisation des services par les indigents est compromise.

### **Obstacles au niveau des facteurs de capacité**

L'absence d'assistance sociale des indigents inhibe leur capacité à utiliser les services de santé, aussi ne permet pas la prise en compte à l'échelle locale de leurs besoins. L'indigence engendre de multiples difficultés. Sans une stratégie assurantielle, les coûts indirects liés aux soins sont insupportables pour les indigents. De nombreuses personnes renoncent à utiliser les services de santé du fait des coûts indirects élevés (34).

Le temps mis pour se rendre au CSPS influence significativement l'utilisation des services. Ce temps est fonction de l'état des routes, de la distance à parcourir, et de la logistique utilisée (35). Les indigents résidant dans des villages éloignés, sans infrastructures routières adéquates, sans moyens de transport, sont exposés à l'automédication.

La non-application effective des textes en vigueur en matière de gratuité des soins impacte négativement sur la capacité des indigents à utiliser les services. Les agents de santé n'appliquaient pas systématiquement la gratuité du fait du retard de remboursement des frais des prestations antérieures, et aussi de la méconnaissance des textes de la politique de gratuité.

Le niveau de connaissance et d'application des mesures de gratuité est très variable selon les districts (36).

Les rapports indigents et agents de santé sont déterminants pour l'utilisation des services. Le temps d'attente pour obtenir les soins était très long pour les indigents. Ils se sentaient méprisés et stigmatisés dans les CSPS. Cet air de condescendance modifie leur comportement face aux soins. En l'absence de sensibilisation des indigents et de clarification du retard ou du refus de leur prise en charge, les indigents s'abstiennent de demander des soins. Leur appréciation des prestations sanitaires se base sur des critères simplement humains.

Le long temps d'attente était occasionné par l'augmentation de la fréquentation des CSPS due à la gratuité des soins. Le personnel ne parvenait pas à assurer des soins de qualité aux indigents. La qualité des soins et la disponibilité du personnel déterminent l'utilisation des services (18,29,36).

### **Obstacles au niveau des facteurs déclenchant**

Les indigents ne bénéficiaient pas de l'attention des agents de santé au même titre que les autres malades dans les CSPS. Ils étaient confrontés à un sentiment de rejet dans les CSPS en cas de maladie, et ils se retrouvaient dans un isolement ou une exclusion sociale avec des conséquences néfastes sur leur santé. La perception que les malades ont des services de santé et de la maladie a une influence sur leur comportement thérapeutique (37). Les indigents consultaient peu en cas de maladie bien qu'ils étaient conscients de leur mauvais état de santé. Ils avaient besoin d'un soutien supplémentaire en plus de la gratuité (34). Pour favoriser l'utilisation des services par les indigents, il importe d'envisager un mécanisme de soutien et d'accompagnement. Des soins ciblés et à domicile pourront être développés en impliquant les collectivités et les communautés à la base.

## Conclusion

Les indigents sont confrontés à divers obstacles à l'utilisation des services de santé. La prise en compte de ces obstacles dans les politiques, permettra de mettre en place un mécanisme efficace de prise en charge des indigents. Ce mécanisme sera basé sur les collectivités territoriales et les communautés pour améliorer l'utilisation des services par les indigents et optimiser la mise en œuvre de l'assurance maladie universelle.

## Remerciements

Nous remercions la Direction régionale de la santé du Centre Est, l'équipe cadre et l'ensemble des professionnels de santé du District de Ouargaye qui se sont mobilisés dans le cadre de cette étude, ainsi que l'équipe du projet observatoire de la gratuité des soins des indigents (ORIGINE) au Burkina Faso. Nous remercions également tous ceux qui ont accepté participer à l'étude.

## Reference bibliographique

1. **Organisation Mondiale de la Santé.** Un nouveau rapport montre que 400 millions de personnes n'ont pas accès aux services de santé essentiels. [En ligne] <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/uhc-report/fr/> . Consulté le 1er septembre 2020.
2. **Henri D, Emgba B.** Le recours aux services de santé publics au Cameroun. Reconnaître et appuyer les ressources mobilisées par les personnes en situation d'indigence. Université Laval, Québec, Canada, 2017.
3. **Coulibaly A, Gautier L, Touré L, et Ridde V.** Le financement basé sur les résultats (FBR) au Mali : peut-on parler d'émergence d'une politique publique de santé ? Revue internationale de politique de développement. [En ligne] <http://journals.openedition.org/poldev/3242> . Consulté le 06 septembre 2020.
4. **Cholet E, Morel M, Rogé et al.** La mise en place de la gratuité des soins dans les pays les plus pauvres : une décision politique. [en ligne] <http://journals.openedition.org/humanitaire/471> . Consulté le 28 janvier 2020.
5. **Société d'études et de recherche en santé publique.** Rapport de la sélection des indigents au Burkina-Faso, Ouagadougou, Burkina Faso. 2015.
6. **Ministère de la santé-SFS/FBR.** Note d'information et d'orientation sur la prise en charge des indigents dans le cadre de la mise en œuvre du processus de financement basé sur les résultats dans le secteur de la santé. Ouagadougou, Burkina Faso. 2014.
7. **Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J.** Free health care policies: Opportunities and risks for moving towards UHC. Organisation mondiale de la Santé. Health Financing Policy Brief No 2. 2017.
8. **Kadio K, Ridde V, Samb OM.** Les difficultés d'accès aux soins de santé des indigents vivant dans des ménages non pauvres. Santé publique volume26/N°1. 2014.
9. **Ir P, Dirk H, Souk N et Wim VD.** Améliorer l'accès des femmes enceintes pauvres aux soins qualifiés à l'accouchement : Etude de cas d'un système de distribution de bons associé à un Fonds d'Equité pour la Santé dans trois districts sanitaires au Cambodge. Studies in HSO&P. 2008.
10. **Salam K.** L'effectivité des droits économiques et sociaux. Réflexions à partir du cas burkinabè in Les indigents et les politiques de santé en Afrique Expériences et enjeux conceptuels. ISBN : 978-2-8061-0116-7. 2013.
11. **De Silvia P, Rekha M, Aslihan K, Charles A.** Cibler la pauvreté et l'inégalité entre les genres pour améliorer la santé maternelle. Women Deliver. [En ligne] [www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org) Consulté le 21 janvier 2020.
12. **Samb, OM.,** La gratuité des soins et ses effets sociaux : entre renforcement des capacités et du pouvoir d'agir (empowerment) au Burkina Faso. Thèse en santé publique, Université de Montréal. 2014 234 p.
13. **Foulon G., Somé TR.** Quel système de financement de l'accès aux soins des populations dans les PED ? Le cas des districts de santé au Burkina Faso. Mondes en Développement Vol.33-2005/3-n°131. 2005.
14. **Atchessi N.** Recours aux soins de santé des indigents et des personnes âgées en Afrique de l'Ouest. Cas du Burkina Faso et du Nigeria.

Thèse en santé publique. École de Santé Publique / Département de Médecine Sociale et Préventive Faculté de Médecine. Université de Montréal. 2016. 240 p.

15. **Ridde, V., Bonnet, E., Nikiema, A, Kadio, K.** A spatial analysis of a community-based selection of indigents in Burkina Faso. *Global Health Promotion* DOI : 10.1177/1757975912462417. 2010.
16. **Stephenson R, Baschieri A, Clements S, Hennink M, Madise N.** Contextual influences on the use of health facilities for childbirth in Africa. *American journal of public health.* 2006.
17. **Conseil national de la transition.** LOI N° 060-2015/CNT portant régime d'assurance maladie universelle au Burkina Faso. 2014.
18. **Institut National de la Statistique et de la Démographie.** Enquête intégrale des conditions de vie des ménages 2009-2012. Ouagadougou, Burkina Faso. 2009.
19. **District sanitaire de Ouargaye.** Plan d'action 2018, Ouargaye, Burkina-Faso. 2018.
20. **Société d'études et de recherche en santé publique (SERSAP).** Mise en œuvre et suivi d'un processus communautaire de sélection des indigents dans huit districts sanitaires au Burkina-Faso. Guide méthodologique du processus de ciblage. Document de travail, Ouagadougou, Burkina-Faso. 2014.
21. **Yin, R.** Case study research: Design and methods. Thousand Oaks, California Sage Publications. 2013.
22. **Dumez, H.** Méthodologie de la recherche qualitative. Les questions clés de la démarche de recherche compréhensive (2nde éd.), Paris, Vuibert. 256 pages ISBN : 978-2-311-40298-8. 2016.
23. **Paillé P. et Mucchielli A.** L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Paris, Armand Colin. 2012.
24. **Anderson R, Newman JF.** Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health Soc.* 1973.
25. **Wallace, S., Gutierrez, V.** Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Pan American Journal of Public Health.* 2005.
26. **Hounton, S., Chapman, G., Menten, J., et al.** Accessibility and utilisation of delivery care within a Skilled Care Initiative in rural Burkina Faso. *Trop Med Int Health.* 2008.
27. **Mrisho, M., Schellenberg, J., Mushi, A. et al.** Factors affecting home delivery in rural Tanzania. *Trop Med Int Health.* 2007.
28. **Julianne Holt-Lunstad, Timothy B. Smith, Mark Baker, et al.** Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. 2015. [En ligne] <https://doi.org/10.1177/1745691614568352> Consulté le 21 février 2020.
29. **Savadogo A.** Analyse des déterminants de la pauvreté au Burkina Faso. Mémoire Ingénieur développement rural. Université polytechnique de Bobo Dioulasso, Burkina Faso. 2002.
30. **Kadio K, Ouedraogo A, Kafando Y et Ridde V.** Émergence et formulation d'un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso. *Sciences sociales et santé.* 2017.
31. **Institut Malien de Recherche Action pour la Paix.** Mutation des valeurs sociétales : diagnostic et solutions pour une paix durable au Mali. 2016 [En ligne] : [www.imrap-mali.org](http://www.imrap-mali.org) . Consulté le 21 février 2020.
32. **Munyamahoro M, Ntaganira J.** Déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu. *Rwanda Medical Journal / Revue Médicale Rwandaise* Vol 69. 2012.
33. **Aboussad A, Cherkaoui M, Vimard P.** Santé et vulnérabilité au Maroc. ird-00576499, v1. 2011.
34. **Organisation mondiale de la santé.** Systèmes de financement de la santé : comment réduire les dépenses catastrophiques. Résumé technique pour décideur [En ligne] [https://www.who.int/health\\_financing/pb\\_number\\_2\\_fr.pdf?ua=1](https://www.who.int/health_financing/pb_number_2_fr.pdf?ua=1). Consulté le 23 janvier 2020.
35. **Fofana A.** Déterminants de la mortalité néonatale au Burkina Faso. Mémoire Master science infirmière. IFRISS, Université Saint Thomas d'Aquin, Ouagadougou, Burkina Faso. 2017. 95 p.
36. **Ridde V, Leppert G, Hien H, Robyn PJ, De Allegri M.** Street-level workers inadequate knowledge and application of exemption policies in Burkina Faso jeopardize the achievement of universal health coverage: evidence from a cross-sectional survey. *International Journal for Equity in Health.* 2018.
37. **Institut National de la Statistique et de la Démographie-INSD ICF International.** Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina-Faso 2010. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International.2012.