

Représentation de la pauvreté et de l'indigence du point de vue de la communauté au Bénin dans le cadre des soins de santé primaires

Poverty and indigence representation in the primary health care by the point of view of Benin communities

by

Ouendo E-M¹, Makoutodé M¹, Godin I²,
Guèdègbé Capo-Chichi J¹, Dujardin B²

Résumé

L'objectif principal de l'étude est de définir les différents degrés de manifestation de la pauvreté du point de vue de la communauté au Bénin. L'étude a adopté une démarche qualitative avec deux techniques, l'entretien et le focus group. Quatre strates ont été définies et un total de 30 entretiens et 48 focus group ayant réuni 483 personnes ont été conduits.

Il ressort des entretiens et des focus group que la pauvreté est matérielle et se définit en terme de difficultés pour se nourrir, se vêtir et se loger.

¹ Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Bénin.

² Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, Belgique

Une dimension morale, spirituelle ou mystique peut y être associée. Quant à l'indigence, elle se définit comme l'expression prononcée et extrême de l'incapacité de satisfaire les besoins vitaux (l'alimentation, l'habillement, l'habitat) avec un besoin d'aide et d'assistance. L'incapacité d'accès aux soins de santé et d'instruction des enfants peuvent en être des caractéristiques.

En conclusion, sur les trois concepts (pauvreté, dénuement, indigence) évoqués dans la présente étude, deux sont retenus par la communauté: la pauvreté et l'indigence. Les interventions pour lutter contre la pauvreté spécifiquement dans le domaine de la santé dans le but de l'identification et la prise en charge des indigents, doivent tenir compte de ces résultats pour garantir le consensus entre les politiques, les planificateurs et la communauté.

Mots clés: Bénin, communauté, indigence, pauvreté, représentation, soins de santé primaires

Introduction

La prévalence de la pauvreté absolue au sein de la communauté dans la plupart des pays de la sous-région ouest-africaine, varie en général entre 10 et 20% (1). Au Bénin, une étude de Tovo (2) indique qu'environ 15% de la population vit dans la pauvreté absolue.

Dans le secteur de la santé, la crise économique qui frappe ces pays empêche les gouvernements d'allouer des budgets conséquents pour la santé des populations. Cette situation a conduit à l'introduction du recouvrement des coûts comme issue pour le financement des services de santé. Mais ce recouvrement des coûts a notablement réduit l'accès financier aux soins de la population puisque les soins étaient au préalable gratuits (3, 4). Or, le risque d'exclusion des plus pauvres est évident dans n'importe quel système de recouvrement des coûts dans le secteur public de la santé (4). Au cours de la conférence sur les Soins de Santé Primaires (SSP) à Alma-Ata, l'accent avait été mis sur l'étroite interrelation et l'interdépendance existant entre la santé et le développement socio-économique. Les SSP font donc partie intégrante du processus de développement socio-économique (5). Cette relation entre la santé et le développement a été démontrée par le prix Nobel de l'économie en 1998, Amartya Sen, qui affirme que l'amélioration de la santé est consubstantielle au développement et que la santé et la prospérité économique ont tendance à se renforcer mutuellement (6). C'est ainsi que la meilleure attention accordée à la santé des pauvres est actuellement manifeste dans les stratégies de la plupart des agences de développement internationales ou bilatérales et des gouvernements qui ont une stratégie sanitaire bien articulée (7). "Les nations du monde

entier ont admis que bénéficier des meilleures conditions de santé possibles est un droit fondamental pour chaque être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses convictions politiques et sa situation économique et sociale” (8). L’une des vocations des SSP est de réduire les écarts entre les différentes couches sociales et par voie de conséquence, faciliter l’accès aux soins de santé aux indigents. Plusieurs pays ont expérimenté des mécanismes d’identification des indigents en vue de leur prise en charge sanitaire (9-12). Mais dans la plupart des pays, cette identification reste un problème entier (4, 13, 14).

Or, ce qui préoccupe aujourd’hui les gouvernants et les populations des pays en voie de développement tels que le Bénin, c’est la recherche de voies susceptibles de conduire à un mieux-être face à la dégradation persistante des conditions de vie. La majorité de la population vit dans la pauvreté et il est nécessaire de procéder à une gradation de la pauvreté si l’on veut cibler de façon efficace et efficiente la frange de la population se trouvant dans l’extrême pauvreté dans le cadre d’une intervention. Donc, pour toute stratégie visant à permettre aux plus pauvres de bénéficier des services et soins de santé, il est important de cerner les concepts, les indicateurs de pauvreté et les mesures liées aux différents gradients de pauvreté; c’est une condition essentielle de succès.

Le débat sur la mesure de la pauvreté porte souvent sur son caractère absolu ou relatif. L’approche “absolue”, dont les tenants au début du XX^e siècle étaient Booth et Rowntree, se base sur un seuil de subsistance minimale mesuré par la valeur d’un panier de biens et services. Par contre, les tenants de l’approche “relative” comme Townsend se fondent sur une mesure à partir d’un pourcentage du niveau de vie moyen, ce qui traduit un degré d’inégalité. Sen quant à lui, souligne le caractère absolu du concept puisqu’il *“traduit l’incapacité à satisfaire un certain nombre de besoins essentiels et non des différences dans le degré de satisfaction de ces besoins ce qui relèverait plutôt d’une approche en terme d’inégalité”* (15).

Dans la littérature, trois vocables sont en général utilisés pour faire référence aux différents degrés de pauvreté: il s’agit de la pauvreté, du dénuement et de l’indigence.

En terme d’intensité (degré), le dénuement est le degré intermédiaire entre la pauvreté dans son expression “simple” et l’indigence qui en est l’expression “extrême”. Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) définit l’extrême pauvreté comme étant l’indigence ou la misère, couramment associée à l’incapacité de satisfaire les besoins alimentaires minimaux (16). Une autre méthode consiste à déterminer le seuil de pauvreté subjective qui dépend directement de l’appréciation que les individus ont de leur propre situation (17).

La démarche de la présente étude se rapproche de l'approche subjective mais du point de vue opérationnel, tient compte du contexte d'application, de l'évaluation et de l'appréciation des membres de la communauté plutôt que de la mesure d'un seuil. Pour les membres de la communauté, que signifie être pauvre? Existe-t-il différents degrés de pauvreté? Qu'est-ce qui caractérise les indigents? Une compréhension de ces différents concepts tels que perçus par les membres de la communauté constitue un préalable nécessaire à la formulation de politiques et stratégies efficaces pour rendre les soins accessibles aux indigents dans le cadre des SSP. Ainsi, on pourrait aboutir à des définitions opérationnelles qui recueillent le consensus des décideurs, des planificateurs et des bénéficiaires.

L'objectif de l'étude est de définir les différents degrés de manifestation de la pauvreté du point de vue des membres de la communauté au Bénin, en vue de l'utilisation pratique dans un processus d'identification et de prise en charge des indigents dans le cadre des SSP.

Méthodes

Notre étude s'est réalisée au Bénin et a adopté une démarche qualitative ayant utilisé deux techniques: l'entretien et le focus group. Les trois vocables les plus utilisés dans la littérature ont été retenus pour la présente étude, à savoir: pauvreté, dénuement, indigence. La collecte de données s'est déroulée pendant la période d'avril à juin 2002.

Dans une première étape, avec l'entretien, l'objectif poursuivi est de conceptualiser les différentes manifestations de la pauvreté dans ses divers grades, dans une approche participative qui prend en compte les perceptions des individus, groupes d'individus vivant ou ayant une expérience de ces phénomènes.

Les personnes ayant fait partie de l'échantillon ont été sélectionnées par choix raisonné, sur la base de l'expérience acquise en relation avec le phénomène de la pauvreté. Ce sont les notables et chefs religieux, les techniciens de l'action sociale, les cadres et autres membres influents de la société et divers membres de la communauté.

Des entretiens semi-dirigés, conduits par un socio-anthropologue, ont été organisés et ont été transcrits et enregistrés. Pour l'exploitation du contenu des entretiens en langue locale, un système de double traduction comparée a été appliqué afin de réduire les biais liés à la traduction.

Au total, 30 entretiens ont été réalisés avec quatre notables et un religieux, cinq cadres et autres membres de la société, cinq techniciens de l'action sociale, trois membres de comité de gestion des centres de santé et douze membres de la communauté.

A travers les focus group, dans la deuxième étape, l'objectif est d'approfondir le concept d'indigence, retenu dans l'étude comme un grade extrême de pauvreté, à partir des résultats issus des entretiens, et pour donner du sens aux éléments relevés de ces entretiens. Les indigents étant la cible finale visée aux fins de leur prise en charge sanitaire, nous avons jugé utile une deuxième étape d'approfondissement de ce concept à travers les focus group.

La sélection des sites d'étude a été faite de manière aléatoire et à deux degrés au départ d'une division en quatre strates du territoire. Ces strates regroupent des sous-ensembles de répartition de la pauvreté par zone agro-écologique au Bénin (18) et couvrent respectivement les régions nord, centre, sud et l'ensemble des dix villes du pays. Cette stratification tient compte des zones urbaine et rurale et des caractéristiques socio-culturelles. Dans un premier temps, quatre communes ont été choisies de façon aléatoire (avec allocation proportionnelle à la taille) dans chacune des strates. Ensuite, un village/quartier de ville est sélectionné de façon aléatoire dans chaque commune. Le nombre de sites d'étude est de 16, répartis sur tout le territoire national à raison de quatre par strate.

La strate urbaine est représentée par deux quartiers de la ville de Cotonou et un quartier dans chacune des villes de Porto-Novo et de Kandi. Les strates rurales (nord, centre, sud) sont composées d'un total de 12 villages répartis sur les départements du pays.

Trois groupes cibles ont été identifiés dans chaque site. Il s'agit des experts de la communauté comme cibles connaissant les réalités socio-économiques de leur milieu de vie; des agents de santé, membres du Comité de Gestion des Centres de santé (COGEC) et techniciens de l'action sociale qui sont les acteurs de la prise en charge socio-sanitaire des membres de la communauté; des mères d'enfants de 0 à 5 ans comme groupe représentant les utilisateurs de services et soins de santé. La collecte d'informations s'est faite au niveau de chaque groupe cible à travers l'animation de focus group. Au total 48 focus group (trois par site) ayant réuni 483 personnes ont été conduits. Les experts de la communauté ont été représentés par 170 personnes dont 13 femmes, les mères d'enfants de 0 à 5 ans étaient 193 et les membres COGEC, personnels de santé, techniciens de l'action sociale étaient 120 dont 11 femmes.

Le personnel chargé d'animer les différents focus group était composé d'un animateur socio-anthropologue qui dirigeait les débats et d'un observateur qui assurait la transcription et l'enregistrement des conversations. Des 48 focus group, 32 ont été réalisés en langues locales (au total cinq différentes langues locales: goun, fon, mina, batonou, dendi). Pour ces focus group en langue locale, un système de double traduction comparée a été appliqué.

Une analyse qualitative du contenu des données issues des entretiens individuels et des focus group a été réalisée avec le logiciel Textbase Alpha. Des comparaisons des données par zone (centre, sud, nord et urbain), puis par catégorie de groupe cible ont été faites. Cette double démarche a permis de faire ressortir certains facteurs socio-démographiques et socio-économiques qui influencent les perceptions différentes qu'ont les groupes cibles interviewés par rapport à un même phénomène.

Résultats

Les entretiens

Le concept de pauvreté

La pauvreté pour les notables et chefs religieux, se définit comme étant le manque de biens matériels, qui crée chez le pauvre une incapacité à subvenir à ses besoins fondamentaux et une dépendance vis-à-vis des autres membres de la communauté. La pauvreté n'est pas que matérielle, elle est aussi morale, psychologique ou intellectuelle. Ainsi, on peut être pauvre matériellement et ne pas l'être sur les autres plans et vice-versa. Mais la recherche de la "pauvreté morale" peut entraîner la pauvreté matérielle. C'est le cas de certaines personnes chez qui la spiritualité est si forte qu'elles se désintéressent des biens matériels. Leur bien-être ne relève que de la satisfaction spirituelle.

En plus de la dimension matérielle, il y a les causes que les notables et chefs religieux relient aux *forces mystiques*, aux conséquences d'un *acte d'infidélité, de transgression d'un interdit*.

Dans le cas des personnes en possession de toutes leurs capacités physique et intellectuelle, la pauvreté relève de la paresse, "*celui qui fait un effort doit avoir un minimum*". Cependant, dans certains cas les efforts nécessaires sont fournis mais les personnes demeurent dans la pauvreté. Il peut s'agir de la manifestation d'une *force mystérieuse*.

Pour les cadres et membres de la société, la pauvreté se manifeste sous forme d'incapacités et relève de quatre dimensions: se nourrir, se vêtir, avoir un habitat décent et instruire ses enfants. Deux des trois membres de COGEC ont mis l'accent sur la capacité à payer les soins. En plus de ces dimensions, les techniciens de l'action sociale prennent en compte la *taille du ménage* et la *variation saisonnière de la pauvreté* car les périodes de soudures sont mal supportées par certains ménages. Pour garantir la fiabilité des informations dans la démarche d'identification du pauvre, ils font une enquête sociale et des visites à domicile.

La notion de relativité du concept est mise en exergue par tant par les notables que par les cadres et membres de la société car, avec les

mêmes moyens on peut être pauvre dans la ville A et ne pas l'être dans le village C. De même, certains salariés se disent pauvres. Ils se considèrent comme tels parce que leurs salaires ne permettent pas de subvenir à tous leurs besoins. Le phénomène est par conséquent complexe car la notion de pauvreté peut être liée au *degré de satisfaction* qu'on ressent; on peut s'estimer pauvre si on n'est pas capable de satisfaire certains besoins, même s'ils ne sont pas vitaux.

Pour la population de Sèmè-Kpodji, localité d'activités principalement commerciales, située entre Cotonou, la capitale économique et Porto-Novo, la capitale politique, la pauvreté a été définie par rapport au "*bien-être*". Selon qu'on se "sente bien" ou pas, et seuls le physique et le style de vie le montrent. Diverses catégories de pauvreté ont été identifiées. Certains sont pauvres par naissance (*pauvreté héréditaire*), d'autres le deviennent suite au *décès d'un de leurs parents*. Ont été évoqués notamment, les abandons de foyer conjugal, le manque de terres (pour les travaux champêtres) et de moyens de base indispensables à toute activité humaine. Selon les enquêtés, la pauvreté matérielle est la forme la plus répandue à Sèmè-Kpodji.

Les estimations faites par les différentes catégories de membres de la communauté au sujet de la population atteinte par la pauvreté, varient entre 30% et 40%.

Au total, 18 des 30 enquêtés, soit 60% définissent la pauvreté de façon assez générale et mettent l'accent sur sa composante spirituelle et/ou mystique et la rupture de lien familial. Par contre, les autres cibles (cadres, membres des COGEC, techniciens de l'action sociale) ont identifié de façon plus précise les caractéristiques de la pauvreté et ne prennent en compte ni les aspects spirituels et/ou mystiques, ni la paresse.

Le concept de dénuement

Les notables et chefs religieux basent la définition du dénuement sur la notion de dépossession des biens. Un démuné est une personne qui *possédait auparavant des biens* et qui par la suite s'en est vu *dépouiller partiellement ou totalement*. La cause peut être une action de *destruction extérieure de l'homme*, à une *mauvaise gestion* des biens (*faillite*), ou une *catastrophe naturelle*.

Dans le groupe des cadres et membres de la société, la définition du dénuement est assez variable. Trois personnes fondent leur définition sur l'insuffisance de ressources. Quatre des enquêtés évoquent la dépossession des biens. Ces derniers mettent l'accent sur le préfixe privatif "dé" du mot démuné. Un des enquêtés pense que dénuement et indigence sont un même et unique concept. Alors que pour les membres de la communauté de Sèmè-Kpodji, c'est le dénuement et la pauvreté qui font un même concept.

L'estimation du phénomène est d'environ 15% à 20% selon les différentes cibles de notre enquête.

Le concept d'indigence

Les notables, chefs religieux, cadres et membres de la société définissent l'indigence comme une situation de manque du minimum pour satisfaire les besoins vitaux. L'indigence est surtout matérielle. C'est la *forme prononcée des caractéristiques générales de la pauvreté*. En d'autres termes, incapacité *notoire* de se nourrir, se vêtir, avoir un habitat décent et instruire ses enfants. Ces caractéristiques sont presque toutes présentes à la fois de façon quasi permanente. Pour eux, les indigents ont un besoin d'aide et d'assistance. Pour les membres de la communauté ce n'est rien d'autre que la pauvreté dans une forme intense de manque de ressources matérielles et financières.

En dehors de ces caractéristiques, les techniciens de l'action sociale classent comme indigents, les victimes de catastrophes naturelles et de calamités, les handicapés, les personnes âgées abandonnées, les orphelins, les enfants de familles monoparentales.

Les enquêtés estiment que la prévalence de l'indigence se situe entre 15% et 20%.

Les focus group

La synthèse des focus group a permis d'approfondir le concept d'indigence.

Analyse par strate

Dans la strate nord les dimensions de l'indigence se révèlent être l'incapacité d'assurer l'alimentation (unanimité dans les focus group), un habillement correct (70% des enquêtés), un habitat décent (60% des enquêtés).

Dans une moindre mesure, d'autres caractéristiques ont été relevées dans certains focus group. Il s'agit pour les experts de la communauté et les mères d'enfants de 0-5 ans, du statut de femme chef de ménage, du statut de handicapé, des familles nombreuses sans ressources, des veufs et veuves sans enfants. L'incapacité d'un individu à contribuer financièrement dans sa famille à des cérémonies de décès, de mariage ou de baptême est une spécificité de la strate nord pour identifier un indigent.

L'écolage des enfants dans la strate nord (à vocation fondamentalement agricole) ne constitue pas une préoccupation majeure, on s'en tient plutôt à leur capacité d'être productif au champ. Les réflexions suivantes enregistrées lors des focus group traduisent éloquentement la

situation *“la richesse du paysan est fonction du nombre d’enfants capables de l’aider au champ pour accroître sa production”*; *“la richesse et la puissance d’une famille, d’un ménage, s’apprécie au prorata du nombre de bras valides pour les travaux champêtres”*; *“un enfant à l’école est un manque à gagner pour sa famille dans la production agricole ou l’élevage”*.

Dans les strates centre, sud et urbaine, les définitions de l’indigence sont quasi semblables. Tous les focus group ont unanimement retenu comme dimensions de l’indigence, l’incapacité à assurer l’alimentation, l’habillement et l’habitat.

L’incapacité à garantir l’accès aux soins de santé (60-70% des participants), l’instruction des enfants (60% des participants au centre et au sud et 80% dans la strate urbaine) sont évoquées dans des proportions importantes par les participants de tous les focus group et sont spécifiques à ces strates. La femme chef de ménage est identifiée comme étant à haut risque d’indigence par tous les focus group des experts de la communauté et des mères d’enfants de 0-5 ans. Les familles nombreuses et le statut de veuf ou de veuve sans enfants ont été mentionnés dans de faibles proportions (en moyenne 30%). Seuls les participants des focus group de la strate centre ont mentionné le statut de handicapé comme une caractéristique de l’indigence.

Analyse par groupe cible

Les experts de la communauté et les mères d’enfants de 0-5 ans donnent les mêmes définitions de l’indigence au niveau de chaque strate. Mais dans la strate nord deux éléments les différencient de tous les autres groupes et sous groupes. Il s’agit de la dimension évoquée plus haut, liées d’une part à la capacité de garantir l’instruction des enfants, que les experts de la communauté et les mères d’enfants de 0-5 ans sont les seuls à ne pas retenir dans leur définition et d’autre part, à l’incapacité d’un individu à contribuer financièrement dans sa famille à des cérémonies de décès, de mariage ou de baptême qu’ils sont par contre les seuls à retenir *“celui qui est incapable d’assumer cette responsabilité – fut-elle insignifiante – en tant que membre d’une famille est un indigent”*.

Le groupe des agents de santé, membres des COGEC et techniciens de l’action sociale se différencie des autres groupes et sous-groupes pour n’avoir retenu dans aucun de ses focus group le statut de femme chef de ménage comme une caractéristique de l’indigence.

Au total, trois caractéristiques de l’indigence sont citées de façon prioritaire dans toutes les strates et par tous les groupes de cibles: l’alimentation (toujours comme premier élément), l’habillement et l’habitat. Au cours des focus group, les déclarations faites pour illustrer

ces caractéristiques sont: *“l’indigent est celui qui éprouve de sérieuses difficultés pour se nourrir; il ne mange pas à sa faim; il a besoin d’un apport extérieur quasi constant pour pouvoir se nourrir”; “c’est celui qui vit au jour le jour sans savoir de quoi demain sera fait”. C’est aussi “celui qui est mal habillé, qui porte des habits vieux ou sales” et qui “est mal logé, qui vit dans une habitation précaire, délabrée et malpropre”.*

Discussion

Dans le but d’obtenir des définitions de la pauvreté et de ses différents grades, du point de vue des membres de la communauté, une triangulation de sources a été adoptée pour la présente étude. En effet, la prise en compte dans l’échantillon des sous-ensembles de répartition de la pauvreté par zone agro-écologique au Bénin, permet de tenir compte de différents degrés d’intensité de la pauvreté et autres caractéristiques propres à chaque zone. Pour éviter les biais de sélection et d’information, une diversification a été observée dans la sélection des cibles de l’étude (experts de la communauté – informateurs clés – travailleurs et autres membres de la communauté) sur la base de leur expérience liée à la situation des pauvres. Enfin, les doubles traductions comparées des entretiens et focus group en langues locales ont permis de réduire les biais liés à la traduction.

L’étude, même si elle a touché plusieurs catégories de membres de la communauté, elle aurait pu couvrir plus large, en allant plus dans les détails des composantes de la communauté. Cette démarche aurait peut-être révélé d’autres différences de point de vue entre les groupes sociaux et entre les strates.

Si l’importance de la participation de la communauté à la détermination des moyens durables de son existence est reconnue, il est par conséquent nécessaire, avant la conception de toute stratégie visant l’amélioration des conditions d’une communauté, de partir de sa compréhension et de l’utilisation faite des différents concepts liés au problème à résoudre. La résolution des problèmes de pauvreté et de santé ne saurait se soustraire à cette démarche. Qui sont les pauvres? Dans beaucoup de pays à faibles revenus, la majorité de la population est généralement classée comme pauvre. Il est important de faire une différence entre la majorité qui est pauvre et la minorité très pauvre dans la mise en œuvre de politiques en faveur des pauvres (19).

La pauvreté est un phénomène social et économique complexe en ce qu’elle fait appel à de multiples dimensions et facteurs s’imbriquant souvent les uns dans les autres, mais à des degrés variables selon l’espace, le temps et les conditions socio-économiques et culturelles.

De par son caractère à la fois multidimensionnel et multifactoriel, cerner les caractéristiques du pauvre et de ses dérivés (démuni, indigent) devient un exercice extrêmement difficile. Toute action, visant l'identification des indigents et leur prise en charge sanitaire dans le cadre des SSP, devrait pourtant non seulement lever le flou qui caractérise la ligne de démarcation entre ces concepts mais aussi tenir compte des définitions locales propres aux communautés au sein desquelles elle doit avoir lieu.

De façon générale, il ressort des entretiens que *la pauvreté au Bénin repose sur l'insuffisance de biens matériels, la non satisfaction des besoins les plus élémentaires, à savoir se nourrir, se vêtir, se loger, s'instruire et se soigner*. De ce fait, la pauvreté traduit un état de privation plus ou moins durable de bien-être, donc des ressources nécessaires à la vie de l'homme. Mais le PNUD définit la pauvreté (entendu comme la privation de bien-être) non uniquement comme "l'état d'indigence dans lequel une personne se trouve effectivement, mais également comme le manque d'opportunités réelles qui permettraient de bénéficier d'une existence qui vaille la peine et qui soit considérée à sa juste valeur" (18). L'une des opportunités pour bénéficier d'une existence qui vaille la peine est l'accès soins et services de santé.

Dans notre étude, l'alimentation se situe en première place des caractéristiques de la pauvreté. Elle peut donc être considérée comme l'élément majeur des dimensions de la pauvreté du point de vue de la communauté. Cet état de fait est renforcé par l'étude qualitative qui a couvert toute l'étendue du territoire et qui a été réalisée en 1996 sur la perception de la pauvreté au Bénin (20). De même, dans la réflexion critique de Gwatkin (21), l'alimentation est un élément non négligeable dans la définition de la pauvreté.

Les mêmes caractéristiques de la pauvreté identifiées dans notre étude ont été décrites, dans d'autres études telles que celles réalisées aux Comores, en Guinée et en Ethiopie (3) et par la Banque Mondiale ('voices of the poor') auprès de 60000 hommes et femmes pauvres, dans 60 pays, pour les aspects liés au bien-être matériel, en dépit de la diversité et des spécificités de pays, de zones (urbaines et rurales) de culture d'âge et de genre (22).

En dehors de l'alimentation qui est la première dimension mentionnée quelle que soit la population, on observe une différence relative dans la priorité accordée aux autres dimensions selon les zones et selon qu'on soit en ville ou en zone rurale. En d'autres termes, les priorités dans les besoins essentiels varient selon les régions. Cette situation est aussi décrite par Minvielle dans une étude réalisée au Sénégal sur la pauvreté rurale et urbaine (17). L'auteur met en relief pour l'évaluation des seuils de pauvreté, les variations importantes qui peuvent exister dans la

composition du panier de consommations alimentaires et non alimentaires de base, entre régions et surtout entre zones rurale et urbaine. Sur le plan opérationnel, ces nuances qui existent dans le classement des dimensions de la pauvreté devraient être prises en compte pour garantir une pleine participation de la communauté dans les actions visant à réduire la pauvreté et dans le cas d'espèce, à identifier et prendre en charge sur le plan sanitaire les indigents. Un aspect important qui ressort de notre étude est l'abord de la pauvreté et de l'indigence du point de vue mystique et spirituel. L'influence des forces extérieures, des causes mystiques, est considérée comme prépondérante dans la survenue de la pauvreté, voire de son aggravation (indigence). Cette situation est aussi notée par l'étude de la Banque Mondiale où, la vie spirituelle et l'observance des préceptes religieux sont imbriquées avec certains aspects du bien-être. Il est aussi évoqué l'importance de l'église, de la mosquée, du temple et des lieux sacrés comme supports-clés dans la vie (22). Bien que cette analyse puisse être l'objet de réserve sur le plan rationnel, nous ne pouvons ignorer cette conception mystique et spirituelle. C'est la traduction à la fois de l'attitude religieuse et traditionaliste des Africains. Les religions chrétiennes et traditionnelles occupent une place de choix dans leur vie. Aborder la lutte contre la pauvreté et la prise en charge sanitaire des indigents dans un contexte africain sans en tenir compte, risque de réduire le niveau d'adhésion des membres de la communauté. Cependant, la prise en compte de ces aspects mystiques et religieux ne devrait pas empêcher une analyse conséquente des effets négatifs liés à cette manière de voir la pauvreté. Manguelle, dans l'une de ses œuvres, aborde fort bien la question (23). En effet, lorsque la pauvreté ou la maladie sont interprétées à travers le mystique et le religieux, il devient difficile en cas de maladie, de faire accepter une prise en charge médicale.

Dans la littérature, le concept de démuné est parfois assimilé, tantôt à celui du pauvre, tantôt à celui de l'indigent (1, 3, 24, 25). Cette situation pourrait du point de vue opérationnel (identification des indigents et classification sur le terrain) être source de confusion, voire de conflit. Dans notre étude, la même situation s'est présentée. Pour la plupart des enquêtés, le dénuement ne rentre pas dans une catégorie précise dans la gradation de la pauvreté. Il est souvent confondu sur le plan conceptuel soit avec la pauvreté tout simplement, soit avec l'indigence; ou alors il relève d'une notion de perte accidentelle de biens et pas directement relié à la gradation de la pauvreté. En conséquence, au Bénin le concept de dénuement, pour des raisons pratiques, ne devrait pas être utilisé, ou doit l'être avec grande prudence, dans le cadre des actions impliquant la communauté pour l'identification des indigents et leur prise en charge sanitaire.

La question de l'indigence a été abordée à travers les entretiens puis les focus group afin de mieux la cerner. Les dimensions de l'indigence relevées lors des focus group sont en concordance avec ceux des entretiens. La dimension matérielle occupe une place centrale dans la définition de l'indigence. Les entretiens et focus group montrent que l'indigent, à l'instar du pauvre, a un problème de privation de ressources matérielles, de biens essentiels, mais dans une manifestation intense. C'est ce que le PNUD définit comme l'extrême pauvreté, la misère (16).

En dehors de ces caractéristiques essentielles, notre étude met en relief que du point de vue contenu, certaines autres caractéristiques de l'indigence prennent au Bénin des valeurs opposées selon la région. En effet, la famille nombreuse, la non scolarisation des enfants qui sont des caractéristiques de ménages indigents dans les zones urbaine, sud et centre, deviennent des éléments de production et des sources de richesse dans la zone nord.

L'indigence est donc l'expression d'un stade très avancé de la pauvreté. Un indigent ne peut que compter sur la solidarité pour vivre. C'est celui que Kaddar et al. ont qualifié du "plus pauvre des pauvres". Pour ces auteurs, l'indigence qui recouvre à la fois des dimensions économiques et sociales est en tout état de cause multidimensionnelle du fait qu'elle cumule de façon interdépendante pauvreté et exclusion sociale (1). L'exclusion sociale porte tant sur les services sociaux de base que sur la vie communautaire. Cette exclusion des services sociaux de base implique donc la non jouissance des prestations des structures de santé. L'exclusion sociale est cependant atténuée en Afrique par le filet social qui malgré son étiolement reste l'une des formes les plus actives de soutien aux indigents.

Le concept de féminisation de la pauvreté se renforce de plus en plus et il est actuellement admis que 70% des pauvres sont des femmes (26). Au Bénin, 21% des chefs de ménage sont de sexe féminin (27). Par conséquent, la question de l'indigence des femmes chefs de ménage évoquée par les experts de la communauté et les mères d'enfants de 0-5 ans, mérite réflexion. Plusieurs facteurs prédisposent ces femmes à l'indigence au Bénin. La majorité des femmes (64%) n'a aucun niveau d'instruction (27), le système social de type patriarcal leur laisse peu de possibilités d'épanouissement, même économique. Les femmes qui ont pour rôle essentiel de garantir l'entretien, l'alimentation et les soins de santé de la famille, sont pour la plupart ménagères ou ne détiennent que les emplois les plus précaires. Dans ces conditions, une fracture familiale telle que le divorce, l'abandon ou le veuvage conduit la plupart d'entre elles à la pauvreté ou les fait passer au grade plus intense de la pauvreté, l'indigence. De ce fait, les soins de santé des personnes à charge se trouvent encore plus compromis.

TABLEAU 1.
Tableau comparatif des dimensions de la pauvreté et de l'indigence

	Alimentation	Habitat	Habillement	Instruction des enfants	Accès aux soins	Famille nombreuse	Femme chef de ménage	Handicapé	Veuf/veuve sans ressources	Capacité à contribuer aux cérémonies	Besoin constant d'aide
Pauvreté	++	++	++	++	++	+	+	+	+	---	---
Indigence	+++	+++	+++	++	++	+	++	+	++	+	+++

Légende tableau 1: +++ = niveau de consensus élevé
 ++ = niveau de consensus moyen
 + = niveau de consensus faible
 --- = non retenu

TABLEAU 2.
Tableau récapitulatif des dimensions primaires et secondaires de l'indigence par zone au Bénin

ZONES (Strates)	Dimensions primaires					Dimensions secondaires					
	Alimentation	Habitat	Habillement	Besoin constant d'aide	Instruction des enfants	Accès aux soins	Famille nombreuse	Femme chef de ménage	Handicapé	Veuf/veuve sans ressources	Capacité à contribuer aux cérémonies
NORD	+++	++	++	+++	+	+	+	++	++	++	++
CENTRE	+++	+++	+++	+++	++	++	+	++	++	+	---
SUD	+++	+++	+++	+++	++	++	+	++	---	+	---
URBAINE	+++	+++	+++	+++	++	++	+	++	---	+	---

Légende tableau 2: +++ = niveau de consensus élevé
 ++ = niveau de consensus moyen
 + = niveau de consensus faible
 --- = non retenu

Les tableaux 1 et 2 font le récapitulatif des dimensions des concepts de pauvreté et d'indigence du point de vue de la communauté au Bénin. Ces dimensions sont classées en primaires et secondaires dans le tableau 2, les dimensions primaires étant les plus importantes et les plus constantes.

Conclusion

La quête de définition sur la pauvreté et ses gradients du point de vue de la communauté, a permis de dégager les nuances que cette communauté perçoit dans les différents grades de la pauvreté. Des trois vocables étudiés, deux peuvent être retenus au Bénin dans le cadre d'une intervention de santé publique visant l'identification et la prise en charge des indigents. Il s'agit de la pauvreté et de l'indigence pour lesquels un large consensus semble se dégager au niveau de la communauté.

D'un point de vue opérationnel, et surtout dans le but d'avoir des concepts qui satisfassent à la fois politiques, planificateurs de la santé et communauté, nous pouvons définir au Bénin la pauvreté à partir de trois dimensions "primaires". Il s'agit par ordre de priorité de: difficultés à se nourrir, vivre dans un habitat précaire et ne pas avoir des vêtements décents.

Quant aux dimensions de l'indigence, elles se basent sur les mêmes éléments, mais avec non seulement un accent dans leur expression prononcée, mais aussi avec une notion complémentaire et obligatoire de dépendance et d'assistance sans laquelle le minimum de besoins essentiels ne pourra être assuré.

Des dimensions "secondaires", non de présence obligatoire, interchangeables selon les régions que sont l'incapacité de couvrir les frais de soins de santé, l'incapacité de garantir l'écolage de ses enfants, être femme chef de ménage, avoir une famille nombreuse sans ressources fixes ou stables doivent compléter la définition.

Sur la base de ces dimensions mises en relief par notre étude, la mise en œuvre d'une intervention visant l'identification des indigents et leur prise en charge sanitaire, pourra recueillir plus l'adhésion des autres membres de la communauté.

Summary

The aim of our study was to define different degrees of expression of poverty seen from the point of view of the Benin community. We adopted a qualitative process with two methods: interview and focus group. Four strata were defined. Thirty interviews and 48 focus groups were conducted with 483 people.

Interview and focus groups clearly reported that poverty was material and was defined in terms of difficulties to provide in food, clothing and to find accommodation. A moral, spiritual

or mystical dimension can be associated with poverty. Concerning indigence, it was defined as the pronounced and extreme expression of inability to satisfy basic needs (food, clothing, accommodation) with a need of help and aid. Inability to have access to health care and children's schooling are some of the characteristics.

In conclusion, among three concepts (poverty, destitution, indigence) reported in our study, two were taken into account by communities in Benin: poverty and indigence. Measures to fight poverty especially in the health care domain, in the goal of identification and handling of the indigent, should take these results into account in order to assure a consensus between policy makers, planners and members of the community.

Key words: Benin, community, indigence, poverty, primary health care, representation

Références

1. Kaddar M, Schmidt-Ehry B, Stierle F, Tchicaya A. Indigence et accès aux soins de santé en Afrique-Subsaharienne : situation et perspectives d'action. Eschborn: GTZ, 1997.
2. Tovo M. Réduire la pauvreté au Bénin, vers une stratégie d'action. Cotonou: Centre pour l'Environnement et le Développement en Afrique, 1996.
3. De La Rocque M. Equité et exclusions des services de santé. De la recherche à l'action, l'expérience d'une ONG. *Sante* 1996; 6: 341-4.
4. Waelkens MP. Exemptions for cost recovery systems in sub-Saharan Africa: A review of policies and practices [dissertation]. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine, University of Liverpool, 1999.
5. Organisation Mondiale de la Santé. Les Soins de Santé Primaires: Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires; Alma-Ata (URSS). Genève: OMS, 1978.
6. Sen A. Health in development. *Bull World Health Organ* 1999; 77 (8): 619-23.
7. Feachem RG. Poverty and inequity: a proper focus for the new century. *Bull World Health Organ* 2000; 78 (1): 1-2.
8. Organisation de Coopération et de Développement Economiques et Organisation Mondiale de la Santé. Les lignes directrices et ouvrages de référence du CAD: Pauvreté et santé. Paris: Les éditions de l'OCDE; 2003.
9. Guédirah MN. Note sur l'identification des ménages éligibles à l'assistance sociale de l'Etat. Rabat: Ministère de la santé du Maroc Projet étude actuarielle RAMEF 2000.
10. Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Por I, Kimvan H, Meessen B. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy Plan* 2004; 19 (1):22-32.
11. Sohani SB, Salim SM, Nyamu H, Annett H. Health care financing. A model from rural Kenya. In: Audibert M, Mathonnat J, de Roodenbeke E, eds. *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*. Paris: Karthala, 2003: 131-8.
12. Musango L. Organisation et mise en place des mutuelles de santé. Défi au développement de l'assurance maladie au Rwanda [dissertation]. Bruxelles: Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles; 2005.
13. Ridde V, Girard JE. Douze ans après l'initiative de Bamako: constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé des indigents africains. *Sante Publique* 2004; 15 (1): 37-51.
14. Stierle F, Kaddar M, Tchikaya A, Schmidt-Ehry B. Indigence and access to health care in sub-Saharan Africa. *Int J Health Plann Manage* 1999; 14: 81-105.

15. Le débat "pauvreté absolue ou pauvreté relative". Cahiers Français n° 286. [En ligne]. [consulté le 18/11/03] sur http://www.ac.montpellier.fr/ressources/dda/exclusion/dda3_111_2.HTML
16. United Nations Development Program. Overcoming Human Poverty. UNDP Poverty Report. Washington: UNDP, 1998.
17. Minvielle JP. La pauvreté en Afrique est-elle plus rurale qu'urbaine? Discussion à partir du cas du Sénégal. Cahier du C3ED 2003; n° 03-03.
18. Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport sur le développement humain au Bénin. Cotonou: PNUD, 1997.
19. Bennett S, Gilson L. Health financing designing and implementing pro-poor policies. Londres: DFID Health Systems Resource Centre, 2001.
20. Aho G, Surpris MJ, Larivière S, Martin F. Mesures des perceptions de la pauvreté: techniques et application. In: Aho G, Larivière S, Martin F, eds. PNUD. Manuel d'analyse de la pauvreté. Application au Bénin. Laval: Communications Sciences-Impact 1997: 53-95.
21. Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? Bull World Health Organ 2000; 78 (1) 3-17.
22. The world Bank Group. Poverty trends and voices of the poor. Fourth edition. Washington DC: The World Bank's poverty reduction and economics management and human development networks, 2001.
23. Manguelle DE. L'Afrique a-t-elle besoin d'un programme d'ajustement structurel? Ivry-Sur-Seine: Nouvelles du Sud c1991.
24. Chauvin P, Lebas J. Précarité et recours aux soins. Index articles "Santé et Précarité" [En ligne]. [consulté le 23/05/03] <http://web.ccr.jussieu.fr/institu/html/projets/t11.html>
25. Moradell M, Halley Des Fontaines V. Les principaux risques d'exclusion des soins dans les pays de l'Union européenne. Sante Publique 2000; 12 (4): 513-27.
26. Marty C. Sur la relation entre genre et pauvreté. 2002 [En ligne]. [consulté le 18/11/03] sur <http://france.attac.org/site/page.php?idpage=1851&langage>
27. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) et ORC Macro. Enquête Démographique et de Santé au Bénin 2001. Calverton, Maryland USA: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et ORC Macro, 2002.