

BURKINA FASO
Ministère de l'Economie et des Finances
Direction Générale de l'Economie
et de la Planification



INITIATIVE STRATEGIQUE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE

Enquêtes participatives sur les perceptions des dimensions du bien-être, de la pauvreté et de l'accessibilité des services sociaux de base en milieu rural

Volume 2 : Accessibilité des services sociaux de base.

Rapport
(Version définitive)

Consultants :
Christian A. BERE
Mafing KONDE
Sous la supervision de Hugues LEGROS

Août 1998

« Si tu n'as aucun bien et tu n'as aucune
connaissance, alors ta pauvreté est complète. »

Contexte et objectifs de l'étude

Le Burkina Faso depuis l'Indépendance a réalisé des progrès importants dans plusieurs secteurs. Entre 1960 et 1996, l'espérance de vie à la naissance est passée de 36 à 52 ans et le PIB réel ajusté par habitant - dollars/PPA - est passé de 290 à 780. Entre 1970 et 1996 le taux d'alphabétisation des adultes est passé de 8% à 22 % et le taux brut de scolarisation est passé de 18 % à 30 % même si la population croissait rapidement à un taux de 2,64% par an¹.

Malgré ces efforts, la situation globale du pays demeure encore marquée par une très grande pauvreté de la population. Le profil de pauvreté au Burkina Faso, réalisé en 1996 par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), donne un seuil de pauvreté de 41.099 F CFA par adulte et par an. 45 % des burkinabé vivaient en dessous du seuil de pauvreté et 28% en dessous du seuil d'extrême pauvreté estimé à 31 800 F CFA par adulte et par an.² Même si la pauvreté existe dans l'ensemble du pays, son incidence et sa profondeur sont plus prononcées en milieu rural qu'en milieu urbain et elle touche plus les femmes que les hommes.

Le rapport mondial du PNUD de 1997 (base, données de 1994) sur le développement humain durable, donne un indicateur du développement humain³ pour le Burkina Faso de 0,221. Cette valeur est en deçà de la moyenne des pays de la région Afrique subsaharienne (0,330) et de la moyenne des pays les moins avancés (0,336). Le rapport national élaboré sur la base des données de 1996, donne un IDH de 0,276.

La pauvreté au Burkina Faso est d'abord et avant tout de nature structurelle :

- La principale source de revenus de la population burkinabé est l'agriculture et l'élevage. Or, les conditions climatiques sont particulièrement difficiles. L'approvisionnement en eau

¹ PNUD (1997) page 20.

² PNUD (1997) page 12

³ Il faut noter que l'indicateur de développement humain développé par le PNUD, vise à donner une mesure de la performance des économies des différents pays, favorisant un meilleur développement des hommes. « Le DHD vise le bien-être global et durable des individus notamment grâce à la croissance économique qui intègre au lieu de marginaliser les populations et qui de ce fait, se doit de créer des emplois et d'assurer une distribution équitable des revenus » (PNUD 1997) page 3

et en bois de chauffe des populations est très difficile. Les pluies faibles et irrégulières réduisent la production agricole et la rendent très risquée. Les températures élevées pendant une bonne partie de l'année rendent le travail manuel très pénible. La surexploitation des ressources foncières causée par la surpopulation humaine et animale, entre autres sur le plateau central, dégrade la fertilité des sols.

- Le pays est peu doté en ressources naturelles, mis à part l'orpaillage et le développement de certains sites hydroélectriques. En particulier il importe à grands frais du pétrole pour produire de l'électricité et fournir du carburant aux véhicules.
- Les maladies tropicales sont endémiques, contribuant aux problèmes de santé de la population ;
- Le Burkina Faso est un pays enclavé. Les biens importés, notamment les équipements de production, ne sont pas toujours disponibles et sont coûteux. De même, l'exportation des différentes productions vers les pays côtiers ou vers l'Europe connaît également des contraintes liées surtout au niveau de développement des transports et de leurs coûts ; le coton toutefois est un des produits dont l'exportation est la plus structurée.
- A l'Indépendance, le pays disposait de très peu d'infrastructures (routes, écoles, centres de santé, téléphone, etc.) et de ressources humaines formées.

Au-delà de ces conditions liées à la géographie, à l'histoire et à la structure économique, les politiques économiques du gouvernement et les politiques des bailleurs de fonds contribuent en partie à expliquer la situation actuelle. Une analyse approfondie de ces politiques ne fait pas partie du cadre de la présente étude et devrait distinguer les différents régimes qu'a connus le Burkina. On peut cependant avancer que, les politiques suivies depuis l'Indépendance n'ont pas conduit à des déséquilibres macro-économiques massifs ou à des distorsions très significatives dans l'allocation des ressources. Elles n'ont par contre pas réussi à réduire de manière significative la pauvreté.

Le programme d'ajustement structurel, dans lequel le pays s'est engagé au début des années 90, est axé d'une part sur l'assainissement du cadre macro-économique. D'autre part, il est axé sur une plus grande orientation de l'économie vers une libéralisation et une ouverture du marché en vue d'atteindre une plus forte croissance. Ce programme inclut également des

volets sociaux spécifiques. Mais les conditions de vie des populations se révèlent encore marquées par la précarité et l'insuffisance de revenu et la non disponibilité pour une grande partie des services sociaux de base. Ainsi, la part des secteurs sociaux dans les dépenses publiques a baissé de 28 à 23 %. La part du budget de l'Etat allouée au remboursement de la dette publique s'est accrue au rythme de 35 % sur la même période. Par ailleurs, le rapport sur la Coopération au développement montre que les donateurs ne consacrent qu'entre 4 et 8% du total de l'aide aux services sociaux de base.

Au Burkina Faso, l'un des défis majeurs du développement est donc de promouvoir des politiques économiques et sociales susceptibles de combattre la pauvreté. Le gouvernement avec l'aide de la communauté internationale a par conséquent opté d'orienter sa politique de développement vers l'amélioration des conditions de vie des populations. En effet, les autorités burkinabé ont par maints actes fait preuve de cette volonté, on peut citer :

- Les Six engagements du Chef de l'Etat en 1994 ;
- La lettre d'intention de politique de développement humain durable de 1995 ;
- Le choix des autorités de proposer le Burkina Faso comme pays pilote à l'application de l'initiative 20/20¹ issue de la conférence sur le développement social, tenue à Copenhague en 1996.

Depuis 1997, le PNUD appuie le gouvernement burkinabé dans le cadre de son Initiative stratégique de lutte contre la pauvreté. Les objectifs principaux de cette initiative sont:

- Compléter, consolider et mettre en cohérence les différentes initiatives relatives au Développement humain durable (DHD).
- Informer, sensibiliser et engager tant le gouvernement, la société civile, les partenaires au développement que les agences du système des Nations Unies dans les domaines de la lutte contre la pauvreté, de la mise en oeuvre de l'initiative 20/20 et de la démarche DHD.
- Jeter les bases de la formulation de stratégies et de programmes de lutte contre la pauvreté, donnant priorité à l'accès de tous aux services sociaux de base et d'insister sur la nécessité d'une action concertée du gouvernement, de la société civile et des partenaires au développement.

¹ L'initiative 20/20 concerne l'accès de la population aux services sociaux jugés essentiels (SSE), soit l'éducation de base, les soins de santé primaire et la nutrition, l'eau potable et l'assainissement ainsi que la maîtrise de la croissance de la population et la santé reproductive. Elle signifie un engagement des gouvernements des pays en développement à consacrer 20% de leur budget aux SSE et un engagement des bailleurs de fonds à consacrer 20% de leur budget d'aide aux SSE.

Dans le cadre de cette initiative, le PNUD, en accord avec le gouvernement, a décidé de mener une étude sur les perceptions des populations pauvres sur le bien-être, la pauvreté et l'accessibilité des services sociaux de base. Cette étude, qui s'inscrit dans une démarche participative qualitative, cherche à mieux comprendre la pauvreté telle qu'elle est vécue par les intéressés, et ceci pour deux raisons. Tout d'abord, il est essentiel de partir des perceptions des populations concernées pour élaborer un programme de lutte contre la pauvreté qui soit pertinent. Ensuite la pauvreté est une notion complexe qui recouvre de nombreuses dimensions. Compte tenu de l'immensité des besoins et des contraintes budgétaires, il est essentiel pour le gouvernement comme pour les bailleurs de fonds de savoir quelles sont les dimensions essentielles du bien-être et de la pauvreté afin d'orienter leurs interventions de la manière la plus pertinente et la plus efficace possible.

Outre la pauvreté, l'étude porte sur les perceptions du bien-être et de l'accessibilité des services sociaux de base. Il est important de partir de la notion de bien-être, qui nous donne une idée positive de ce qui est nécessaire aux yeux de la population pour satisfaire leurs besoins. L'accessibilité des services sociaux de base est importante, d'une part parce qu'elle couvre des besoins jugés fondamentaux pour le développement humain durable et, d'autre part, parce qu'elle figure au coeur de l'Initiative 20/20.

L'étude s'intéresse aux perceptions de la population burkinabé pauvre aussi bien urbaine que rurale. Compte tenu des différences de mode de vie entre le monde urbain et le monde rural, les investigations ont porté d'abord sur les perceptions des populations urbaines (confère rapport enquêtes en milieu urbain, juillet 1998). L'urbanisation au Burkina Faso connaît une progression effective, de 5% de la population totale en 1960 elle a atteint le niveau de 23% en 1993 et on s'attend à ce qu'elle atteigne 38% en l'an 2000.⁵ C'est dire que le pays est encore en grande majorité rurale.

Le présent rapport présente les résultats de l'étude menée dans 8 provinces du pays, choisies dans les 6 régions de pauvreté définies par l'enquête prioritaire de l'INSD de 1994 (confère plan de sondage et carte en annexe 1)

⁵ PNUD (1997) page 165.

Chapitre 1 : Cadre conceptuel du bien-être, de la pauvreté et de l'accessibilité des services sociaux de base

1.1. Le concept de bien-être

« Le bien-être signifie le fait de satisfaire ses besoins, ou d'être exempt de besoins, ou encore le sentiment agréable qui en résulte ». ⁶ En réalité les approches et les significations diffèrent selon la personne, le milieu et la culture à laquelle elle appartient. Les différences de points de vue proviennent de l'importance accordée à la perception du bien-être et de l'éventail des dimensions qui définissent ce bien-être.

Si l'on s'en tient à l'approche purement économique du bien-être⁷, les « utilitaristes » définissent le bien être comme le niveau d'utilité (de satisfaction) atteint par un individu. Ils attachent une grande importance aux perceptions de la personne quant à ce qui lui apporte de l'utilité, c'est-à-dire du bien-être. En terme de mesure du niveau de bien-être, ils vont se servir d'indicateurs plus « neutres », c'est à dire qui ne privilégient pas un type de bien sur un autre, l'important est que la personne en retire de la satisfaction.

A l'opposé les « non utilitaristes » définissent le bien-être de manière indépendante des perceptions individuelles, en se basant sur ce qu'ils estiment être souhaitable pour l'individu d'un point de vue social ». En terme de mesure du bien-être, ils vont donc se servir d'indicateurs sélectifs portant sur certains biens jugés socialement utiles. En particulier ils vont privilégier une alimentation nutritionnellement adéquate et donc se servir de consommation nutritionnelle (Ravallion 1992).

Par rapport à l'éventail des dimensions du bien-être considérées, on distingue les approches centrées sur le niveau de vie et celles axées sur les droits et les opportunités des personnes. Les premières qui sont couramment utilisées par les économistes mettent l'accent sur la

⁶ Dictionnaire Le petit Larousse illustré (1996)

consommation réelle de biens et de services matériels.⁸ La deuxième approche préfère une vision sociale plus large et met l'accent sur les droits et les opportunités des personnes en termes d'accès aux ressources et aux normes de consommation potentielle.⁹

Le milieu rural qui a fait l'objet de la présente étude intègre les deux définitions: pouvoir satisfaire ses besoins fondamentaux, c'est être dans le bien-être. Mais cette satisfaction de besoin n'a de sens que lorsqu'elle est socialement partagée: « *On ne peut être dans une situation de bien être lorsque le voisin, a côté est dans des difficultés* ».

1.2. Le concept de la pauvreté

La pauvreté est définie de manière habituelle comme un aspect qui dénote le manque de ressources, un dénuement apparent. Le pauvre est celui qui a *peu ou pas* : de ressources, de biens, d'argent. C'est une personne sans emploi ne disposant plus de ressources nécessaires à sa subsistance¹⁰.

Pour le PNUD, la pauvreté se définit en terme de capacité : il s'agit de la pauvreté humaine. La pauvreté d'une existence ne tient pas uniquement à l'état d'indigence d'une personne, mais sur les potentialités qu'un individu est en mesure de réaliser, en fonction des opportunités dont il dispose. Par potentialités, on désigne tout ce qu'un individu peut souhaiter faire ou être. Dans cette approche, la pauvreté revêt tant un caractère monétaire - insuffisance de revenu et de consommation - que les aspects liés à l'accessibilité de besoins essentiels et à la pénurie de capacité. Dans ce sens, les indigents peuvent ne pas être pauvres tant que leurs potentialités sont judicieusement exploitées.

En milieu rural, au Burkina Faso, la pauvreté est un « manque » ou une « insuffisance » de quelque chose, du nécessaire pour s'estimer en situation de bien-être. La pauvreté, avant d'être une situation, est déterminée par un « facteur ou un ensemble de facteurs limitants ». On s'installe dans la pauvreté tant que ces facteurs persistent.

7 Cette section s'inspire directement de PNUD (1996) Perception des dimensions du bien-être, de la pauvreté et de la richesse dans les quartiers pauvres urbains, Volume 1 de l'étude sur les conditions de vie en milieu urbain, Cotonou, Bénin.

8 Banque mondiale (1990)

9 Sen (1979)

1.3 L'accessibilité des services sociaux de base

Selon l'initiative 20/20, Les services sociaux de base, couvrent les domaines de la santé de base, de l'éducation de base, de l'eau et de l'assainissement, de la nutrition, et de la santé génésique (santé de la reproduction) et la population. La question des services sociaux de base s'inscrit dans une problématique où ils ne sont pas perçus seulement comme " *un objectif attrayant en soi, mais également l'un des principaux ingrédients d'un développement global, de la paix et de la sécurité dans le monde. Cet objectif jette les bases d'une forme de développement faisant davantage appel à la participation, qui tout en favorisant la productivité, contribue à freiner la croissance démographique, favorise l'équité et l'égalité entre les hommes et les femmes et améliore la possibilité de disposer de moyens de subsistance durables, ce qui contribue, en retour, à réduire la pauvreté et à résoudre les problèmes issus des disparités socio-économiques, qui sont si souvent à l'origine de la discrimination sociale, des conflits, des tensions politiques, de la violence ethnique et de la guerre.* " Plus loin, il est précisé qu'" *une réduction durable de la pauvreté n'est pas envisageable tant que les pauvres, hommes et femmes, ne disposeront pas des moyens nécessaires pour prendre leur destin en main grâce à un meilleur investissement dans leurs capacités fondamentales. De plus l'équité et l'égalité entre les hommes et les femmes ne deviendront réalité que lorsque l'accès aux services sociaux essentiels sera universel.*"¹¹

Ces problématiques sur l'accès aux services sociaux de base, telles que formulées ne trouvent totalement leur sens que dans le contexte actuel d'une vision moderniste du développement. Mais sont-elles vraiment perçues et vécues par les populations burkinabé dans les mêmes perspectives ? Les questions de l'accès aux soins de santé primaires et à l'éducation semblent être perçues aujourd'hui presque par tous comme une nécessité pour l'évolution de l'individu dans sa communauté. En revanche, les questions de nutrition, de santé génésique et la population, d'eau potable et d'assainissement ne semblent pas être ressenties comme des besoins au même titre que la santé et l'éducation.

¹⁰ Dictionnaire Le petit Larousse illustré (1996)

¹¹ FNUAP/OMS/PNUD/UNESCO/UNICEF (1994).

De plus les formes et les procédures par lesquelles l'individu peut accéder aux services sociaux essentiels peuvent poser un problème de perception. Il est donc essentiel de connaître les perceptions qu'ont les pauvres des services sociaux pour mieux adapter ces derniers et ainsi leur faciliter l'accès.

Il est par conséquent essentiel de connaître les perceptions qu'ont les populations rurales des services sociaux pour mieux les adapter et faciliter leur accès.

Chapitre 2 : L'accessibilité des services sociaux de base

2.1. Types de services sociaux de base souhaités : ordre de priorité

Les enquêtes de groupes focalisés ont permis de mesurer l'accès des pauvres ruraux aux services sociaux de base. Les services sociaux de base souhaités par les différents groupes sont l'éducation, la santé, l'eau potable et l'assainissement.

Tableau 1 : Classement des services sociaux de base prioritaires pour les pauvres en milieu

| Types de services sociaux de base | Rang |
|--|------|
| Centre de santé (Dispensaires / Maternité) | 1 |
| Education (Ecoles / Centre de formation) | 2 |
| Eau potable | 3 |
| Assainissement | 4 |

Source : Enquêtes des participatives du PNUD. Mars 1998.

La santé de base

Les centres de santé pour le milieu rural, viennent au 1er rang des priorités. Il est question d'avoir davantage de centres. Ils comprennent notamment les dispensaires et les maternités, et les points de ventes des remèdes. Il s'agit du manque d'infrastructures de santé, aménagés et bien intégrés.

L'éducation de base

Les services d'éducation et de formation viennent en 2^{ème} position. On distingue les écoles perçues comme lieux d'enseignement général et les centres de formation qui portent sur l'apprentissage d'un métier. Ces centres permettraient d'une part aux élèves qui n'auraient pas réussi à l'école de pouvoir bénéficier d'une formation professionnelle. D'autre part, il y a le sous emploi des paysans. Pendant plus de 6 mois de l'année, plusieurs ruraux sont inactifs.

L'eau potable

L'eau potable vient au 3 ième rang des priorités. Pour les ruraux, elle est perçue sous l'angle des forages équipés de pompes manuelles et des puits busés. La question de l'eau potable, c'est-à-dire, l'eau propre à la consommation humaine (eau de boisson), ne semble pas être perçue sous l'angle de la qualité. Il semble qu'il y a, en milieu rural, le souhait que l'eau soit disponible, sa qualité est une question secondaire. « *Nous voulons des barrages parce que les pompes manuelles s'abiment vite, et puis l'eau ne sort pas vite, il faut pomper longtemps* »

L'assainissement

L'assainissement arrive en 4 ième priorité. Le besoin de ce type de service porte sur la construction des latrines. Il faut noter que cette quête provient plus des villages qui bénéficient d'interventions de structures de sensibilisation : l'Action sociale ou ONGs

Il n'y a aucune variation dans le classement donné ci-dessus selon les groupes d'âge et selon le genre. Tout les groupes ont la même hiérarchisation des services sociaux de base.

2.2. Les difficultés d'accès aux services sociaux de base

Les entretiens ont permis d'identifier 12 difficultés qui limitent l'accessibilité des services sociaux de base en milieu rural. Toutefois, en sus des obstacles généraux s'appliquant aux trois types de services sociaux de base, il y a des spécificités au niveau de l'accès à l'eau potable.

2.2.1 Les difficultés spécifiques d'accès à l'eau potable

Les populations rurales n'ont accès à l'eau potable que par des forages équipés de pompes manuelles. Les obstacles qui se posent particulièrement aux populations dans l'exploitations de ces ouvrages socio-économiques sont au nombre de quatre.

Le temps d'attente au point d'eau : cette difficulté est liée au nombre important de personnes qui viennent à la recherche de l'eau¹². Il faut noter que la corvée d'eau se fait pratiquement à des moments précis dans la journée¹³, si bien qu'il y a des pointes où femmes, enfants et éleveurs se disputent les rang de passage. « *Les femmes sont entassées là-bas, il faut attendre son tour et on y perd tout son temps* ».

La pénibilité liée au pompage de l'eau : les populations rurales soulignent, qu'il faut non seulement exercer une grande force sur les pompes manuelles mais il faut également souvent pomper pendant un temps assez long afin d'obtenir la quantité d'eau souhaitée. « *... l'eau ne sort pas vite, il faut pomper longtemps* ».

Le manque d'eau : au niveau de certains forages la nappe d'eau souterraine n'est plus abondante, si bien qu'après un temps d'exploitation l'eau ne monte plus. Le manque d'eau engendre des disputes et souvent des conflits sociaux entre les utilisateurs « *Les forages qu'on a ici n'arrivent pas à suffir à tout le village. Il n'y a pas beaucoup d'eau dedans (...) Le manque d'eau peut provoquer des disputes autour des points d'eau* ».

La maintenance de la pompe : « *... les pompes s'abîment vite...* ». Cette question exige de la part de la population, une organisation dynamique pour la collecte des fonds (droit d'accès à l'eau) nécessaire à l'achat des pièces de rechange et au paiement du réparateur.

¹² Dans les normes nationaux, il faut un forage pour 500 personnes et pour une distance maximum de 500 m

¹³ L'organisation des activités dans les villages fait que la corvée d'eau se fait généralement très tôt le matin et en fin d'après midi.

2.2.2 Les difficultés générales d'accès aux services sociaux de base

Tableau 2 : Classement des difficultés d'accès aux services de santé et d'éducation

| Difficultés générales d'accès aux SSB | Ordre | Difficultés générales d'accès aux SSB | Ordre |
|---------------------------------------|-------|--|-------|
| Coût | 1 | Absence d'un S.S.B | 7 |
| Distance | 2 | Ignorance | 8 |
| Qualité | 3 | Non intégration des services sociaux de base | 9 |
| Manque d'équipements | 4 | Insuffisance du personnel | 10 |
| Entraves sociales et culturelles | 5 | Inadéquation du système | 11 |
| Manque d'aide et de service minimum | 6 | Besoin de main d'œuvre | 12 |

Source : Enquêtes des participatives du PNUD. Mars 1998.

Les difficultés d'accès liées au coût

Au niveau de l'éducation

Les différents frais fixes liés à l'accès aux services éducatifs, sont :

- La scolarité
- Les fournitures
- Les cotisations diverses (parents d'élèves)

Les participants aux entretiens jugent que les différents types de frais ne sont pas à la portée des bourses. « *Même si on inscrivait les enfants, et qu'on n'arrive pas à payer ce qu'on demande, l'enfant sera contraint d'abandonner. Sinon, nous savons que le savoir est meilleur à l'ignorance mais si on n'as pas les moyens* »

Le coût d'accès aux services d'éducation entraîne une renonciation des pauvres à l'école.

« *Est-ce qu'on peut mettre un enfant au monde et vouloir qu'il soit ignorant. C'est le manque de moyens qui nous amène à ne pas inscrire les enfants à l'école* »

Au niveau de la santé

Les différents types de frais courants liés à l'accès aux services de santé sont :

- La consultation
- Les examens médicaux
- Les médicaments (ordonnances)

Le prix des remèdes déroutent les pauvres, si bien que malades, ils refusent d'aller voir à temps l'infirmier. Les capacités financières ne leur permettent pas de recourir en temps opportun aux services de santé. Cette réalité sociale de certains malades pauvres est ignorée par les agents de santé. *« Très souvent on arrive au dispensaire, et les infirmiers nous engueulent d'avoir laissé traîner la maladie. Ils ne savent pas qu'il faut que nous réunissions l'argent nécessaire en vendant une bête ou des céréales, avant de prendre la route. Mais comme nous avons peur nous ne leur disons rien de ça. »*

**Le coût d'accès aux soins de base entraîne une renonciation
des pauvres à ces services, même au prix de leur vie**

" Si tu as 500 F pour manger aujourd'hui et demain alors qu'on te donne une ordonnance de 1000 F, je ne retrouve plus au dispensaire (...) Moi j'ai déjà personnellement emmené un de mes enfants malades au dispensaire, mais je vous assure que j'ai failli fuir à cause de la cherté des médicaments ».

La problématique du coût.

La cherté de la scolarisation et des soins de santé, ressenties par les groupes pauvres tient à trois éléments :

- la disponibilité financière en tant que telle. La plupart des ménages pauvres n'ont pas de revenu. Quand bien même ils l'aurait, il est caractérisé par sa faiblesse et la précarité.

- le coût d'opportunité : D'une part, il y a le fait que payer une scolarité implique forcément pour les pauvres une renonciation à un certain nombre de besoins fondamentaux. D'autre part, il y a toujours un coût de décaissement. Ces dépenses imposent de grosses sorties d'argent en une seule fois. Il en est de même pour les frais médicaux quand ils sont très élevés. Satisfaire aux exigences de paiement, suppose soit s'endetter soit se déposséder de toutes ses économies et dans une certaine mesure vendre certains biens. Il y a précarisation de l'équilibre financier fragile du ménage.

- Les éléments qui pondèrent grandement la problématique du coût pour les couches pauvres sont : le nombre d'enfants à scolariser, pour ce qui est de l'éducation de base ; et le nombre de personnes malades, la durée de la maladie ou la fréquence de la maladie au sein du ménage, pour ce qui est de la santé. Pourtant les pauvres sont les plus exposés à la maladie parce que démunis et mal nourris. D'autre part, les difficultés liées à la scolarisation sont cumulées d'une année à l'autre à cause du grand nombre d'enfants d'âges rapprochés.

Difficultés d'accès liées à la distance

Le facteur distance, peut être défini notamment par le temps que l'on mettra et la pénibilité que l'on éprouvera pour cheminer de son habitation au lieu abritant le service social de base. « *Toute chose est appréciée à cause de sa proximité* » a affirmé un des participants aux enquêtes en milieu urbain. Il est agréable de pouvoir y parvenir vite et sans grande peine.

La distance est un des paramètres incontournables dans la question de l'accessibilité. Les services sociaux de base fussent-ils entièrement gratuits, il faut que l'individu veuille bénéficier du service social de base et qu'il soit prêt à parcourir la distance qui le sépare du lieu. Il y a dans la question de la distance un effort physique et effort psychologique à surmonter.

En fait, à travers les entretiens, on s'aperçoit que la distance, comme réalité objective, n'est pas en elle même difficulté. Elle est surtout perçue sous l'angle des différents effets nocifs qu'elle engendre. Il y a entre autres :

- le manque d'enthousiasme pour l'école : " *Nous les parents voyant leur souffrance n'avons pas le courage de les forcer parce qu'ils font pitié* "

- la perte de temps dans le travail des parents : " Depuis 5 ans, chaque jour j'amène à vélo mon fils à l'école. C'est vraiment fatiguant pour moi. A un certain moment on m'a même traité de fou parce que je laisse mon travail pour amener mon enfant à l'école ".

- le problème de restauration : " ... il y a également le problème de la restauration. au début les enseignants nous disaient que les enfants qui passeront la journée à l'école auront du couscous comme repas de midi. Mais il arrive que nos enfants passent la journée sans rien manger. Comment feront-ils pour étudier ? ". Plus les services sociaux de base sont éloignés du domicile et plus la question de comment se nourrir se pose.

- le problème de l'hébergement : il est ressenti à plusieurs niveaux.

Au niveau des parents des enfants : « Tout le monde voudrait que ses enfants réussissent à l'école, mais malheureusement, ils échouent. Cela est souvent dû au mauvais traitements qu'ont leur infligent dans les familles d'accueil »

Au niveau de la famille accueillante (tutrice) : « Les enfants confiés sont insupportables et quels que soient les sacrifices que tu feras pour eux, ils trouveront à redire. Une fois rentrés chez eux pour les vacances, ils inventent des mauvais traitements qu'ils ont subis. Ils salissent ton nom et créent des situations conflictuelles entre leurs parents et toi ».

Il aurait été intéressant de savoir comment cette situation est effectivement vécue par les enfants. L'enquête n'a pas touché ce groupe des enfants.

- le problème du moyen déplacement des élèves ou pour des malades si la distance est assez grande. " Moi je suis l'accoucheuse du village, quand l'accouchement d'une femme se complique, il faut l'évacuer avec une charrette, c'est dur et d'autres laissent leur vie en cours de route (...) Si l'infirmier te dit d'emmener ton malade dans un grand centre parce qu'il ne peut le soigner, tu sais d'avance qu'il va mourir. Le dispensaire n'a pas d'ambulance, donc on l'emmène avec les transporteurs. Si c'est un jour où les transporteurs ne sont pas venus, ton malade meurt dans tes bras (...) S'il n'y a pas d'ambulance comment vas-tu transporter ton malade? Vas-tu le mettre au dos ? ".

- le problème de l'existence et de l'état des routes : *« s'il y a un malade, il est difficile de se rendre avec lui au centre de soins parce que la route est difficile. Nous transportons le malade en charrette ou à vélo, et il a le temps de mourir en route ».*

La distance engendre des difficultés que les pauvres ont du mal à surmonter.

Les difficultés d'accès liées à la qualité des prestations

L'appréciation de la qualité des prestations est fonction de types de paramètres : les paramètres objectifs et les paramètres subjectifs liés à la sensibilité des deux parties en présence. L'appréciation de la qualité au niveau des services sociaux de base devrait porter sur des éléments tels que : les aspects procédures, contenu de la prestation (ce qui en fait sa consistance) et de droits. Les pauvres, non instruits, ne disposent généralement pas de tous les éléments pour bien appréhender la qualité de façon objective. De ce fait, les appréciations sont beaucoup plus subjectives. Dans l'ensemble, c'est l'interaction entre les prestataires et les bénéficiaires, qui semble déterminer la perception de la qualité des services.

Au niveau du système éducatif :

- L'absence de vocation, les enseignants ne sont pas consciencieux : *les enseignants ne travaillent plus parce qu'ils aiment leur métier, mais parce qu'ils cherchent de l'argent. Ils ne mettent aucun sérieux dans ce qu'ils font.*
- Le manque de compétence des enseignants " *qu'il y ait de bons enseignants car il serait inutile d'inscrire les enfants à l'école s'ils n'apprennent rien de bon. Il faut des enseignants à la hauteur pour bien encadrer les enfants "*.
- L'exploitation des élèves par les enseignants *« les enfants travaillent pour les instituteurs : il puisent de l'eau, balaient leurs maisons et font la lessive (...) Les enfants ne*

font plus une bonne école. On les fait faire des travaux qui ne leur sont pas destinés. On les envoie chercher de l'eau, ramasser du sable, des bouses de vaches.»

La perception de la qualité des services éducatifs portent sur des éléments que l'on peut, dans une certaine mesure, qualifier d'objectifs, notamment pour ce qui est de la compétence. Mais tout est relatif, ce d'autant que les populations n'ont pas les éléments pour apprécier le niveau de compétence des enseignants.

Au niveau des services de santé

- Les agents de santé dorment¹⁴

Tu peux amener ton malade et trouver que l'infirmier dort. Tu lui parles et c'est le silence. Tu restes là, jusqu'à ce qu'il veuille venir faire quelque chose pour toi.

- Les agents de santé ne sont pas tolérants : ils insultent et paniquent les patients

Des fois quand tu arrives au dispensaire avec ton enfant malade, les infirmiers t'insultent. (...) Souvent, ils (agents) crient sur toi jusqu'à ce que tu perdes tes esprits.

Dans cette situation, les pauvres dans une certaine mesure, se mettent en cause par le fait qu'ils se savent dans l'ignorance. Ils n'attendent que de l'aide.

- Les patients ont peur des agents de santé

.. comme nous avons peur, nous ne leur disons rien.

- Les agents ne travaillent pas avec vocation

L'infirmier devrait soigner pour l'amour de soigner. Mais ce n'est pas le cas. Des fois, tu es là avec ton et ton argent, mais il te faut courir pour les attraper. Avant ils avaient l'amour du métier, mais plus maintenant.

¹⁴ L'intervenant n'a pas précisé si cela se passait au moment des heures normal de travail ou au moment de la garde de nuit

◦ Les sages-femmes exploitent les femmes

Lorsque nous allons pour les pesées, on nous donnent des arachides à décortiquer ou à semer avant qu'elles ne commencent la pesée.

Dans cette perception négative de l'interaction prévalant entre les agents et les populations il y a trois niveaux d'approches qui se dégagent.

- Le mode d'implication dans ces rapports se fait dans un cadre d'ignorance. Ils avouent ne rien savoir, ni comprendre les procédures et les exigences des conditions dans lesquelles, ces services devraient leur être fournis « *On ne sait pas où aller, on ne sait pas quoi dire* ». Il y a également leur attitude à elles : comment devraient-elles se comporter pour faciliter la tâche aux agents ? Cette ignorance est grandement due au manque d'instruction.

- Outre les soins médicaux, les populations espèrent des agents une compréhension de leur situation de pauvre et leur manque de connaissance. Pour elles, une telle attitude de compréhension, qui devrait prévaloir, permettrait aux les agents de santé de les aider dans la découverte des modalités d'accès aux soins de santé. De cette absence totale de compréhension découle, selon elles, une forme d'exclusion des pauvres des soins de santé.

- Leur vision négative de cette situation, s'explique par le fait que selon elles, il s'agit d'une entorse à leurs droits élémentaires : ne pas être terrorisé ou être injurié, pour le simple fait d'avoir demandé un service. Des droits d'autant plus lésés, que les agents ne se montrent pas très disponibles et les exploitent dans certains cas.

Le manque de qualité des services sociaux démotive les pauvres par rapport aux sacrifices consentis. Il engendre des frustrations qui réduisent beaucoup les bénéfices qui devraient en résulter. Par ailleurs, il conforte dans leur position ceux qui, par ignorance, les rejettent.

Les difficultés d'accès liées à l'inadéquation des prestations fournies

Au niveau de l'éducation

Le système actuel, non seulement, ne permet pas à une personne instruite de trouver facilement un emploi, mais il engendre également une difficulté de réinsertion sociale. *Maintenant qu'on parle de réforme pour les fonctionnaires soient contractuels, personne n'enverra son enfant à l'école.*

Moi, je ne scolarise pas mes enfants parce que quand ils ne réussissent pas et qu'on les renvoie, ils se trouvent à mi-chemin entre la culture occidentale et la notre. Dans ces conditions ils refusent généralement de s'adonner aux travaux champêtres et deviennent des charges pour nous.

L'inadéquation du système éducatif est perçue à deux niveaux :

- l'incapacité de l'enseignement à instruire et à former tous ceux qui entrent en vue d'un emploi salarié. Pour les populations, le système est inadapté puisqu'il fabrique des chômeurs et marginaux potentiels. L'inadéquation du système ainsi perçue résulterait de la conception que les populations ont de l'école : on va à l'école pour devenir fonctionnaire. L'école devrait donner droit à un emploi permanent.

- l'effet négatif que le système fait sur l'individu : perturbation des élèves et surtout il engendre un sentiment de ne plus être fait pour certains travaux et/ou de connaître beaucoup plus que les parents. *« Maintenant l'enfant qui sort de l'école ne veut plus cultiver, il court se perdre en Côte d'Ivoire ».*

Au niveau de la santé

Toute la procédure consistant : à l'attente des patients dans le hall, la consultation en salle, le passage éventuel aux examens médicaux et la prescription d'une ordonnance ; semble inadapté. Non seulement, il y a le fait de pouvoir comprendre la nécessité de toutes les étapes, mais il y a également la capacité de savoir s'y conformer. Il est certain, que des patients

prennent peur ou qu'ils soient totalement désorientés, ce d'autant que les étapes comme la consultation et les examens médicaux ne sont pas perçues comme faisant véritablement partie des soins. Si au moins, il y avait un minimum de soins qui était procuré immédiatement et gratuitement, le temps que le malade réalisent ce qui peut advenir.

L'inadéquation des prestations diminue la portée des services. Ils réduisent également les bénéfices qu'on peut en tirer.

Les difficultés d'accès liées à l'ignorance ou aux entraves sociales et culturelles

L'ignorance et certaines pratiques contribuent au faible accès des pauvres aux services sociaux de base. Cette situation semble résider dans le manque d'information sur les possibilités réelles offertes par les services sociaux de base. « *Ce qui empêche les gens d'aller dans les services de santé, c'est l'ignorance* »

Au niveau de la santé :

- Il y a le manque de confiance en la thérapeutique dans certains cas de maladies : « *la médecine moderne est incapable de soigner les nouvelles maladies. (...) Il y a des maladies méconnues par les hommes de science moderne. De ce fait nous trouvons inutile de nous y rendre* ».

Par ailleurs, les réticences semblent procéder d'une certaine perception culturelle de certains faits ou événements de la vie. A chaque situation, on a une idée de comment elle devrait être traitée, afin que tout le sens et tout le symbole qu'on lui accorde ne soient pas affectés.

- L'exercice des maïeuticiens¹⁵ est controversé :

¹⁵ Les maïeuticiens sont des hommes faisant métier de sage-femme

Dans notre dispensaire, il n'y a que des hommes. Nous voulons des femmes à la maternité pour s'occuper des femmes. Que les hommes travaillent avec les hommes et que les femmes travaillent avec les femmes. (...) La présence des hommes à la maternité n'est pas une bonne chose. L'homme ne met pas au monde, ne donne pas la vie, comment pouvez prétendre qu'il aide ou qu'il fasse accoucher une femme. L'homme connaît son autre homme et la femme son autre femme. Cette opinion est partagée par presque tous les groupes, notamment les femmes rurales. Toutefois dans certaines zones, certainement sujettes à des interventions extérieures (ONG ou services techniques de l'Etat), ce problème des hommes sages-femmes n'est plus mal ressenti : « Dans les dispensaires aujourd'hui, les hommes et les femmes font presque les mêmes choses et les cela ne gêne personne. L'essentiel est qu'ils fassent bien leur travail »

- Les procédures de traitement des malades dans les centres de soins ne conviennent pas souvent à la vision des populations : le traitement des malades doit se faire dans des conditions de bonne moralité et de pureté.

« Ce qui poussent certains à ne pas aller au dispensaire c'est à cause de la cohabitation de tous les malades dans une même salle. Or il y a des cas de maladies, comme la variole, pour lequel il ne faut pas que des personnes sales (vagabonds sexuels) voient ou visitent les malades. Au dispensaire, on ne peut empêcher quelqu'un de regarder ton malade. Par conséquent on préfères ne pas y aller ». Dans de tels cas, « la médecine traditionnelle marquait la porte de la maison occupée par le malade. Or on ne pas faire cela au dispensaire. L'infirmier n'hésitera pas à nous chasser »

- Les femmes ne sont pas maîtresses de leur maternité. « Nous n'acceptons pas les méthodes contraceptives à cause de nos maris. Ces derniers disent que ces méthodes emmèneront les femmes à l'infidélité ».

Au niveau de l'éducation :

Le mariage précoce et forcé réalisé dans le cadre de promesses entre familles, constitue pour les jeunes filles un obstacle à leur scolarisation.

« Les filles sont généralement promises très jeunes. L'accès à l'école pourrait les amener à refuser les hommes auxquels elles sont promises. Alors que ces derniers auraient déjà fait de nombreux dons et prestations sociales aux parents. Pour ne pas prendre des risques on ne les scolarise pas ». C'est situation est aggravée par le fait que « certaines les filles inscrites à l'école reviennent avec des grossesses, rendant nuls les efforts consentis par les parents pour leur scolarisation ».

Dans les deux cas, santé ou éducation :

- Certains obstacles semblent résider dans les aspects négatifs qui pourraient résulter de l'inscription des enfants à l'école ou de la fréquentation du centre de santé. Cette perception va de la perte d'identité (confère, inadéquation du système) aux préjudices physiques. Le recours à la divination (géomancie) est courante, dans certaines localités, pour se situer sur les risques potentiels : *« L'an passé, quelqu'un a retiré son enfant de l'école parce que le géomancien a dit que s'il laissait son enfant à l'école, il va tomber malade et mourir (...) Il y a nos fétiches qui entravent l'accès à l'école ou au centre de santé. Pour s'y rendre, on va voir le géomancien qui nous dit s'il faut s'y rendre ou pas. Si les fétiches s'y opposent, celui qui enfreint sera confronté à des problèmes »*

- Le mode organisationnel des ménages : la décision d'aller vers les services sociaux de base ou d'engager une dépense, détermine grandement l'accès aux services sociaux de base. Généralement la femme, n'est pas autorisée à décider ou quand bien même elle le ferait, elle ne dispose pas de moyens financiers.

« De fois, on n'envoie pas les enfants à l'école parce que le mari n'est pas d'accord. La femme n'a aucun droit pouvoir de décisionnel. C'est le mari qui décide et tu es obligée de suivre malgré. Aider nous à sensibiliser les hommes car c'est dur. »

« De fois ton enfant est malade, tu veux l'emmener au dispensaire et le mari te dit qu'il n'a rien et que si tu as tes moyens de l'emmener. S'il se trouve que toi aussi tu n'as rien tu es obligée de le laisser à la maison. C'est une difficulté, tu n'as rien étant donné que c'est lui le chef de famille, tu es obligée de suivre sa volonté (...) Quand un enfant tombe malade et que le mari refuse de vendre son bétail pour faire face aux dépenses de santé, qu'est-ce que nous les femmes nous y pouvons ».

Les hommes reconnaissent le fait mais se justifient par la l'insuffisance des ressources face au risque important d'être confronté ultérieurement à des difficulté plus importantes *« Nous ne vendons pas nos animaux à chaque problème et ou chaque besoin d'argent. Si nous nous amusons à cela, un jour viendra où nous aurons un besoin plus crucial d'argent et alors que nous aurons déjà vendu toute nos bêtes ».*

**Certaines visions et pratiques traditionnelles
constituent, en milieu rural, un obstacle à l'accès aux
services sociaux de base**

**Les difficultés d'accès liées au manque d'aide
et de service minimum**

Le manque d'aide est le dernier facteur limitant l'accès aux services sociaux de base. Certains participants souhaitent qu'ils puissent bénéficier de subventions ou de prise en charge. Notamment des personnes âgées soulignent que, dans le passé, ces aides existaient et permettaient aux plus pauvres de ne pas sombrer dans la misère.

Au niveau de l'éducation

Il y avait des cantines à l'école, des dons de fournitures et des dons de bourses même au niveau primaire. " *Il faut mettre les cantines scolaires partout* ".

Au niveau de la santé

Il s'agit de rétablir la gratuité des premiers soins et des soins de base.

« même si c'est pour enlever un caillou dans l'oreille d'un enfant, il faut payer. Il n'y a pas d'aide, c'est difficile, cela nous plaît pas mais comment faire »

« Si tu pars avec ton malade au dispensaire même s'il est mourant, tant que tu n'as déposé de l'argent, ils ne sortent (les infirmiers) le soigner. Mais on devrait le sauver avant d'exiger l'argent car ils sont là pour ça. Mais au lieu de faire leur travail, il te regarde souffrir, ce n'est pas conclu ainsi »

En effet, dans la vision des ruraux, soigner une personne c'est lui donner des remèdes qui le guérissent. A quoi sert de consulter un malade, de lui remettre une ordonnance alors qu'il n'a aucun sou pour payer les remèdes?

Le manque d'aide et service minimum fait que les plus pauvres choisissent de ne pas aller dans les services sociaux de base ou y renoncent si leurs efforts sont vains.

Difficultés d'accès liées à l'absence d'un service social de base ou à l'insuffisance d'équipements adéquats

- Le manque de service social de base

Elle est la première entrave à l'accès. Peut-on s'interroger sur l'accessibilité si lesdits services de base sont inexistantes ? Des faits ou des réflexions ont été citées par les populations prouvant le besoin de communication et d'instruction sur la nature et la nécessité des prestations. C'est là un niveau important de service base à apporter à certains lieux.

L'absence de structures ou d'actions véritables et intenses ne permettent pas de venir à bout de certaines pratiques qui sont du domaine de la santé génésique ou de la santé de la reproduction. Les réflexions qui ci-dessous citées révèlent combien l'imaginaire populaire en milieu rural reste encore dominé par une vision positive des pratiques comme l'excision :
« Les maladies nouvelles qui apparaissent sont liées à l'abandon des coutumes tels que

l'excision ». De telles propos sont recueillis auprès de jeunes femmes. Elles semblent en être persuadées et les facteurs explicatifs ne manquent pas.

« Nous demandons qu'on nous autorise à exciser nos filles. Cette pratique fait partie de nos coutumes. Si elles ne sont pas excisées, elles seront toujours malades. Il existe un ver qui attaque leur sexe...

Il y a des choses dans nos traditions qu'on nous dit d'abandonner alors que nous tenons à cette pratique : c'est l'excision. Si ta fille n'est pas excisée, le jour qu'elle mourra, ça ne sera pas bien pour la mère...

Aujourd'hui toutes nos filles sont malades et toutes chétives et c'est à cause du fait qu'elles ne sont pas excisées. Si on ne les excise pas, la maladie ne s'en ira pas. Si vous ne voulez pas que les excisions, donnez-nous des médicaments pour les soigner ».

L'insuffisance d'équipements ou d'ouvrages adéquats est une grande limite à l'accessibilité des services sociaux de base. Des entretiens, il ressort entre autres :

- L'insuffisance des locaux

Dans le cas de la santé, c'est le manque de salle permettant le traitement approprié par cas des patients. Dans certains centres de santé, la salle de consultation est souvent transformée en salle d'accouchement et dans d'autres, c'est la salle d'hospitalisation des malades qui sert également à accueillir les mères et leur nouveau né.

« Au niveau du dispensaire, il n'y a pas de salle d'hospitalisation. Il n'y a qu'une seule salle. Les malades et les femmes qui viennent accoucher sont ensemble. Le lit sur lequel la femme qui accouche va dormir, c'est sur le même lit qu'on va coucher le malade »

Dans le cas de l'éducation c'est le manque de salles de classe ou le manque de places assises permettant un plus grand recrutement des plus d'enfants en âge d'être scolarisé.

- L'absence d'une source d'eau potable. Cela est ressenti tant au niveau de la santé comme de l'éducation de base.

« Si on accouche, il faut attendre le lendemain ou même souvent une semaine pour se laver ».

« Comme à l'école, il n'y a pas de source d'eau, les enfants partent avec des bidons. Si cette eau finie, c'est la souffrance »

Difficultés d'accès liées à la non
intégration des services sociaux de base

◦ La difficulté de communication

Elle réside dans les difficultés que les agents de santé, les enseignants ou les agents d'autres services ont à réussir une bonne communication avec les populations auxquelles ils doivent fournir des prestations. « *Il y a la manque de compréhension, car nous ne sommes pas instruits. Nous ne parvenons pas à dire de quoi nous souffrons parce que nous ne comprenons pas le français. (...) Nous aurions aimé que ceux qui prennent fonction ici, soit des gens qui comprennent notre langue. C'est plus facile pour et pour nous* ».

◦ L'intégration sociale des agents

Outre la gestion de l'ambiance au lieu de travail, l'intégration des services sociaux de base tient également au fait que les populations rurales bien souvent méfiantes à l'égard d'une personne de culture différente. « *C'est vrai la confiance que nous plaçons en quelqu'un des nôtres est plus importante que celle que nous placerons dans un étranger. Si c'est un des nôtres, il s'ait comment faire pour mobiliser tout le monde et saura convaincre les gens sur le bien fondé du travail. Mais si c'est un étranger qu'on amène, il s'en fout et ne fera pas d'effort* ».

La réussite d'une relative entente avec les populations et l'établissement d'une relation de confiance passent par une conduite adéquate. Ce sont des aspects qui déterminent grandement la disponibilité des populations à aller vers les services sociaux de base. « *Si l'infirmier fait la cours aux femmes¹⁶, les gens ne font plus aller en consultation. Si le maître d'école le fait également, les parents hésiteront à inscrire leurs enfants, notamment les filles* ».

◦ La mauvaise implantation des services sociaux de base

En plus de ces difficultés liées à l'interaction entre agents et villageois, il y a aussi le fait que bien souvent les services sociaux de base ne sont pas installés de façon appropriée.

¹⁶ Faire la cours aux femmes, renvoie au cas où cela est fait au mépris des règles et procédures qui prévalent dans le milieu. Le cas les plus conflictuels qui peuvent aboutir à une véritable mise en disgrâce de l'auteur de tels faits, c'est la conquête des filles promises en mariage. Tout cela est relatif au libertinage auquel s'adonnent certains.

Les difficultés d'accès liées
au besoin de main d'oeuvre

Le besoin de la main d'oeuvre des enfants traduit le coût d'opportunité de ce facteur dans la productivité des activités en milieu rural. L'école est un système où l'enfant est accaparé pour un long terme. Les parents ne sont pas convaincus d'un résultat scolaire qui puisse améliorer leurs conditions de vie, ce d'autant qu'ils savent que dans tous les cas l'école désarticulera l'enfant de son milieu. La situation de pauvreté dans laquelle se trouvent les populations, ne permet pas de prendre de grands risques. Elles ont à choisir entre une réussite hypothétique de l'enfant et une production immédiate.

« S'il y avait une école ici, les enfants après les classes pourraient aider dans les travaux domestiques ». Certains parents veulent bien envoyer leurs enfants à l'école, mais il est plus rentable et plus concret de les faire travailler. *« Pour nous agropasteurs, nous ne pouvons pas envoyer tous nos enfants à l'école. Si nous en avons cinq, nous envoyons 2 à l'école et les trois autres restent à la maison pour nous épauler dans les travaux champêtres et pour faire paître le bétail. Nous ne disons pas que nous ne voulons pas que les enfants aillent à l'école, mais c'est que si tous y vont ça handicap nos activités »* Ces avis recueillis auprès des groupes de femmes, ont cours également au niveau des hommes. Certains vont jusqu'à se rendre à l'école pour retirer leur enfant et l'envoyer sur le champ garder des animaux.

On peut risquer de supposer que cette pratique détermine également le recours aux centres de santé. Ne permettrait-elle pas, en partie, de comprendre pourquoi les paysans tardent souvent à conduire leurs enfants à l'hôpital, pour peu qu'on les soupçonne de jouer aux faux malades, afin d'échapper aux travaux.

2.3 Les stratégies d'accès aux services sociaux de base

Face aux difficultés majeures, mises en évidence dans le chapitre 3, plusieurs stratégies sont développées pour pouvoir accéder un tant soit peu aux services sociaux de base. Les solutions (sans ordre de classement) sont entre autres :

- La vente d'effets personnels ;

- La vente des récoltes ou d'animaux ;
- L'emprunt d'argent ;
- Le recours à la pharmacopée et aux médicaments non agréés ;
- Le départ furtif des centres de santé : on quitte les centres de santé dès qu'on a eu les premiers soins et qu'il y a des signes d'amélioration de l'état du malade.
- La privation d'une alimentation convenable ou d'un vêtement décent.

Chapitre 3 : Perception des services sociaux de base

3.1. La nature et le rôle des services sociaux de base

3.1.1 Une vision incomplète des populations

Les services sociaux de base, au sens de l'initiative 20/20, couvrent les domaines :

- de la santé de base ;
- de l'éducation de base ;
- de l'eau ;
- de l'assainissement ;
- de la nutrition ;
- de la santé génésique et la population (santé de la reproduction).

Pourtant, seules la santé (de base), l'éducation (de base) et l'eau potable sont perçues par les populations comme des services dont elles devraient disposer. L'assainissement dans une moindre mesure est évoqué comme un service social de base.

Les services sociaux de base relatifs à la nutrition, à la santé génésique de la population sont méconnus. Mais ceci ne permet pas d'affirmer que les populations n'y trouvent pas un intérêt quelconque. Le silence sur la nécessité de tels services de base pourrait s'expliquer :

- surtout, par le fait que les populations ignorent qu'il y a de tels types de prestations qui doivent leur être offertes ;
- par le fait qu'elles ignorent les modalités d'accès, notamment les lieux, la nature des prestations et ce en quoi ces prestations peuvent leur être profitables ;
- par le fait, que pour ceux qui ne les ignorent pas, il ne s'agit vraiment pas de priorité absolue, ce d'autant que solliciter ces services occasionnera des frais.

3.1.2 L'importance des services sociaux de base

L'accès aux services sociaux de base au niveau des institutions internationales est un composant important pour un meilleur développement global et pour la paix et la sécurité dans le monde.

L'accessibilité¹⁷ des services sociaux de base pour les plus pauvres devrait favoriser entre autres:

- une plus grande participation ;
- la productivité ;
- le freinage de la croissance démographique ;
- l'équité et l'égalité entre les hommes et les femmes ;
- la possibilité de disposer de moyens de subsistance durables.

Il est question de donner aux pauvres les moyens de parvenir à une prise en main de leur destin grâce à un meilleur investissement dans leurs capacités fondamentales. L'accès aux services sociaux de base devrait donc permettre de lutter efficacement contre la pauvreté.

Des entretiens, il ressort, que les questions de l'accès aux soins de santé primaires et à l'éducation semblent être perçues, presque par tous les participants, comme une nécessité pour l'évolution de l'individu. Toutefois, le monde rural ne semble afficher une attitude d'exigence en terme de droit. Il exprime ce souhait en terme de demande « *aider nous* ».

3.2 La problématique de l'accessibilité des services sociaux de base existants

3.2.1 Les principes de l'accessibilité

Les réponses des populations en milieu rural relatives aux services sociaux montrent qu'ils ne sont pas présentés comme « des droits » que l'on attendrait d'une autorité, mais « des besoins » dont la satisfaction doit être recherchée. Il n'y a pas l'aspect d'une revendication, mais beaucoup plus la recherche d'une collaboration, d'un partenariat bienfaiteur.

¹⁷ L'accessibilité désigne ce qu'on peut atteindre et en disposer. L'accès fait plus référence à la voie employée pour atteindre cet objet.

Il importe de comprendre que dans les sociétés étudiées, les services sociaux sont essentiellement perçus comme intégrés aux valeurs de ces sociétés : C'est quelque chose qui va de soit entre membres de la même communauté.

Or, les services sociaux tels que la santé (il existait des services de santé intégrés), ou, les écoles (une forme d'éducation orientée), la nutrition, l'assainissement etc., sont des éléments nouveaux, extérieurs. **« Celui qui les offre doit être en mesure de fournir les conditions pour que les usagers y accèdent »** Il s'agit donc de services exogènes avec une logique qui échappe aux populations, quand bien même ils en perçoivent l'utilité. Dans un certain sens, il s'agirait de services complémentaires, qui complèteraient « leurs » services sociaux de base : c'est lorsque les efforts classiques et traditionnels, (au sens communautaires) échouent, que l'on songe aux nouveaux services.

« Si tu pars avec ton malade au dispensaire même s'il est mourant, tant que tu n'as pas déposé de l'argent, ils (les infirmiers) ne sortent pas pour le soigner. Mais on devrait le sauver avant d'exiger l'argent car ils sont là pour ça. Mais au lieu de faire leur travail, ils te regardent souffrir, ce n'est pas conclu ainsi ». Ce n'est pas conclu ainsi, ce qui peut éventuellement s'interpréter : nous nous attendions pas à ce qu'on nous exige de l'argent, surtout quand il est question de vie ou de mort. Un des participants a été plus explicite à ce sujet : « Pour nous les paysans, quand l'enfant est inscrit à l'école, il " appartient¹⁸ " à l'enseignant et au gouvernement. C'est à eux (l'état et ses agents) donc de s'occuper de lui, puisque ça leur fait plaisir que l'enfant fasse l'école »

3.2.2 Les termes de l'accessibilité

Pour une approche opérationnelle de l'accessibilité aux services sociaux de base, du point de vue institutionnel, on pourrait retenir le fait qu'elle est déterminée par trois paramètres qui permettent ou non aux membres d'une communauté :

¹⁸ Dans la vision paysanne, l'inscription de l'enfant à l'école est synonyme de son adoption par les l'Etat. Il certainement d'une perception encore basée sur des pratiques ayant eu cours à une époque bien révolue

- d'accéder (atteindre, parvenir) aux lieux de prestation (infrastructures) des services sociaux de base ;
- de prétendre et de recevoir dans des conditions adéquates aux prestations qui y sont fournies ;
- et d'en tirer un profit qui participe à l'amélioration de leur existence.

Les entretiens sur l'accessibilité des services sociaux de base révèlent que les préoccupations majeures des populations sont axées sur la question de la santé et celle de l'éducation. L'accessibilité de l'eau potable est abordée dans une moindre mesure mais l'accessibilité de l'assainissement n'a pas été abordée.

L'accessibilité de l'éducation de base

Dans la perception des populations la problématique de l'accessibilité des écoles se pose en termes de :

- l'existence des infrastructures et la disponibilité du personnel chargé d'assurer l'instruction des enfants ;
- la possibilité pour l'apprenant (de l'enfant en l'occurrence) de pouvoir progresser et réussir, sans entraves.
- la possibilité de celui qui a bénéficié d'une certaine éducation de base à pouvoir se réintégrer dans la communauté, de préférence en accédant à un emploi que lui confère son instruction.

A défaut, il faut disposer de savoirs faire permettant d'améliorer les rendements et/ou d'entreprendre de nouvelles activités. C'est ce dernier aspect qui préoccupent grandement le monde paysan en but à des sols son fertiles et à des ressources hydriques insuffisantes.

L'accessibilité des soins de santé

Il ressort des entretiens, que le déphasage de perception sur les services de santé, se fixe beaucoup plus sur les procédures et les modes d'accès aux soins que sur l'institution même.

- Il y a d'abord le fait que le soin n'est pas d'emblée disponible aux patients : il faut accéder d'abord à l'infrastructure, identifier le lieu et la personne à qui s'adresser, parvenir à exposer les raisons de sa présence.

- Il y a ensuite le fait, que les soins véritables ne s'obtiennent qu'au bout de plusieurs étapes : l'attente, la consultation, les examens médicaux (analyses de laboratoire), la prescription d'une ordonnance et dans certains cas la nécessité de contacts permanents avec les médecins qui se traduit soit par l'hospitalisation soit par des rendez-vous interminables.

Dans un contexte de médecine moderne, l'accès au soin de santé se réalise dans le cadre d'une relation institutionnelle avec un professionnel de la santé inconnu du patient et qui travaille dans un centre de santé. Le patient doit d'abord aller au centre de santé, s'orienter comme il peut, subir différents un interrogatoire pour finalement obtenir une ordonnance pour l'achat des médicaments. Il doit payer en argent ses médicaments. L'accès à la santé peut alors représenter un véritable choc culturel pour un pauvre qui peut préférer ne pas y avoir recours.

Le coût d'un médicament reste l'enjeu primordial. Pourtant, les autorités en la matière ont tenté de trouver une solution à cette grande difficulté. L'adhésion du Burkina à l'initiative de Bamako s'inscrit dans cette optique. Cette stratégie internationale vise à favoriser la diffusion de médicaments essentiels génériques, dont les prix sont très modiques par rapport aux médicaments spécifiques biens conditionnés. En milieu rural, ces prix semblent toujours hors de portée « *Tu vas à l'hôpital on te donne toujours une ordonnance qui ne coûte pas moins de 300 F. Or ici, 300 F représente une fortune. C'est dur* »

L'accessibilité de l'eau potable

Elle est perçue sous l'angle de la disponibilité de la ressource eau, du mode d'approvisionnement mais non du point de vue qualité. L'accès à l'eau réside principalement au mode d'approvisionnement : la corvée d'eau. Elle assurée principalement par les femmes aidées de leurs enfants (notamment les filles). Elles vont, par petits récipients, pomper l'eau au forage ou au puits le cas échéant, c'est dans un cours d'eau. Le point d'eau est souvent éloigné, surexploité et la quantité d'eau insuffisante.

Les ménages ruraux n'ont de choix que la corvée d'eau par petits récipients. Hormis, les cas où il y a mise en place d'un système de paiement au niveau de certains forages équipés de pompes manuelles. en vue de leur entretien, l'eau est gratuite. Il y a certainement une préférence pour l'eau potable, mais la qualité de l'eau ne pose pas en milieu rural de problème d'accessibilité. Les pollutions bactériennes et chimiques semblent être méconnues par populations rurales : « nous voulons un barrage où enlever l'eau, parce que la pompe est difficile à manier et s'abîme vite ». L'essentiel c'est de disposer de la ressource.

Les services sociaux sont censés résoudre les problèmes des populations. Pour elles, l'important c'est ce qu'ils (les services sociaux de base) permettent réellement de résoudre comme problème. Il y a alors appréciation à partir de ce qu'ils sont accessibles à moindre frais, (gratuit, au regard de leurs attentes), avec immédiateté (sans grande exigence de formalités, de documents et de procédures) et avec compréhension (afin qu'ils puissent assimiler ce qui est impérieux aujourd'hui à maîtriser). Or les services sociaux modernes ont cette particularité d'être des « emballages » pour des produits que les populations ne connaissent pas dans leur environnement. Dans l'état actuellement des perceptions en milieu rural, aucun service ne suffit à lui seul pour résoudre les problèmes pour lequel il est censé être dans les villages.

Les institutions internationales ont établi des Services sociaux de base qui sont relatifs à l'éducation, à la santé etc. comme vecteur de bien être dans les différents milieux. Tout en

admettant que cette globalisation des services sociaux de base entre dans le cadre des préoccupations des populations, le contenu est loin d'être le même :

A quoi sert un enfant qui va à l'école, qui revient inutile pour son milieu d'origine, et pas inséré dans le milieu d'instruction, faute d'emploi ? Nous percevons dans l'instruction, réduite souvent à l'enseignement, un but en soi, pendant que les paysans pensent à l'utilité que cette instruction procure ou doit procurer . D'une part, il leur est difficile de concevoir que enfant scolarisé, qui pousse loin ses études, ne soit pas employé après ses études. D'autre part, d'admettre, qu'en inscrivant leurs enfants à l'école ils acceptent de consentir de très lourds sacrifices (hémorragie financière, perte de force de travail et longue séparation dans certains cas) pour un résultat hypothétique.

A quoi sert un dispensaire où l'on ne trouve pas directement les soins pour les maladies que l'on porte, alors qu'il est installé pour soigner ?

Et l'eau ? On parle beaucoup d'eau potable pour des installations qui ne sont pas durables, qui très vite deviennent un poids pour la communauté (coût, maintenance) et qui ne couvrent pas toujours les besoins des gens.

En observant ces positions qui reviennent sous diverses formes, en ce qui concerne les services sociaux, il est aisé de tirer cette conclusion : Ceux qui nous apprennent le changement doivent également trouver les moyens pour nous permettre d'y accéder. En d'autres termes , les services sociaux de base qui sont présentés devraient être là, disponibles pour les populations, en tenant compte de leurs moyens.

3.3. Conclusion et Recommandations

3.3.1 Conclusion

Cette étude a été menée à l'aide d'enquêtes participatives qualitatives. Deux méthodes ont été utilisées successivement, soit celle du groupe focalisé auprès de 725 pauvres et du vote individuel pondéré auprès de 675 pauvres. Elle a permis d'une part d'identifier et de prioriser les dimensions du bien-être, de la pauvreté, et de l'accessibilité des services sociaux de base. D'autre part, elle a permis, sous forme de simulation, de connaître les choix des éléments constitutifs du bien-être (dimensions) pouvant permettre l'amélioration des situations de pauvreté. Par ailleurs, cette étude a permis de cerner également les perceptions des populations urbaines pauvres sur les causes de leur pauvreté et sur les stratégies qu'elles développent pour s'en sortir ou du moins pour en diminuer l'acuité.

Parmi les services sociaux de base, définis par l'initiative 20/20, seules la santé de base, l'éducation de base et l'accès à l'eau potable sont perçus (et dans cet ordre) par les populations comme des services dont elles ont besoin. La notion de droit n'est pas explicite, à ce titre les populations rurales espèrent obtenir de l'aide.

L'accessibilité à ces services suppose 1) d'accéder aux lieux de prestation des services ; 2) de recevoir dans des conditions adéquates les prestations qui y sont fournies ; et 3) d'en tirer un profit qui participe à l'amélioration de leur existence. Mais les populations semblent poser la question de l'accessibilité en d'autres termes. Au niveau de l'éducation de base, elle est beaucoup plus perçue sous l'angle de l'évolution sans entraves de l'apprenant et d'une finalité opérationnelle (accès à un emploi). Au niveau de la santé c'est surtout la possibilité de disposer, si possible, gratuitement et immédiatement des soins et des médicaments. L'accessibilité de l'eau potable transparaît surtout autour de la question de l'existence de la ressource.

Il y a une douzaine de difficultés d'accès à ces services dont les trois principaux, dans l'ordre sont le coût, la distance, le manque de qualité. Il faut cependant retenir le poids considérable de l'ignorance et de certaines mentalités traditionnelles sur les comportements des ruraux face aux services sociaux de base.

Les perceptions des pauvres relatives à l'accessibilité des services sociaux de base, au regard de la logique des politiques dominantes qui déterminent leur fonctionnalité, posent une véritable problématique : La justesse des stratégies et politiques préconisées en la matière face à l'efficacité réelle des services sociaux de base si on s'en tient aux fonctions et aux rôles que l'Etat et les partenaires au développement leur confèrent. Deux questions s'imposent :

- A quoi sert de postuler de l'incapacité de l'Etat à s'engager dans ces secteurs sociaux, de préconiser le paiement des prestations et de décider de l'ouverture desdits domaines au privé et, ce dans le cadre d'une libéralisation des prix, si ceux qui en ont vraiment besoin de ses services de base ne disposent pas de moyens pour payer (pas de revenu monétaire substantiel) ?
- Y a-t-il pas manque à gagner au niveau de l'économie tout entière si l'on considère :
 - les coûts d'opportunité qu'engendre la non valorisation des ressources humaines par le manque d'instruction ou de formation professionnelle ?
 - les coûts d'opportunité qu'engendre la faiblesse de l'espérance de vie notamment liée à une sous alimentation, à une malnutrition et au manque de soins primaires de santé et d'hygiène de vie ?
 - les coûts d'opportunité qu'engendrent les pertes en force de travail et les pertes en productivité suite à une santé défectueuse des travailleurs ?

3.3.2 Recommandations

Dans l'ensemble, cette étude sur les perceptions des pauvres a fourni une quantité importante d'informations et le présent rapport constitue une synthèse assez exhaustive. Les problématiques dans lesquelles s'inscrivent les nombreuses révélations, ne peuvent être bien appréhendées si l'on ne tient pas compte du fait que le milieu rural semble de nos jours beaucoup controversé. C'est un milieu beaucoup influencé par toutes sortes d'interventions.

Malgré, l'introduction de nouvelles visions les survivances culturelles marquent bien les discours.

- Sur la perceptions des éléments constitutifs de la pauvreté (dimensions et causes) et sur les stratégies, les positions sont loin d'être unanimes. Tandis que les uns s'interrogent sur où est-ce que le modernisme les conduit, les autres affirment l'amélioration, si petite soit-elle, des conditions de vie.

Au sujet des services sociaux de base, il semble avoir de la polémique :

- Certaines catégories de personnes sont plus critiques, plus sceptiques vis à vis des services existants, mais aussi des efforts visant à mettre leur « situation dans une bouteille ». D'autres par contre, qui ont une ouverture d'esprit, une relative instruction ou formation passent pour les défenseurs de ces services sociaux. Toutefois, ils semblent manquer d'arguments devant l'interpellation des sceptiques sur les moyens et sacrifices que l'accessibilité des services sociaux de base exige et sur les constats du vécu quotidien.

Il se pose donc la question de la prise en compte de façon appropriée des perceptions rurales dans les différentes stratégies de lutte contre la pauvreté. Deux types de recommandations peuvent être formulés pour permettre de parvenir, tant soit peu, à cet objectif.

Les investigations spécifiques et complémentaires

1. Réaliser une étude auprès des agents et instances chargés du fonctionnement des services sociaux de base pour appréhender leurs perceptions des rôles qui leur sont confiés, des conditions de travail et de la réceptivité des populations. En effet, il est difficile sinon risquer de tabler uniquement sur les perceptions des populations pour prendre des décisions efficaces.
2. Pour une meilleure prise en compte de certains éléments, il est nécessaire de réaliser une étude pour approfondir les perceptions relatives à l'insuffisance de bonne gouvernance : savoir jusqu'où elle handicape les plus pauvres et comment ils se représentent un système administratif et juridique qui pourrait leur être profitable. Puisque c'est de la bonne gouvernance que dépend également l'accessibilité des services sociaux de base.

Les actions à entreprendre

1. Entreprendre ou inclure dans les activités des différents projets des volets d'information et d'éducation auprès des plus pauvres pour une meilleure ouverture d'esprit.
2. Sensibiliser les agents des services de santé et d'éducation sur les perceptions qu'ont les populations pauvres sur la qualité de leurs prestations. Décider de mesures appropriées pour mettre fin à certaines pratiques.
3. Ce sont le manque d'alimentation permanente, le manque de revenu, le manque d'équipements de travail et la corvée d'eau qui amènent les parents à garder leurs enfants pour les travaux domestiques, notamment les filles. Il est donc important de parvenir à une amélioration des conditions des ménages pauvres.

Références citées

- Aho, G., S. Larivière et F. Martin (coordonnateurs) (1997) *Manuel d'analyse de la pauvreté avec applications au Bénin*. PNUD, Cotonou, Université Nationale du Bénin, Abomey-Calavi et Université Laval, Québec.
- Banque mondiale (1990) *Rapport sur le développement dans le monde*. Washington, D.C.
- FNUAP/OMS/PNUD/UNESCO/UNICEF (1994) *L'initiative 20%-20%. Atteindre l'objectif d'un accès universel aux services sociaux de base en vue d'un développement humain durable*. New York.
- Kondé, M. et al. (1994) *Enquêtes participatives sur la pauvreté en milieu semi-urbain et en milieu urbain : cas des villes de Dédougou et de Ouagadougou*. Banque mondiale, Ouagadougou.
- Morasse, J.-A. (1994) *Cadre conceptuel de la pauvreté: application en milieu rural au Burkina Faso*. Mémoire de maîtrise en économie rurale, Université Laval, Québec.
- PNUD (1996) *Perception des dimensions du bien-être, de la pauvreté et de la richesse dans les quartiers pauvres urbains*. Volume 1 de l'Etude sur les conditions de vie en milieu urbain, Cotonou, Bénin.
- PNUD (1997) *Rapport sur le développement humain durable - Burkina Faso*, Ouagadougou.
- Ravallion, M. (1992) *Poverty Comparisons. A Guide to Concepts and Methods*. Living Standards Measurement Study. Working Paper #88, Banque mondiale, Washington, D.C.
- Sen, A. (1979) « Personal Utilities and Public Judgments. Or What's Wrong with Welfare Economics » *The Economic Journal*. Vol. 89: 537-58

ANNEXES

La méthode du groupe focalisé et résultats

Cette étude a été menée à l'aide d'enquêtes participatives qualitatives. Deux méthodes ont été utilisées successivement, soit celle du groupe focalisé (abrégié en GF ou « groupe focalisé » en anglais) et du Vote individuel pondéré (VIP).¹⁹ Ce chapitre présente le plan de sondage et chacune des méthodes qualitatives utilisées pour mesurer les perceptions. Plus de détails sont donnés aux annexes 1 et 2.

Plan de sondage

Choix des provinces

Le choix des provinces a été fait sur la base d'indicateurs socio-économiques permettant de classer lesdites provinces comme défavorisées. 8 provinces ont constitué le champ d'investigation pour ces enquêtes rurales. Dans chaque strate de pauvreté définie par l'enquête prioritaire de l'INSD en 1994 (confère carte, en page de garde), il a été choisi une province. Toutefois, dans les strates du centre-sud et du centre-nord, il a été choisi deux provinces, pour tenir compte des grandes disparités culturelles et écologiques y prévalant.

Choix des villages

Le choix des villages a été fait sur des critères socio-économiques, à partir desquels on identifiait un village favorisé (relativement équipées en infrastructures socio-économiques) et un village défavorisé (démuni d'infrastructures socio-économiques). Dans chaque strate de pauvreté, il a été choisi deux villages. Ainsi, dans les strates où les enquêtes devaient se dérouler dans une seule province, il a été identifié deux villages par province ; 4 provinces furent concernées. Tandis que dans les deux strates où les enquêtes devaient se faire dans 2 provinces, il a été identifié un seul village par province.

| | Strates ou régions définies par l'enquêtes prioritaires de l'INSD | | | | | | | |
|-----------|---|-------------|--------|--------------------|----------------|--------------|----------|-------------------------|
| | Nord | Centre-Nord | | Sud-Est | Ouest | Centre-Sud | | Sud |
| Provinces | Oudalan | Namentenga | Nayala | Komandjari | Banwa | Kourweogo | Boulgou | Poni |
| Villages | Tasmakat Longitnguel | Goengo | Koin | Gayeri Suadigou | Ziga Koakoa | Zinguedengue | Sabtenga | Ouadara-douo Passena |

Choix des personnes enquêtées

Deux critères ont été considérés dans le choix des personnes enquêtées : le genre et l'âge.

¹⁹ Ces méthodes ont été testées en 1993 en milieu rural dans la Namentenga dans le cadre du projet CEDRES/LAVAL (voir Morasse 1994) et améliorées par la suite au Bénin (voir Aho et al. 1997).

Critère de genre

Dans chaque village les enquêtes ont porté sur des hommes et des femmes qui ont été interrogés de manière séparée pour que les femmes puissent s'exprimer sans réserve et pour voir si ces deux catégories de personnes ont des perceptions différentes.

Critère d'âge

Pour tenir compte de différences possibles dans les perceptions de personnes d'âges différents, on a considéré deux catégories d'âge: de 20 à 40 ans et de 40 à 60 ans.

La constitution des groupes d'âge a tenu compte des éléments suivants :

- L'âge officiel de la majorité (18 ans pour les filles et 20 ans pour les garçons) ;
- L'espérance de vie qui est de 48 ans ou de 52 si l'on considère le rapport sur le développement humain durable du PNUD (1997) ;
- Le capital d'expérience de vie que possède l'individu dans un milieu pauvre. Très tôt, on vit des vicissitudes et très tôt on est engagé dans des stratégies de quête de revenu. De ce fait dans le milieu rural, compte de la précocité des mariages, certaines personnes plus jeunes (moins de 18 ans), notamment dans les groupes de femmes ont été autorisées à participer aux entretiens.

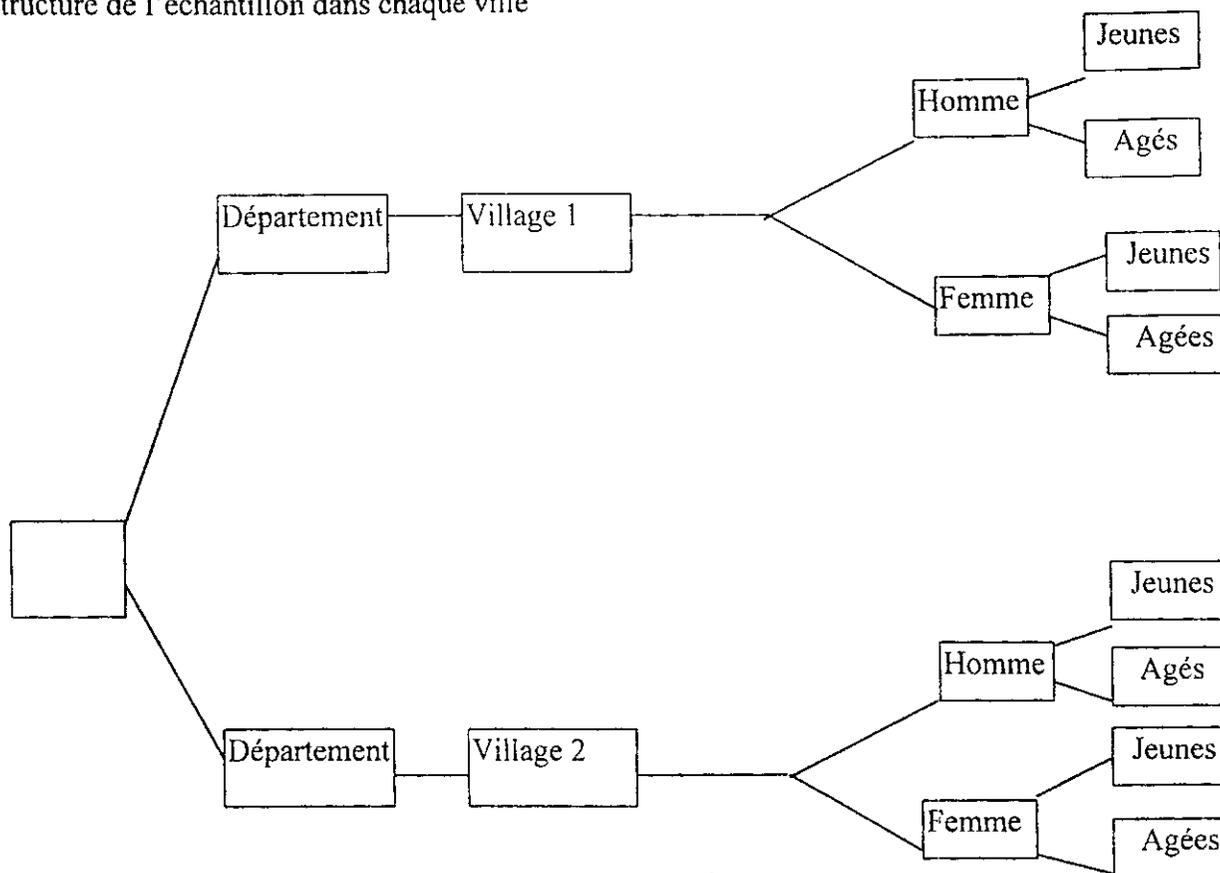
Les participants ont été identifiés par tirage raisonné grâce à la collaboration de personnes ressources ayant une bonne connaissance des ménages vivant dans les zones d'enquête. Ainsi, au regard de leurs activités et de leurs expériences, les responsables administratifs des villages et les chefs de village ont été sollicités pour cette activité de mobilisation.

Taille de l'échantillon

| | Nombre de participants | | |
|-----------------|------------------------|----------------|-------|
| | Ouagadougou | Bobo-Dioulasso | Total |
| Groupe focalisé | 340 | 204 | 544 |
| VIP | 310 | 189 | 499 |

| | Nombre de participants | | | | | | | | Total |
|-----------------|------------------------|------------|-------|------|-------------|--------|------------|---------|-------|
| | Nord | Sud-Est | Ouest | Sud | Centre-Nord | | Centre-Sud | | |
| Provinces | Oudalan | Komandjari | Banwa | Poni | Namentenga | Nayala | Kourweogo | Boulgou | |
| Groupe focalisé | 120 | 120 | 120 | 120 | 60 | 65 | 60 | 60 | 725 |
| VIP | 110 | 110 | 120 | 100 | 55 | 60 | 60 | 60 | 675 |

Structure de l'échantillon dans chaque ville



La méthode du groupe focalisé

La méthode du groupe focalisé a consisté à réunir une quinzaine de personnes choisies en fonction de critères socio-économiques de façon à ce que les groupes soient homogènes. Ceci a créé un climat propice à la discussion effet d'influence entre les membres du groupe. Sous la supervision d'un animateur, les participants ont été invités à discuter des thèmes spécifiques du bien-être, de la pauvreté et de l'accès aux services sociaux de base. L'animateur a géré les discussions sur les trois thèmes à l'aide d'un guide d'entretien (cf. tableau 1 à l'annexe 1). Sa stratégie consiste principalement à recueillir les opinions de tous les membres du groupe et à stimuler la discussion sans rechercher nécessairement le consensus. La discussion a eu lieu dans la langue usuelle des participants et a duré environ deux heures.

Par ailleurs, les principes d'application de la méthode du groupe focalisé exige que :

- Les participants soient conviés à discuter librement ;
- Les entrevues ne soient que semi dirigées. Les entrevues sont de ce fait réalisées en

référence à un cadre de discussion afin d'assurer l'homogénéité des entrevues. Pour chaque thème il y a des sous thèmes et ils sont introduits dans un ordre donné ;

Cette méthode du groupe focalisé est telle que la taille réduite de l'échantillon est compensée par la grande profondeur de l'analyse.

Tous les entretiens réalisés dans le cadre des " groupe focalisé " ont été enregistrés sur cassette audio, traduits en français, transcrits sur papier et saisis sur ordinateur. Dans un premier temps, une analyse de contenu a été menée, c'est-à-dire que l'on a identifié les idées exprimées (appelées unités de sens). Le répertoire de toutes les expressions clés et groupes de mots clés a permis d'identifier les dimensions du bien-être et de la pauvreté et des facteurs qui déterminent l'accès aux services sociaux de base, telles qu'exprimées par chaque groupe focalisé.

La compilation réalisée par l'analyse de contenu a donné lieu au comptage du nombre d'apparition de chacune des expressions clés, donnant ainsi un score pour la dimension associée (cf. tableaux 2, 3 et 4 à annexe 1). Il a ensuite été calculé une fréquence relative, afin de ne pas surestimer le poids de certains groupes qui auraient un style verbal plus répétitif. L'importance relative de chacune des dimensions a été établie en faisant la somme des fréquences par catégorie socio-démographique et au niveau des secteurs, des villes et enfin, au niveau national en faisant la moyenne des pourcentages. Les différentes dimensions ont ainsi pu être rangées par ordre de score décroissant.

Tableau 1 : Le guide d'entretien

| Thèmes | Aspects à aborder |
|--|--|
| Bien-être | 1- Que signifie le bien être? 2- Comment définissez-vous le bien être? 3- Quels sont les éléments matériels qui devraient être réunis pour assurer un bon niveau de bien être? 4- Quels sont les éléments sociaux, culturels et politiques qui devraient être réunis pour assurer un bon niveau de bien être? |
| Pauvreté | 1- Qu'est-ce que la pauvreté selon vous ? 2- Comment décrivez-vous une zone pauvre ? 3- Comment se caractérise un pauvre dans votre milieu ? 4- Quels sont les facteurs qui créent ou qui aggravent la pauvreté ? 5- Quelles stratégies développez-vous alors pour vous en sortir ? 6- Quels sont les niveaux de pauvreté, pour lesquels vous pensez qu'il est difficile de s'en sortir ? |
| Accessibilité aux services sociaux de base | 1- Quels sont les services de base auxquels tout le monde devrait normalement avoir accès? 2 - Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'accessibilité des services sociaux de base ? 3- Quels sont les facteurs (sociaux et culturels) qui entravent l'accès aux services sociaux de base ? 4- Pour chaque service de base, quels sont les efforts (stratégies) que vous développez pour y accéder ? |

Tableau 2 : Liste des dimensions identifiées sur les services sociaux de base

| Dimensions | Exemples d'expressions clés relatives à la dimension |
|---------------------|--|
| Assainissement | Il nous des latrines |
| Centre de formation | - si on pouvait alphabétiser les jeunes femmes en mooré ça les instruirait, - Pour les garçons, il faut un atelier de menuiserie - Qu'on nous aide avec des centres, - Que l'on forme les enfants qui n'ont pas d'emploi en couture, tissage, - S'il y avait un centre, ça les aiderait, - Si on gagne un centre. |
| Centre de santé | - avoir un centre de santé, - il n'y a pas de centre de santé, - Nous demandons un centre de santé. |
| Eau potable | - il n'y a pas d'eau à boire, - du problème de l'eau, - Il n'y a pas d'eau, - Si on y amène des robinets ce serait bien . |
| Ecoles ou collèges | - Si on gagne une école, - Il faut construire des écoles pour l'éducation des enfants. |

Tableau 4 : Liste des dimensions déterminant les difficultés d'accès aux services sociaux de base

| Dimensions | Exemples d'expressions clés relatives à la dimension |
|---|---|
| Le Coût | - C'est la rentrée, on n'a pas d'argent pour payer les fournitures des enfants, - le mari n'a pas d'argent pour payer les médicaments, - il ne peut pas l'amener au dispensaire parce qu'il n'a pas un rond, - On n'a pas d'argent pour payer les fournitures des enfants. |
| La Distance | - Proche de nous, - Qu'on installe ça dans le quartier ici, - Qu'on ne l'installe pas ailleurs, mais dans notre zone. |
| Les Entraves Sociales | - Quand un fille n'est pas excisée, il est difficile de la contrôlée - Il y a des gens qui refusent d'envoyer leurs enfants à l'écoles parce que le géomanciens les ont dissuadé. |
| Le Manque d'aide | - parce qu'ils n'ont pas les moyens ni de soutien - il faut remettre les cantines |
| La Qualité | - de bonnes sages-femmes pour les maternités, - elles sont là à faire le malin, - ils ne s'occupent pas bien des femmes, - les sages femmes qui sont là-bas ne nous donnent pas satisfaction. |
| L'Inadéquation l'Insuffisance et le manque d'un Service minimum | - Les jeunes femmes, beaucoup ont étudié, mais n'ont pas d'emploi, - la première des choses c'est une ordonnance, - tu pars au dispensaire, il n'y a même pas un morceau de nivaquine ni d'aspirine, - parce qu'il y a beaucoup d'enfants, - elles ne sont pas nombreuses ; Il n'y a pas assez de sages-femmes pour s'occuper de nous - Si c'est beaucoup si on ne te donne pas satisfaction ici, tu peux aller ailleurs |
| Le besoin en main d'oeuvre | - Nous avons besoin de nos enfants pour qu'ils nous aident à travailler - l'enfant peut nous aider à garde les bœufs |
| | |

| | |
|--|-----------|
| CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE..... | 3 |
| CHAPITRE 1 : CADRE CONCEPTUEL DU BIEN-ÊTRE, DE LA PAUVRETÉ ET DE L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES SOCIAUX DE BASE | 7 |
| 1.1. <i>Le concept de bien-être</i> | 7 |
| 1.2. <i>Le concept de la pauvreté</i> | 8 |
| 1.3 <i>L'accessibilité des services sociaux de base</i> | 9 |
| CHAPITRE 2 : L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES SOCIAUX DE BASE | 11 |
| 2.1. <i>Types de services sociaux de base souhaités : ordre de priorité</i> | 11 |
| 2.2. <i>Les difficultés d'accès aux services sociaux de base</i> | 12 |
| 2.2.1 Les difficultés spécifiques d'accès à l'eau potable..... | 12 |
| 2.2.2 Les difficultés générales d'accès aux services sociaux de base | 14 |
| Les difficultés d'accès liées au coût..... | 14 |
| Difficultés d'accès liées à la distance..... | 16 |
| Les difficultés d'accès liées à la qualité des prestations | 18 |
| Les difficultés d'accès liées à l'inadéquation des prestations fournies | 21 |
| Les difficultés d'accès liées à l'ignorance ou aux entraves sociales et culturelles..... | 22 |
| Les difficultés d'accès liées au manque d'aide et de service minimum..... | 25 |
| Difficultés d'accès liées à l'absence d'un service social de base ou à l'insuffisance d'équipements adéquats.... | 26 |
| Difficultés d'accès liées à la non intégration des services sociaux de base | 28 |
| Les difficultés d'accès liées au besoin de main d'oeuvre | 29 |
| CHAPITRE 3 : PERCEPTION DES SERVICES SOCIAUX DE BASE | 31 |
| 3.1. <i>La nature et le rôle des services sociaux de base</i> | 31 |
| 3.1.1 Une vision incomplète des populations | 31 |
| 3.1.2 L'importance des services sociaux de base | 31 |
| 3.2 <i>La problématique de l'accessibilité des services sociaux de base existants</i> | 32 |
| 3.2.1 Les principes de l'accessibilité..... | 32 |
| 3.2.2 Les termes de l'accessibilité..... | 33 |
| 3.3. <i>Conclusion et Recommandations</i> | 38 |
| 3.3.1 Conclusion..... | 38 |
| 3.3.2 Recommandations..... | 39 |
| Les investigations spécifiques et complémentaires..... | 40 |
| Les actions à entreprendre | 41 |
| ANNEXES..... | 43 |
| La méthode du groupe focalisé et résultats..... | 44 |
| Plan de sondage | 44 |
| La méthode du groupe focalisé..... | 46 |
| Tableau 1 : Le guide d'entretien..... | 47 |
| Tableau 2 : Liste des dimensions identifiées sur les services sociaux de base..... | 48 |
| Tableau 4 : Liste des dimensions déterminant les difficultés d'accès aux services sociaux de base..... | 48 |