

Béatrice Nikièma
Unité de Santé internationale (USI)
Groupe de recherche interdisciplinaire en Santé
(GRIS)
Université de Montréal
B.nikiema@umontreal.ca

Inégalités sexospécifiques, capacité et accès aux soins en contexte africain

Résumé

La présente contribution porte sur les liens entre les inégalités "sexo-spécifiques" et l'accès aux soins de santé modernes en Afrique subsaharienne. Les concepts de "entitlement", de "capability" et de genre sont combinés pour définir un cadre de référence. Il suggère que les inégalités hommes-femmes peuvent entraîner un accès inégal aux soins au travers d'une définition sexospécifique des droits. L'accès est défini en terme capacité d'utilisation. Il s'agit de la liberté des individus de choisir entre divers comportements de recherche de soins. L'étendue de la liberté d'utiliser sera fonction de la capacité de convertir les ressources qui peuvent être mobilisées en diverses formes d'utilisation de services de santé, compte tenu des caractéristiques du besoin de soins. La nature et l'ampleur des ressources qui pourront être mobilisées dépendent 1) des réalités socio-économiques qui prévalent dans le ménage et dans la communauté 2) des légitimités que confère la définition sexospécifique des droits dans la communauté de référence, 3) du pouvoir individuel de négociation et 4) des différents besoins en compétitions.

1. Introduction

La recherche sur les inégalités socio-économiques dans le domaine de la santé s'est intensifiée au cours des deux dernières décennies. L'évidence accumulée est de nos jours utilisée par divers acteurs pour argumenter en faveur de politiques internationales et nationales visant l'équité en matière de santé et de soins de santé. Le principe de base est que les individus doivent avoir des opportunités égales de réaliser leur potentiel de santé (Whitehead 1992). Les désavantages systématiques dans les états de santé, les chances de survie et l'accès au soins en fonction du statut socio-économique, du genre, de l'âge ou de la race sont perçues comme des injustices à réduire, voire éliminer. Notre propos porte sur l'équité d'accès aux soins de santé dans le contexte de l'Afrique subsaharienne (ASS) où l'on considère que la sous-utilisation chronique des services modernes de santé est en grande partie due à un accès inadéquat aux dits services (Macintyre *et al.*, 1999 ; Lucas, 1999 ; Witworth *et al.*, 1999; Russell, 1996 ; Haddad *et al.*, 1995 ; Lavy *et al.*, 1993). Nous adressons particulièrement l'analyse des relations entre les inégalités sociales et économiques à base sexuelles et la capacité d'utiliser les services.

Les débats sur les inégalités et l'équité d'accès aux services de santé en ASS tendent à se focaliser sur leurs dimensions économiques au détriment des autres sources de hiérarchisation sociale comme le sexe et l'âge. L'intérêt pour les inégalités d'accès aux soins s'est intensifié à l'occasion des discussions qui ont accompagné les réformes du financement des soins dans les pays en voie de développement. L'introduction du paiement par les usagers avait fait craindre une exacerbation des risques d'exclusion vue

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

qu'une grande partie de la population vivait déjà avec des revenus irréguliers et très limités. Si de nos jours les disparités entre riches et pauvres sont empiriquement bien documentés, les écrits existants ne permettent pas de statuer sans équivoque sur l'existence et l'ampleur éventuelle d'inégalités d'accès et d'utilisation liées au sexe.

Un des problèmes rencontrés est qu'une grande partie des travaux se sont focalisées sur la santé reproductive mis à part les récentes investigations du VIH/SIDA. Un deuxième problème est que la plupart des études qui se sont intéressé à la question de l'accès en général ont pris le ménage comme unité d'analyse. La principale justification est que les stratégies de mobilisation de ressources et d'adaptation s'organisent surtout à l'échelle du ménage et que la recherche de soins d'un membre d'un ménage a des répercussions sur les activités des autres membres. Cependant, le clivage sexo-spécifique des sphères d'activité, le fait que l'unicité du budget familial ne soit pas établie et le fait que l'allocation des ressources pour les soins ne soit pas nécessairement équitable laissent présager que vivre sous le même toit ne signifie pas que l'on vive les mêmes réalités en matière de capacité d'utilisation.

Au delà des préoccupations de discrimination en fonction du genre, l'étude des avantages et désavantage inter-individus en matière d'accès aux soins de santé fait face à d'importantes difficultés de conception et de mesures. La littérature sur l'équité d'accès aux services de santé relève avec constance l'absence d'une définition du concept et la confusion généralement faite entre Accès et utilisation. Selon Mooney (1983), la distinction fondamentale est que l'accès relève purement de l'offre de soins tandis que l'utilisation relève à la fois de l'offre et de la demande (les besoins). L'équité d'accès est une question d'égalité d'opportunité, peu importe que l'opportunité soit exercée ou pas.

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

Parce que l'utilisation dépend à la fois de l'accès et de la perception par l'utilisateur potentiel des bénéfices des services, un accès équitable n'implique pas nécessairement une utilisation équitable.

Tout en partageant l'idée de placer la notion d'opportunité au cœur de la différence entre l'accès et l'utilisation nous pensons que les difficultés de discrimination demeurent parce qu'on a besoin à notre avis de répondre à la question « opportunité de quoi ? ». En réponse à une telle question, on sera tenté de parler d'opportunité d'utiliser, d'opportunité de se soigner ou encore d'opportunité de répondre à son besoin de soins. Par ailleurs, considérer l'accès comme relevant uniquement de l'offre de soins soulève des questions lorsqu'on se situe dans un contexte où les usagers doivent financer leurs soins par eux-mêmes. Dans l'exemple illustratif proposé par Mooney, on considère que si "deux individus avec les mêmes besoins de soins, vivant à égale distance d'un chirurgien de pratique générale, font face aux mêmes coûts d'utilisation » ils ont un égal accès à ce prestataire pour des besoins. La question qui se pose alors est de savoir si la conclusion d'équité serait maintenue dans le cas où les deux devaient payer leurs soins et que l'un se trouvât dans l'incapacité de le faire. Alors qu'ils font face aux mêmes coûts de prestation, il semble difficile de conclure qu'ils ont une égale opportunité de se procurer des soins à moins d'arrangements particuliers prévus pour les situations de pauvreté. Si maintenant nous supposons que les deux personnes, en plus de faire face aux mêmes coûts, avaient la même appréciation des bénéfices qu'ils peuvent tirer des soins, il sera également difficile de parler d'égalité d'utilisation vu que l'un n'aurait pas pu payer pour ses soins. La capacité de payer que nous considérons comme un attribut de l'individu à côté des

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

attributs de l'offre de soins, joue ici un rôle dans les opportunités de répondre au besoin de soin.

Peut-être un des moyens de préciser ces différents concepts, c'est de considérer que l'accès peut être défini soit dans la perspective des fournisseurs de soins, soit dans celle des usagers. La première perspective peut être envisagée lorsque les préoccupations tournent autour des performances des services. L'accès correspondrait à la définition de Mooney et le terme accessibilité pourrait être utilisé à cet effet. La deuxième perspective sied lorsque le questionnement sur l'accès concerne les capacités réelles qu'ont les individus de profiter du potentiel préventif, curatif, et promotionnel des services en matière de santé. Dans ce cas, il s'agit de l'accès vu comme capacité d'utiliser que les attributs de l'offre peuvent modifier sans en être un constituant. En partant de cette dernière perspective, nous proposons un cadre conceptuel d'analyse qui s'inspire à la fois des notions de droits et de capacité et de la vision féministe critique des fondements sociaux des inégalités sexospécifiques. La notion de capacité d'utilisation est apportée dans une tentative de marquer le fait que l'accès est ici abordé dans la perspective des demandeurs de soins et non pas seulement celle des offreurs et gestionnaires des services de santé.

2. Capabilité et capacité d'utilisation

Dans les écrits de Sen (2001) et de ceux qui ont abordé la question de l'équité en santé à la lumière de l'approche Capabilité (Pereira, 1993), les services de santé sont considérés comme une commodité et l'utilisation une simple consommation. Dans le cas présent

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

cependant nous voulons comprendre les inégalités dans le domaine de l'accès et de l'utilisation des services de santé. L'approche est utilisée ici comme un cadre de pensée comme l'a bien expliqué Robeyns (2001, 2003). L'objet n'est pas de mesurer l'ensemble capabilité en tant que tel mais de s'inspirer d'une philosophie de pensée pour mieux comprendre les inégalités sexospécifiques dans le domaine restreint de l'accès aux soins modernes de santé.

En dehors des travaux de Sen (1993, 1999, 2000 par exemple,) eux-mêmes, divers autres écrits ont déjà présenté et clarifié le concept de Capabilité. Pour des besoins de cohérence, nous retiendrons cependant que selon Sen, les inégalités au sein d'une organisation sociale peuvent être analysées en comparant les réalisations effectives des individus (leurs accomplissements) ou les possibilités réelles qu'ils ont de réaliser ce à quoi ils accordent de la valeur (leur liberté d'accomplir) (Sen, 2000, p55). Si l'objectif visé est d'avoir une compréhension juste et complète des inégalités, ce serait alors les "libertés d'accomplir" qui devraient constituer le centre d'intérêt de la réflexion. « *L'approche Capabilité¹* » est proposée pour l'analyse des liberté d'accomplir, la "capabilité" étant définie comme l'ensemble des accomplissements potentiels qu'une personne serait en mesure de réaliser effectivement si elle le désirait.

L'existence humaine est conçue comme constituée d'un ensemble de façons d'être et d'agir (états et actions) inter-reliées, qu'il appelle *fonctionnements* (Sen, 2000) et qui peuvent être combinés de diverses manières en modes de vie. Les individus n'ont pas accès aux mêmes combinaisons parce qu'ils n'ont pas les mêmes ressources ni les mêmes aptitudes à convertir les ressources en *fonctionnements*. L'ensemble des différentes

¹ Approche de la capabilité : traduction proposée de *Capability approach*. Les traducteurs ont préféré le néologisme *Capabilité* parce qu'il rendrait mieux le sens précis que Sen donne au mot " *capabilities*". (Voir Sen 2000, p12).

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

combinaisons de *fonctionnements* qu'une personne est en mesure d'accomplir réellement constituent sa "*capabilité* ", c'est à dire, sa " liberté de choisir entre des modes de vie possibles " (Sen, 2000). *L'accomplissement* ou *réalisation* d'une personne est l'expression de la combinaison de *fonctionnements* qui a été privilégiée par l'intéressé à partir de son "*ensemble capabilité* " et en fonction de ses objectifs personnels. Considérons par exemple les fonctionnements " manger à sa faim " (F1), " être bien habillé " (F2) et " avoir son propre logement " (F3). Des combinaisons faisables seraient par exemple, a) F1 + F2 + F3 ; b) F1 + F2 ; c) F1 + F3 ; d) F2 + F3. Si Paulette peut réaliser soit "a" soit "b" si elle le voulait, alors, ces deux options forment sa "*capabilité*" ou son "*ensemble Capabilité*". Si, pour une raison ou une autre, Paulette choisit de réaliser " b " plutôt que " a ", alors " b " constitue un *accomplissement*.

La réflexion que nous menons sur les inégalités liées au sexe en matière de soins de santé suit la logique " sennienne " du choix des libertés d'accomplir (libertés de se soigner) comme principal critère d'évaluation. Utiliser des services, de santé est un comportement de soins de santé considéré ici comme un fonctionnement que les individus peuvent combiner avec d'autres fonctionnements pour s'assurer une vie en bonne santé. A l'image de la "*capabilité*", la capacité d'utilisation représente l'étendue de sa liberté de choix entre diverses possibilités d'utilisation. Parce qu'ils doivent répartir des ressources limitées entre les soins de santé et d'autres besoins essentiels, les individus disposent d'options d'utilisation qui leur permettent de minimiser les conséquences de la maladie elle-même et celles des coûts de sa prévention ou de son traitement sur la qualité de leur vie. Les comportements d'utilisation finalement mise à exécution dépendent aussi bien de la capacité que de la volonté d'utiliser.

2.1 Capabilité, ressources et concept des droits

L'étendue de la “ *capabilité* ” d'une personne dépend des ressources dont elle dispose. Pour une personne donnée, à un moment donné, avoir plus d'argent améliore sa capacité de payer pour des soins de santé et dans une certaine mesure, sa capacité d'utilisation. Cependant, quand il est question de comparer des “ *capabilités* ” interindividuelles, des ressources égales ne signifient pas nécessairement des capacités d'utilisation égales en raison de la variabilité des pouvoirs de transformation des ressources en *fonctionnements*. La relation ressources-fonctionnements est marquée par deux sources de variation selon Sen (1982) : les capacités de convertir les ressources en des caractéristiques et les capacités d'utiliser ces différentes caractéristiques pour produire les états ou actions auxquels elles permettent de parvenir. Par exemple, un vélo peut être défini comme un moyen de transport, un instrument de sport ou un instrument de loisir (caractéristiques) qui permet de réaliser les fonctionnements “ se déplacer ”, “ être en bonne forme physique ”, “ être cycliste professionnel ” ou “ se divertir ”. Ces caractéristiques ne deviennent opérationnelles que si le vélo est actionné avec une certaine force pendant un certain temps alors que les individus n'ont pas la même aptitude à remplir cette condition. Une personne âgée n'a peut-être plus la capacité de maintenir l'équilibre sur un vélo ou la vigueur nécessaire à sa mobilisation. Dans ce cas, l'utilisation de son vélo se réduirait au transport, encore faut-il qu'il se fasse conduire par une tierce personne. Une jeune personne de 20 ans par contre aurait la liberté d'exploiter l'une et/ou l'autre des trois caractéristiques du bien “ vélo ”. L'étendue des “ *capabilités* ” respectives du vieillard et du jeune est donc le reflet de l'étendue de leur liberté de réaliser des fonctionnements,

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

étant donné les possibilités d'utilisation que chacun peut faire de l'ensemble des ressources qu'il a sous son contrôle.

Sen (1982a, 1986) a particulièrement approfondi la question du contrôle de ressources par les individus dans ses travaux sur la famine. Il y montre que la famine est due avant tout à un problème d'acquisition de nourriture plutôt qu'à un de disponibilité. Il cite en exemple la famine du Bengale en 1943 au cours de laquelle les laboureurs du milieu rural étaient rudement touchés par la faim pendant que les citadins connaissaient un boom économique. Il explique ce genre de situation en usant du concept de “ *droits*²”. La notion de droit renvoie aux règles qui, dans une organisation sociale, déterminent qui peut avoir l'usage de quoi. Les *droits* d'une personne dans le contexte de la propriété privée sont l'ensemble des biens et services alternatifs qu'elle peut s'octroyer en utilisant les circuits légaux d'acquisition qui lui sont accessibles compte tenu de sa position sociale. La maîtrise qu'elle exerce sur les biens et services dépendent de deux paramètres : 1) ses ressources³, définies comme “ les biens initialement possédés ” et 2) “ *sa carte des droits à l'échange*⁴” qui représente l'ensemble des biens et services qu'elle peut acquérir selon les possibilités d'échange dont elle dispose, via la production et le commerce (Sen, 1982, 1993). Le paysan propriétaire d'un champ peut acquérir de quoi se nourrir en le produisant lui-même. Il aura échangé sa force de travail avec la nature (la terre) contre des produits agricoles. Il peut aussi obtenir de l'argent comptant en vue d'acquérir d'autres biens et services en vendant sa production, en louant sa terre ou même en la vendant. L'ouvrier agricole, quant à lui, devrait d'abord échanger sa force de travail contre un salaire qu'il utilisera par la suite pour acheter des vivres alimentaires et d'autres

² Droits : “ *entitlement* ”. Traduction de Marnat S. dans Sen, 1993

³ Ressources : *endowments ou assets*. Traduction de Marnat S. dans Sen, 1993. Il s'agit, selon notre compréhension, des avoirs.

⁴ Carte des droits à l'échange : *Exchange entitlement mapping*. Traduction de Marnat S. dans Sen, 1993

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

marchandises. Ne possédant pas de terre, les possibilités d'échanges ne comprendra pas la vente de champ, à moins qu'il ne le fasse illégalement. Selon le type d'organisation sociale, les individus pourront compter aussi sur des *droits* communs d'utiliser la terre, des *droits* conférés par l'Etat comme l'assurance sociale et des *droits* dits élargis qui sont des prétentions que l'on peut faire valoir auprès de connaissances ou de la parenté. L'étude des famines en Inde et en Afrique a montré qu'elles faisaient suite à une perte des *droits* soit par une diminution des ressources ou une réduction des *droits* à l'échange. En d'autres termes, la capacité d'un individu à mener une vie sans faim (fonctionnement) dépend de sa *carte de droits à l'échange*, elle-même dépendante des ressources possédées au départ, des caractéristiques personnelles et des droits d'échanges qui lui sont accessibles. On peut donc dire, en intégrant les concepts de “ *capabilité* ” et de droits, que la “ *capabilité* ” d'une personne est sous la double influence de *sa carte des droits à l'échange* et de son pouvoir de conversion des caractéristiques des éléments de cette carte en des fonctionnements, étant donné ses ressources de départ, ses caractéristiques individuelles et ses *droits* d'échange.

2.2 Capacité d'utilisation et théorie critique féministe

Sen relève dans plusieurs de ses écrits l'existence d'un traitement différentiel entre hommes et femmes à travers le monde et insiste sur le rôle déterminant que ce dernier joue dans les “ *inégalités d'usage des ressources ou de transformation des ressources en capacités* ” (Sen, 1982, 1982a, 1993, 2000). Si l'auteur soutient que ces inégalités se jouent le plus souvent en défaveur des femmes surtout dans les PVD, il ne s'attarde pas (à notre connaissance) sur l'explication des mécanismes de production et de reproduction du phénomène lui-même. Ce sujet est plutôt le centre d'intérêt des scientifiques et écrivains

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

de philosophie féministe qui observent que ces défaveurs faites aux femmes sont imputables à une sous-valorisation systématique du sexe féminin.

Selon la théorie critique féministe, la cause de la sous-valorisation systématique de la femme se place dans la structure sociale elle-même, que ce soit dans la famille ou le travail, dans le domaine de la production ou de la reproduction, dans le patriarcat ou le capitalisme (Adams *et al.*, 2001). Toutes les structures et hiérarchies sociales seraient marquées par la représentation sociale de la masculinité et de la féminité. Les agissements des individus sont aussi imbibés de la conception sexo-spécifique qu'ils adoptent de leurs cultures. Féminité et masculinité sont avant tout des construits d'ordre structurel, dynamiques, à travers lesquels les comportements et les relations de chaque jour s'engagent, s'interprètent et se construisent (Knoppers, 1999 ; Sabo, 1999 ; Courtenay, 2000). De ce processus de construction se dégagent des stéréotypes dominants de masculinité et de féminité auxquels chacun se réfère dans la poursuite de son identité sexuelle.

Le maintien de l'infériorité de la femme dans certaines sociétés est attribué à la persistance et la perpétuation, via la socialisation sexuelle, de la conception traditionnelle de la nature des relations hommes-femmes (de Beauvoir 1974). Ce serait le cas dans les sociétés où les structures familiales de type patriarcal prédominent. La femme idéale, dans ce contexte est féconde, soumise à son époux et se dépense avant tout pour le bien-être de sa famille. La répartition du travail la confine à des besognes domestiques peu valorisées, non rémunérées et pourtant très épuisantes et très demandantes en temps. La "glorification" du mâle hégémonique⁵ renforce la subordination de la femme à l'homme

⁵ La masculinité hégémonique est caractérisée par la force physique et la bravoure, le stoïcisme, l'autorité sur les femmes et la virilité (Sabo, 1999, Courtenay, 2000)

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

au sein et en dehors de la famille. Elle joue aussi sur les négociations hommes-femmes en matière de prise de décision et de répartition intra-familiale des ressources. En conséquence, on assiste à une limitation de la participation des femmes à la vie publique et à une restriction de leur accès aux ressources nécessaires pour satisfaire leurs besoins de base. Au-delà des ressources matérielles, c'est bien souvent le contrôle de leur vie reproductive, leur pouvoir décisionnel, leur opportunité de se réaliser et même leur estime de soi qui leur échappent. Ces conditions de vie, de concert avec le contexte socio-économique général austère dans le cas de l'ASS réduiraient la capacité des femmes d'adopter des habitudes de vie saines et limitent leur accès aux soins de santé (Shahrashoub *et al.*, 1995 ; UNDP, 1995 ; WHO, 1998 ; Astbury, 1999 ; Doyal, 2000).

3. Cadre d'analyse de la Capacité d'utilisation

3.1 Conceptualisation de la capacité d'utilisation

Russell (1996) a fait appel au concept des *droits* de Sen pour analyser la capacité à payer (CAP) pour les soins de santé. Il trouve que la maladie et les coûts qu'elle engendre, plongent les ménages dans une situation de crise tout comme la famine. La vulnérabilité ou la capacité de contrôler la crise ne dépend pas uniquement de la disponibilité d'argent comptant au moment de sa survenue mais aussi des possibilités de convertir diverses autres ressources en argent comptant ou en *droits* d'acquisition de soins. L'important est que cette opération d'échange ne ruine pas la capacité du ménage de vivre décemment dans le court et le long terme. Une des préoccupations de Russell était de définir un cadre d'analyse de la CAP qui permet de faire la distinction entre la CAP et la propension à payer. Ce serait alors un cadre conceptuel qui permettrait à la fois un examen

systematique des ressources tangibles et non tangibles auxquelles les ménages ont accès et une prise en compte des coûts d'opportunité à long terme qu'implique l'investissement dans les soins de santé. Il pense que la théorie des *droits* et le concept de " stratégies d'adaptation⁶ " fournissent les fondements théoriques d'un tel cadre d'analyse. La théorie des *droits* fonderait l'examen détaillé de la mobilisation des ressources par les ménages et les stratégies d'adaptation guideraient l'examen de l'utilisation qui est faite de ces ressources.

Faisant suite aux préoccupations de Russell, Haddad et al. (1995) suggèrent de considérer la mesure de la CAP " comme un moyen d'estimation d'un risque (...) d'exclusion (...) ou de renoncement à la satisfaction d'autres besoins essentiels ". Ils conceptualisent la CAP en tant que produit de la rencontre entre la capacité de mobiliser des ressources pour répondre à un problème de santé donné et les coûts liés à la stratégie de soins envisagée. La CAP serait alors " un attribut à la fois d'un individu particulier et d'une stratégie de soins particulière " avec la possibilité "d'associer à un même individu non pas une mais plusieurs capacités à payer".

Tout comme Haddad et al. le font pour la CAP, nous plaçons la capacité d'utilisation à la croisée de deux entités : la capacité de mobilisation de ressources (CMRS) et le besoin de soins. Nous considérons cependant que la capacité d'utilisation est un attribut essentiellement individuel. Elle indique la mesure dans laquelle une personne a la possibilité de satisfaire ses besoins de soins compte tenu de sa CMRS du moment (figure1). Pour cette personne, il y a risque d'exclusion (temporaire, partielle ou permanente) des services de santé modernes quand sa CMRS ne lui permet pas de remplir

⁶ Stratégie d'adaptation : traduction libre de " Coping strategies "

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

les conditions nécessaires à l'acquisition des soins qui conviennent à son problème de santé sans compromettre sa capacité de satisfaire ses autres besoins essentiels.

Définie sous l'angle des “capabilités”, la capacité d'utilisation représente l'ensemble des stratégies de soins qui peuvent réellement être adoptées, compte tenu de la capacité de mobiliser et d'allouer des ressources à des soins et compte tenu du besoin de soins de santé. La stratégie est ici comprise dans son sens figuré, “ensemble d'actions coordonnées, de manœuvres en vue d'une victoire”⁷ et est alors vue comme une expression et non un déterminant de la capacité d'utilisation.

3.1.1 La capacité de mobilisation de ressources pour des soins

La CMRS représente les possibilités que possède une personne, à un temps donné, de rassembler des ressources monétaires et non-monétaires (matérielles, humaines et temporelles) qu'elle pourrait allouer à des soins de santé compte tenu des différents besoins essentiels en compétition⁸. Dans le langage des *droits* (tels que vus par Sen) elle correspondrait à une *carte de droits à l'échange* qui serait spécifique à un objectif visé (les soins de santé). La CMRS est la résultante du potentiel individuel de mobilisation de ressources personnelles pour des soins de santé, du potentiel de transfert de ressources du ménage à l'individu, du potentiel de transfert de ressources du réseau social extra-ménage à l'individu (soit directement ou par l'intermédiaire du ménage) et du pouvoir de négociation individuel. Nous entendons par pouvoir de négociation, la force de persuasion qu'exprime une personne en raison de son influence sociale, économique,

⁷ Le nouveau Petit Robert, dictionnaire de la langue française, 1993

⁸ Arweiler et Haddad (1997) font appel à la théorie des *droits* et celle des “*capabilités*” pour conceptualiser la capacité à mobiliser des ressources chez une personne aux prises avec un problème de santé donné. Les auteurs proposent, un schéma en couches successives où la CMRS est décomposée en ressources utilisables (droits existants) qui relèvent de la collectivité, ressources mobilisables (droits du ménage) relevant du ménage et en ressources mobilisées (droits exercés) relevant de l'individu.

psychologique ou affective. Le pouvoir de négociation détermine l'étendue de l'accès à la part de ressources du ménage et du réseau social transférables pour des soins de santé.

Tant au niveau de l'individu, de son ménage que de son réseau social, les ressources mobilisables et transférables aux soins sont fonction des ressources contrôlées, des stratégies de mobilisation de ressources utilisables et des besoins essentiels en compétition. Les ressources mobilisables, d'après le concept de *droits* de Sen, font état de l'ensemble des ressources potentielles sur lesquelles une personne peut légalement compter pour répondre au besoin de soins. Il peut s'agir des revenus, des possessions matérielles et autres biens monnayables, du capital temps, du capital social et du capital humain (Arweiler *et al.*, 1997). Dans le présent travail, le capital humain a trait aux habiletés de travail, au niveau d'éducation et d'information, à l'estime de soi ou à la confiance en soi et bien d'autres aptitudes personnelles. Le potentiel de conversion des ressources mobilisables en ressources attribuables à l'utilisation se fait par l'entremise des stratégies de mobilisation de ressources. C'est-à-dire, les différentes actions et manœuvres permettant d'une part de collecter les ressources et d'autre part d'opérer les réallocations utiles à la protection d'un minimum de qualité de vie. Les stratégies s'apparentent aux fonctions d'utilisation des ressources dont parle Sen en ce sens qu'elles font le pont entre ressources et fonctionnements potentiels et qu'elles sont dépendantes à la fois des caractéristiques des ressources mobilisables et des caractéristiques individuelles dans un contexte social donné.

3.1.2 Le besoin de soins de santé

Par "besoin de soins de santé" nous signifions l'ensemble des caractéristiques qui rendent compte de l'ampleur et de la complexité des conditions à remplir pour l'obtention

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

de soins qui conviennent à un problème de santé donné. Le besoin de soins s'exprime en quatre dimensions composées de l'urgence de la situation, du type de soins, de la durée des soins et de l'ampleur des coûts monétaires et non monétaires qu'implique l'utilisation des services. Le besoin de soins de santé ainsi défini dépend à la fois des caractéristiques individuelles et des conditions de l'offre de soins de santé.

Au niveau individuel, chacune des dimensions du besoin de soins est influencée par la nature du problème de santé, sa sévérité, l'âge de la personne et les conditions morbides sous-jacentes. Au niveau de l'offre de soins de santé, les éléments qui jouent sur le besoin de soins englobent l'accessibilité géographique des services, le type de soins existants, la qualité des prestations et leurs prix, les modalités de paiement offerts et l'organisation des prestations.

4. Conclusion : Inégalités sexo-spécifiques et capacité d'utilisation des femmes

Les ressources, les stratégies de mobilisation et le pouvoir de négociation dépendent certes des aptitudes personnelles comme l'éducation, la créativité, le dynamisme, etc., mais ils dépendent aussi des prescriptions légales qui régissent les transactions dans le ménage et dans la communauté. Nous appelons ce cadre normatif de référence collective, la "carte des droits"⁹ par analogie à une carte géographique. Elle définit d'une part, ce que les membres de la communauté, étant donné leur sexe et leur position dans la hiérarchie sociale, ont la légitimité de posséder et de faire, et d'autre part, les conditions dans lesquelles ils peuvent exercer ces droits. Le terme "droit" prend alors son sens le plus large pour englober non plus seulement les prérogatives de propriété privée mais toutes les légitimités explicites ou tacites sur lesquelles reposent les interactions au sein

de la communauté et de ses institutions dont le ménage. Nous répondons ainsi à une recommandation que fait Sen sur l'utilisation du concept des *droits* pour des investigations comportant des analyses intra-domestiques. Selon lui, l'approche des *droits*, conçue au départ pour des comparaisons inter-ménages, ne peut pas être transposée telle quelle à l'analyse des répartitions intradomestiques. La principale raison est que les règles qui gouvernent les prétentions légitimes au sein d'un ménage ne sont pas les mêmes que les lois qui gouvernent les *droits* à la propriété privée de façon générale. Le recours à l'approche des *droits* dans ce cas commande un élargissement de la notion de légitimité aux légitimités acceptées, y compris celles liées à la structure des divisions sexuelles (Sen,1993).

Sur la base de la théorie critique féministe, nous soutenons que la "carte des droits" n'est pas nécessairement la même pour les hommes et les femmes d'une même communauté suivant la structure des divisions sexuelles, c'est à dire les normes et valeurs sociales en vigueur dans une communauté en matière de répartition sexuelle du travail, des rôles sociaux et des droits. Voici un exemple du Burkina Faso. Jusqu'à une date récente, il était permis à toute mère qui le voulait d'ouvrir un compte d'épargne pour son enfant. Mais seul le père de l'enfant pouvait faire des retraits sur le compte d'épargne de son fils. La mère y était autorisée seulement si elle pouvait prouver qu'elle n'avait pas de conjoint. Un autre exemple peut être cité du Cameroun où un homme avait légalement le droit de mettre fin à l'emploi de sa femme. Il lui suffisait tout simplement de signifier sa volonté à l'employeur de la femme. De nos jours, de telles dispositions inégalitaires se font de plus en plus rares du fait de la pression des différents mouvements internationaux et nationaux en faveur de la femme. Il reste que le système légal officiel cohabite souvent avec un

⁹ Nous empruntons l'expression "carte de droit" à Sen, mais nous le transposons de l'individu à la communauté.

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

système légal traditionnel qui est opérationnel et qui résiste beaucoup plus au changement. Ainsi quand bien même les textes juridiques officiels reconnaissent à la femme le droit d'être propriétaire terrien, ce droit ne lui est pas reconnu par la législation traditionnelle de certains groupes ethniques (les Moose du Burkina par exemple).

Le ménage est la principale institution sociale où le clivage des sphères d'activités et de droits en fonction des sexes se concrétise. L'intégration de ces arrangements sociaux dans la vie domestique, contribue de manière insidieuse, au façonnement de la capacité de mobilisation de ressources des femmes d'une part et à la complexification de leurs besoins de soins d'autre part. En définissant "qui (de l'homme et de la femme) fait quoi, qui peut consommer quoi, qui prend quelle décision" (Sen, 1993) qui a droit à quoi, la structure des divisions sexuelles puis la carte des droits structurent l'organisation de la vie intra-familiale et à ce titre légitiment les inégalités hommes-femmes qui pourraient résulter du vécu relationnel intra-familial. La légitimation d'une répartition intra-domestique potentiellement inégale du temps libre, du pouvoir décisionnel, du contrôle des ressources et du pouvoir de négociation aura un impact sur la CMRS en entraînant un accès asymétrique aux ressources et aux stratégies de mobilisation efficaces de ressources. Ces arrangements sociaux favorisent par ailleurs une valorisation inégale de la contribution productive des hommes et des femmes du ménage et de ce fait influence le support social et économique qui leur est accordé en cas de besoin de soins.

Hors du ménage, la concrétisation de la division sexuelle des rôles et des droits aux travers des autres institutions sociales, peut exposer directement ou indirectement les femmes à des inégalités d'accès aux ressources collectives. Dans le cas spécifique des institutions de soins de santé, il y a des indications que certaines dispositions de

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

prestation compliquent la capacité des femmes d'obtenir des soins et que ces dispositions reflètent l'intégration dans la pratique institutionnelle des légitimités explicites et implicites qui gouvernent les relations hommes-femmes dans la communauté. Par exemple, jusqu'en 1994, les professionnels de santé burkinabé ne prescrivaient pas de méthode contraceptive à une femme qui n'avait pas l'autorisation de son conjoint. Jusqu'à nos jours, les dispositions légales interdisent aux professionnels de santé de pratiquer la ligature de trompes à une femme sans une autorisation écrite de son conjoint même si cette dernière est majeure et jouit de toutes ses facultés mentales (Koné, 2002). Au Cameroun où la loi le permet, les professionnels de santé continuent d'exiger l'autorisation écrite du conjoint avant toute ligature de trompes (Njom Lend, 2002).

Ainsi, en déterminant la définition de la "carte des droits" en fonction des sexes, la structure des divisions sexuelles influence la capacité d'utilisation des femmes en marquant leur parcours en tant qu'individu, en tant que membre d'un ménage et en tant que membre d'une communauté. Dans le schéma du cadre d'analyse de la capacité d'utilisation proposé dans la figure 2, l'individu est placé dans son ménage, puis l'individu et le ménage placés dans une communauté afin de souligner le caractère insidieux et infiltrant de l'émergence des inégalités sexo-spécifiques et de leurs effets subséquents sur la capacité d'utilisation.

En résumé, la capacité d'utilisation, est un construit qui informe sur la liberté qu'ont les individus de choisir entre divers comportements d'utilisation. Un individu donné, à un temps donné, possède un potentiel de mobilisation de ressources pour des soins de santé appelé CMRS qui lui confère une certaine latitude de choisir entre différentes stratégies de soins en cas de besoins. L'importance de cette latitude sera fonction de la capacité de

Version préliminaire d'un travail en progression. Ne pas citer SVP.

convertir les ressources qui peuvent être mobilisées en diverses formes d'utilisation de services de santé, compte tenu des caractéristiques du besoin de soins. La nature et l'ampleur des ressources qu'il pourrait mobiliser dépendent 1) des réalités socio-économiques qui prévalent dans son ménage et dans sa communauté 2) des légitimités que lui confère la "carte des droits" de sa communauté de référence, 3) de son pouvoir de négociation et 4) des besoins essentiels en compétition. En fonction de la représentation sociale de la féminité et de la masculinité en vigueur dans une communauté, la structure des divisions sexuelles peut conduire à des capacités d'utilisation inégales en induisant une définition inégalitaire des droits accordés aux femmes et aux hommes.

- Adams, B.N., & Sydie, R.A. (2001). *Sociological theory*. USA : Pine Forge Press.
- Arweiler, D., & Haddad, S. (1997). La mesure de la capacité de mobiliser des ressources des ménages pour se soigner : revue de la littérature. (un pub)
- Astbury, J. (1999). *Gender and mental health*. Harvard Center for Population and Development Studies. *Gender and Health Equity*.
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of Masculinity and their Influence on Men's Well-being : a Theory of Gender and Health. *Social Science and Medicine*, 50, 1385-1401.
- de Beauvoir, S. (1986a). *Le deuxième sexe*. Mesnil-sur-l'Estrée : Société Nouvelle Firmin-Didot.
- Doyal, L. (2000). Gender Equity in Health : Debates and Dilemmas. *Social Science and Medicine*, 51, 931-939.
- Haddad, S. (1992). Utilisation des services de santé en pays en développement. Une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre. Institut d'analyse des systèmes biologiques et socio-économiques Université Claude Bernard.
- Haddad, S., & Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Saïre. *Social Science and Medicine*, 40, 743-753.
- Knoppers, A. (2001). A critical Theory of Gender Relation. In S. VanLeeuwen (Ed.), *After Eden : Facing The Challenge of Gender Reconciliation*. Eerdmans.
- Koné, B. (2002). La santé de la femme burkinabé à l'an 2002. Communication orale ; 9^e rencontre internationale sur les femmes et la santé. Du 12 au 16 août, York University, Toronto.
- Lavy, V., & Quigley, J.M. D.C. (1993). The world Bank. Willingness to pay for the quality and intensity of medical care. Low income households in Ghana. Working paper. World Bank. 94. Living Standard Measurement study.
- Lucas, H., & Nuwagaba, A. (1999). Household coping strategies in response to the introduction of user charges for social service : a case study on health in Uganda. IDS Working paper. Institute of Development Studies 86.
- Macintyre, K., & Hotchkiss, D.R. (1999). Referral revisited : community financing schemes and emergency transport in rural Africa. *Social Science and Medicine*, 49, 1473-1487.
- Maruyama, G.M. (1997). *Basics of Structural Equation Modelling*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Mbugwa, J.K., Bloom, G.H., & Segall, M.W. (1995). Impact of user charges on vulnerable groups : the case of kibwezi in rural Kenya. *Social Science and Medicine*, 41, 829-835.

McPake B, Hanson K, Mills A. (1993) Community financing of health care in Africa : an evaluation of the Bamako initiative. *Social Science and Medicine* ;36(11) :1383-95.

Mooney G.(1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*;1(4):179-85.

Njom Lend, A. (2002). Faisabilité d'une initiative communautaire en santé sexuelle et reproductive. Communication orale. 9^e rencontre internationale sur les femmes et la santé. Du 12 au 16 août, York University, Toronto.

Pereira, J. (1993). What does equity in health mean? *Journal of Social policy*;22(1)19-48

Robeyns, I.(2000). An Unworkable Idea or a promising alternative? Sen's Capability Approach revisited.

<http://www.econ.kuleuven.ac.be/ces/discussionpapers/Dps00/DPS0030.pdf>

Robeyns, I.(2003). The Capability Approach: An Interdisciplinary Introduction.

Russell, S. (1996). Ability to pay for health care ; concepts and evidence. *Health Policy and Planning*, 11, 219-237.

Sen, A. (2002), Why health equity? *Health Economics*, 11:659-666.

Sen, A. (2000). *Repenser l'inégalité*. Paris : Seuil.

Sen, A. (1999). *Development as freedom*. New York : Knopf, Alfred.A.

Sen, A. (1993). *Ethique et économie, et autres essais*. Paris : Presses Universitaires de France.

Sen, A. (1986). World Institute for Development Economics Research. United Nations University. *Food, Economics and Entitlements*. Wider working papers. UNU.

Sen, A (1981) *Poverty and Famines : An Essay on Entitlement and Deprivation*. Oxford University Press.

Whitehead, M.(1992). The concepts and principles of equity and health. World Health Organisation , Regional office for Europe, EUR/ICP/RPD414 7734r, pp18

WHO. (1998) *Gender and health : a technical paper*. WHO/FRH/WHD/98.16

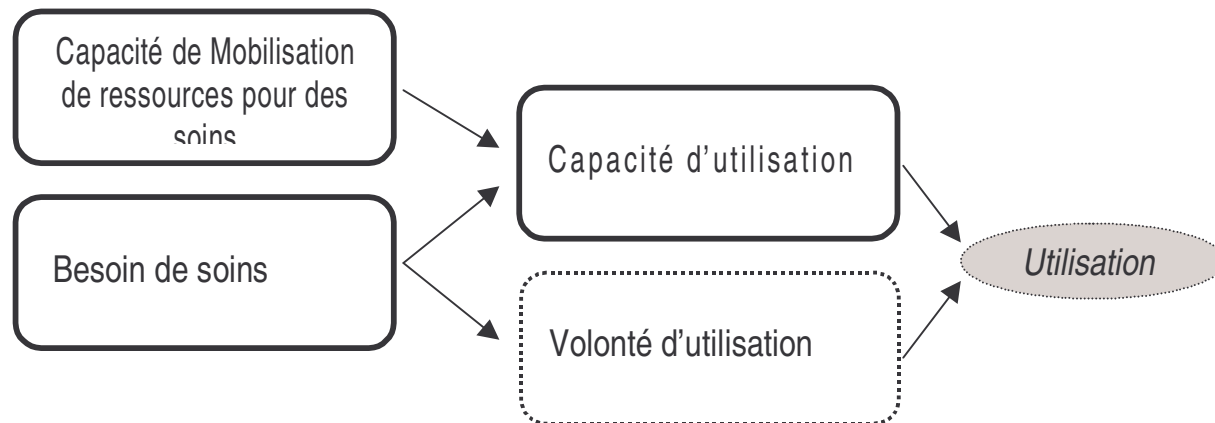


Figure1 : La capacité d'utilisation selon la logique Capabilité

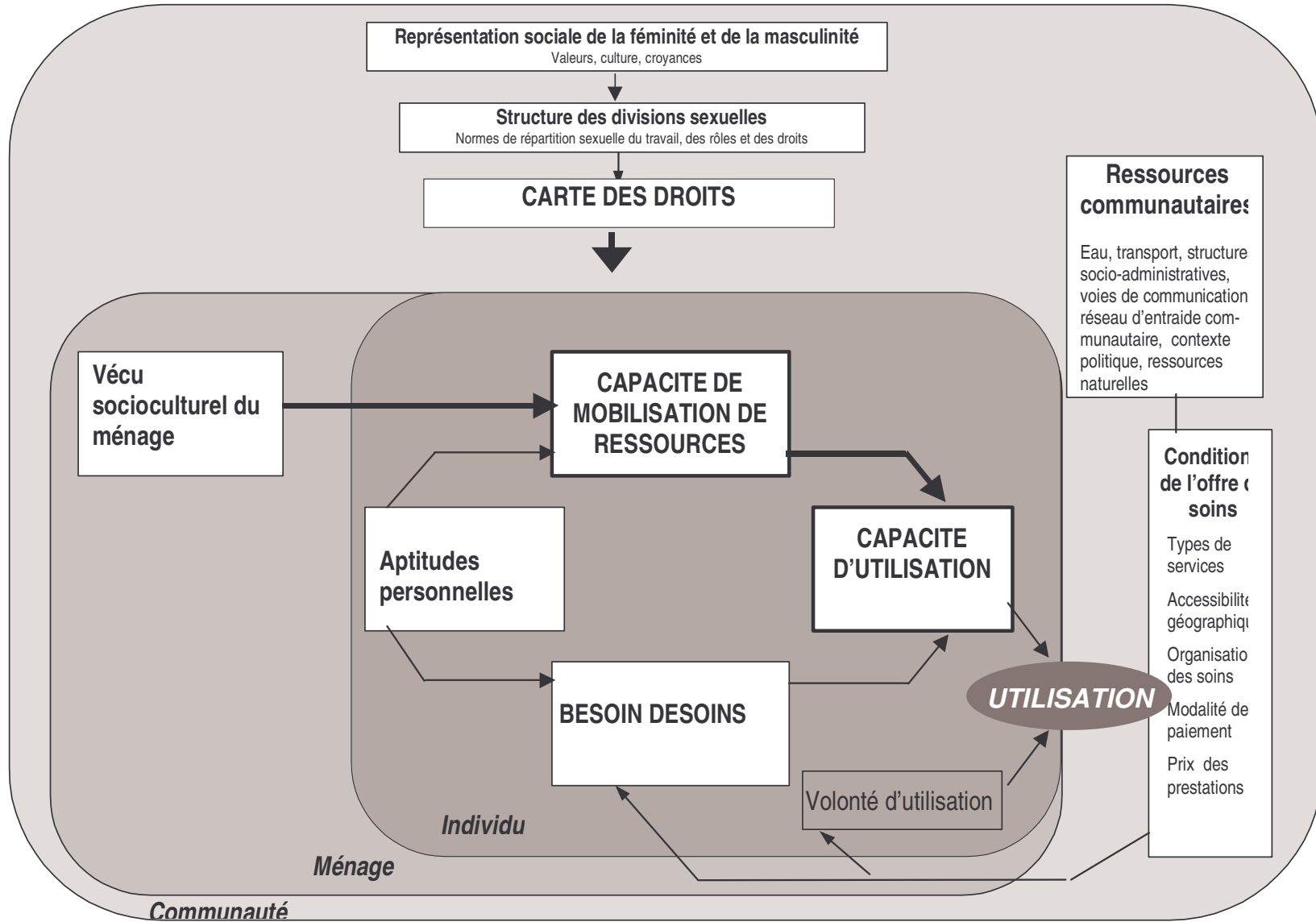


Figure 2 : Cadre d'analyse de la capacité d'utilisation des services de santé modernes