



La capitalisation des comités de veille citoyenne dans l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle dans la région du centre au Burkina Faso

*Capitalizing on citizen monitoring committees in the operationalization of universal
health coverage in the central region of Burkina Faso*

George ROUAMBA

Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

Email : georgerouamba@gmail.com

Orcid id : <https://orcid.org/0009-0002-5774-6076>

Résumé : Au Burkina Faso, dans le cadre de l'opérationnalisation de l'assurance maladie universelle, il a été mis en place des comités de veille pour garantir l'efficacité de la politique publique. L'objectif est de comprendre le processus d'implantation des comités de veille en tirant les leçons apprises. À partir des entretiens individuels et de focus groups, cet article questionne la mise en place de comité de veille citoyenne en tant qu'espace de production et de circulation de savoirs au sein des communautés. Les savoirs diffusés portent sur l'histoire, les normes et la pratiques de fonctionnement des comités de veille citoyenne. Les vecteurs de diffusion des savoirs restent les modèles traditionnels, à savoir les radios communautaires, la communication interpersonnelle. La mobilisation de l'ensemble des savoirs devrait permettre aux comités de veille citoyenne de se transformer en groupe de pression pour une meilleur qualité de soins. La capitalisation des expériences communautaires est un processus comportant d'énormes défis surtout qu'il s'agit d'expérimenter un modèle voyageur.

Mots-clé : Veille, Citoyenne, Savoirs, Projet, Ouagadougou.

Abstract : In Burkina Faso, as part of the operationalization of universal health insurance, watchdog committees were set up to guarantee the effectiveness of public policy. The aim is to understand the process of setting up monitoring committees, drawing on lessons learned. Based on individual interviews and focus groups, this article examines the setting up of citizen monitoring committees as a space for the production and circulation of knowledge within communities. The knowledge disseminated concerns the history, norms and operating practices of citizen monitoring committees. The vectors of knowledge dissemination remain traditional models, namely community radio and interpersonal communication. Mobilizing all this knowledge should enable citizens' monitoring committees to become pressure groups for better quality of care. The capitalization of community experiences is a process fraught with enormous challenges, especially when it comes to experimenting with a travelling model.

Keywords: Citizen, Watch, Knowledge, Project, Ouagadougou.

Introduction

Au Burkina Faso, un programme national de renforcement de l'engagement citoyen et de la responsabilité des gouvernants dans la mise en œuvre de la politique de l'Assurance Maladie Universelle (AMU) est mis en œuvre dans quatre régions pilotes avec l'appui technique des organisations de la société civile. Ce programme a mis en place des comités de veille citoyenne dans les communes urbaines et rurales dont la vocation est de veiller à l'efficacité de l'intervention. Après trois années de mise en œuvre, une capitalisation des expériences des comités de veille a été jugée importante afin d'en tirer les leçons apprises. Le processus de mise en place peut être compris comme un espace de production et de circulations des nouveaux savoirs dans les communautés.

Pour comprendre les enjeux et les attentes des gestionnaires sur la capitalisation du projet, il est important de rappeler le contexte de mise en œuvre. Un des obstacles majeurs à l’opérationnalisation de l’assurance maladie universelle est la grande pauvreté des populations. En effet, une partie importante de la population rurale du Burkina Faso fait l’expérience d’une inaccessibilité financière aux soins. En 2018 selon le ministère de l’économie, le pays comptait 7,3 millions de personnes pauvres dont 93,3% en milieu rural. Le taux de pauvreté était de 36,2% avec un seuil de pauvreté de 164 955 FCFA (272 \$) (Ridde,2021). Cette pauvreté affecte l’utilisation des services de santé car 24,2% de la population morbide n’a consulté aucun service ou personnel de santé moderne (Institut National des Statistiques et de la Démographie, 2022). Par ailleurs, plus de 80% de la population ne disposent pas d’une couverture sociale en santé (Bationo, 2013). Ce faisant, un grand nombre de personnes est considérée comme des indigents et ne peuvent pas payer leur frais d’adhésion au système d’assurance.

La mise en place de l’AMU a engendré des débats publics sur la justice sociale et l’équité d’accès aux soins des indigents. Quelle est la place des indigents ? Les indigents sont couramment identifiés aux individus qui n’ont pas un salaire, ni de revenus suffisants et qui ne peuvent pas payer les soins dans les centres de santé. Alors que les décideurs politiques prévoyaient la mise en place d’un régime d’assurance maladie obligatoire pour les salariés et un régime d’assurance maladie volontaire pour les travailleurs du secteur informel (Kadio et al., 2017), les mouvements syndicaux se sont opposés au motif que les infrastructures et la technologie médicale restent précaires. Le gouvernement pris entre les groupes de pression (partenaires techniques, associations et ONG) et la résistance des organisations syndicales a fait l’option d’avancer à petit pas par un projet-pilote de prise en charge des personnes indigentes à travers les mutuelles de santé. La question de la redevabilité et de la participation des citoyens au contrôle de l’action publique sont également venues alimenter ces débats publics sur l’efficacité des politiques publiques. Aussi de nouvelles revendications citoyennes sont nées : la transparence, la responsabilité à l’égard du citoyen, en somme la redevabilité. Ce contexte est alors propice à une réflexion sur la capitalisation des projets.

En prenant comme une entrée empirique, la mise en œuvre de la veille citoyenne, cet article se propose de capitaliser les expériences de ce projet. Il s’agit de reconstituer le processus de production et de circulation des savoirs ; autrement dit la transformation des expériences vécues au cours de la mise en œuvre des comités de veille en connaissances diffusables. Le processus de mise en place du comité de veille relève globalement d’une transmission de savoirs entre une communauté et une équipe de projet. Par-delà ses multiples dimensions, la transmission des savoirs relève de quelques interrogations : Que pouvons-nous apprendre du processus de mise en place des comités de veille ? Quels types de savoirs ont été produits ? Et pour quels usages de ces savoirs ?

Après avoir présenté la méthodologie de l’étude, les résultats seront exposés de la manière suivante. Dans un premier temps, un rappel de l’historique des comités de veille permettra au lecteur de les situer dans l’histoire générale des soins de santé primaires. En deuxième lieu, les apprentissages issus du processus de mise en place des comités de veille seront traités. L’article se termine par une discussion autour de la capitalisation de la pérennisation et des modèles voyageurs des projets.

1. Approche méthodologique

L’étude s’est déroulée dans deux communes rurales et urbaines de la ville de Ouagadougou. Sur le plan méthodologique, la capitalisation s’inspire de la démarche de la recherche-action car l’une de ses finalités est de construire une organisation apprenante. S’inspirant de la recommandation de Jean-Marc Ela selon laquelle, il convient de réhabiliter la

banalité comme une source d’intelligibilité de la réalité sociale et humaine (Ela, 2006), les données d’enquêtes qui ont servi de base pour les interprétations sont issues d’un double dialogue (Olivier de Sardan, 2008). Le premier est un dialogue avec les données issues d’entretiens individuels approfondis auprès de 23 personnes de divers profils et 04 focus groups de femmes et d’hommes bénéficiaires de l’assurance maladie universelle (AMU). Ces personnes ont été identifiées par un modèle d’échantillonnage à choix raisonné parmi les acteurs de mise en œuvre du projet. Aussi trois types de guide d’entretien ont été élaborés à l’endroit respectivement des acteurs institutionnels, des prestataires de soins, et des bénéficiaires. Les entretiens se sont déroulés dans les aires administratives des deux centres de santé qui mettent en œuvre l’AMU et les lieux de travail des gestionnaires du projet. Certains entretiens ont été réalisés en langue nationale *mooré*¹.

Participants		Technique	Nombre
Indigents	Femme	Focus group	02
	Homme	Focus group	02
Équipe du projet		Entretiens individuels approfondis	5
Employés de la Caisse nationale d’assurance maladie universelle			3
Prestataire de soins des Centre de santé			2
Membre des Comité de gestion des formations sanitaires			2
Mairies/ délégation spéciale			4
Mutuelles de santé			2
Réseau d’Appui aux Mutuelles de Santé			01
Total			23

Tableau 1 : Profil des enquêtés lors des entretiens approfondis (Source : enquête de terrain en novembre 2022)

Le second est le dialogue avec les participants d’un atelier de restitution et d’un atelier de bilan de mise en œuvre du projet. L’atelier est considéré dans ce cas, comme une réunion qui constitue une forme de délibération et de décision collective en dépit de l’inégalité des statuts des participants (L’Estoile, 2015). En effet, y participaient les différentes parties prenantes, les bénéficiaires des mutuelles de santé, des associations de la société civile et des représentants de l’administration publique. Aussi, l’atelier est une espace de réalisation d’une ethnographie de situations de confrontation entre des mondes hétérogènes, se trouvant en relation d’interdépendance asymétrique (L’Estoile, 2015). L’ambiance au cours de ces ateliers a été parfois chaude où les débats houleux sont apparus autour des rôles des uns et des autres dans la mise en œuvre des comités de veille. Cependant, il convient de rappeler l’histoire des comités de veille qui se situe dans la continuité de celle des soins de santé primaire en Afrique.

2. Historique des comités de veille en santé

L’histoire des comités de veille citoyenne est intimement liée à celle de la participation des communautés à la base pour améliorer l’accessibilité et la qualité des soins depuis le lancement de l’initiative de Bamako². Les comités de veille citoyenne, encore appelés observatoires communautaires en santé, ont émergé dans des circonstances particulières, comme une réalité nouvelle dans le paysage institutionnel des systèmes santé et qu’il convient

¹ Langue parlée par l’ethnie mossi du Burkina Faso

² Politique de réforme majeure du système de santé en Afrique en 1987 qui prône la participation des communautés dans l’offre de soins de santé primaires

de retracer cette histoire. L’avènement des comités de veille s’inscrit dans l’histoire des politiques de santé depuis les années 1970 en Afrique. La politique des soins de santé primaire promue à Alma Ata en 1978 préconisait une forte décentralisation du système de santé avec une forte implication des communautés.

Les dispositifs de participation vont se créer suivant la forme pyramidale du système de santé. Au niveau des districts sanitaires on aura les conseils de santé de district et les comités de gestion (COGES) au niveau des centres de santé et de promotion sociale (CSPS). Au niveau régional, les Comités Techniques Régionaux de Santé (CTRS) sont pilotés par les gouverneurs avec une forte présence des acteurs de la Société civile et les autres partenaires au développement. Au niveau central, le Conseil d’Administration du Secteur Ministériel (CASEM) est un espace de dialogue, d’information et de redevabilité de l’action ministérielle. La participation devient de facto un droit et un devoir des usagers et des citoyens de prendre part au processus de planification, d’exécution des interventions en santé et aux décideurs locaux ou nationaux de rendre compte de leur gestion.

Avec l’explosion du VIH/SIDA au cours de la période entre 1990 et 2000, les personnes infectées vont s’organiser en associations de malades pour participer à la mise en œuvre des actions de riposte contre cette nouvelle pandémie. Cette participation utilitariste est encouragée par les institutions de financement comme la Banque mondiale.

La diffusion internationale des comités de veille citoyenne va être accélérée avec la création du Fonds Mondial en 2000. Les communautés seront impliquées, en tant que expertes et actrices en santé communautaire (Expertise France, 2019). D’un côté, une vision utilitariste qui considère la participation communautaire comme un moyen d’améliorer les systèmes de santé et une vision militante, qui fait de l’*empowerment* des usagers une fin en soi (Expertise France, 2019). Les comités de veille citoyenne apparaissent alors comme une nouvelle approche pour corriger les insuffisances de la participation communautaire.

Appelés aussi « observatoire communautaire et de veille citoyenne », le comité de veille citoyenne est défini comme un :

dispositif de veille des systèmes de santé, fondé sur une implication communautaire, locale et citoyenne, visant à garantir la bonne application des politiques publiques en matière d’accès à des services de santé de qualité et à aboutir à des changements positifs et durables grâce à la remontée d’information et de données, la création de cadres de concertation et à l’émergence d’un sentiment de redevabilité chez l’ensemble des parties prenantes (Expertise France, 2019, p. 2).

Depuis une dizaine d’années, on en dénombre une vingtaine en Afrique de l’Ouest et au Maghreb dans le cadre de la lutte contre les trois maladies prioritaires grâce au financement du Fonds Mondial. La veille citoyenne sur l’accès aux services de santé et aux droits s’inscrit dans la continuité des mouvements portés par les associations intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA dans le but d’alerter sur les défaillances des systèmes de santé (Expertise France, 2019). Cette micro-histoire de la participation communautaire permet de comprendre les orientations que les observatoires citoyens ont empruntées. Globalement, la veille vise à améliorer la transparence et la redevabilité des services de santé dans le secteur public. Le mécanisme d’intervention des comités de veille citoyenne va se reposer sur un trépied : la gestion des alertes, la validation communautaire des incidents critiques et le plaidoyer pour des solutions endogènes.

Les comités de veille citoyenne collectent les dysfonctionnements des centres de santé qui sont qualifiés d’alertes. Il s’agit de la disponibilité des médicaments et des intrants, le comportement des prestataires de soins, la disponibilité des ressources humaines. La collecte peut se faire à l’aide d’outils de collecte au cours d’un entretien avec les différents acteurs. Il est également mis en place des numéros verts qui permettent à tout citoyen d’appeler pour

signaler un dysfonctionnement. Les données collectées feront l’objet d’une validation communautaire au cours d’une rencontre de concertation entre les parties prenantes de la localité. Cette validation consiste à trouver un consensus en termes de reconnaissance mutuelle des dysfonctionnements relevés dans le centre de santé. Le dernier élément est l’organisation d’une rencontre de plaidoyer afin de trouver des solutions endogènes avec l’ensemble des parties prenantes. À l’absence de solutions endogènes, les problèmes sont envoyés à la hiérarchie pour des réponses aux préoccupations.

Les comités de veille citoyenne sont perçus comme « un œil externe », un « veilleur », un « médiateur » et un « informateur » sur les politiques publiques et de façon spécifique sur les pratiques professionnelles de santé dans les centres de santé. Toutefois, les parties prenantes exprimaient leur inquiétude de voir les comités de veille citoyenne se transformer en une « police sanitaire ». Quelles sont les leçons tirées de la mise en place des comités de veille ?

3. Les apprentissages d’une mise en place des comités de veille

Un comité de veille citoyenne se compose généralement des représentants suivants : un représentant du comité villageois de développement, un représentant des mutuelles de santé ; une représentante des femmes de la localité, un membre du conseil municipal, un représentant du chef du village/quartier, un membre qualifié de « neutre ». La mise en œuvre des comités de veille a été un moment d’apprentissage continu. Les expériences vécues permettent de reconstruire les connaissances sur les modalités de fonctionnement des structures en mettant en surface les écarts entre les normes et les pratiques.

3.1. Le rôle des bureaux conseil dans la conduite des projets

D’entrée de jeu, une étude de base a été conduite pour guider l’action sur le terrain. L’objectif a été de renseigner ou de confirmer les indicateurs pertinents pour contribuer à la mise en œuvre du programme de renforcement de l’engagement citoyen et de la responsabilité des gouvernants dans la mise en œuvre de la politique de l’assurance maladie universelle. Elle a mis en évidence les faiblesses, les menaces, les forces et les opportunités pour la mise en œuvre opérationnelle de l’AMU. De l’avis des acteurs rencontrés, les actions mises en place n’auraient pas pu s’adapter à la réalité du terrain si l’étude n’avait pas été réalisée. Elle a permis d’ancrer les actions du projet dans les réalités des contextes, surtout que toutes les parties prenantes ont unanimement reconnu la pertinence du projet. La restitution de l’étude a été un espace de création des coalitions pour la réussite du projet. Cependant les coalitions n’ont pas été matérialisées par la mise en place formelle de mécanismes de retro-information avec certains acteurs.

3.2. La représentativité des femmes dans les comités de veille

La première épreuve est celle de la prise en compte du genre dans les interventions au niveau local. Les comités de veille ont été des lieux de reproduction des rapports de domination et de pouvoir des hommes sur les autres classes sociales en l’occurrence les femmes. À quelques exceptions près, les femmes demeurent sous-représentées dans ces structures avec moins de 30% des membres alors qu’au niveau national, la loi sur le quota genre est promulguée pour améliorer la représentativité locale des femmes dans toutes les structures (Rouamba & Soré, 2021). Pourtant lors de nos entretiens, les gestionnaires du projet ont insisté la prise en compte de la présence des femmes pour respecter la conception du projet « sensible au genre ». Cette faible représentativité des femmes soulève un problème central : les structures de domination sont encastrées dans les réalités historiques et actuelles des femmes. Il ne suffit de proclamer la présence d’une femme pour en faire une structure sensible au genre. Au cours de nos entretiens, les rares femmes n’ont pas pris la parole au cours des

réunions, même lors des restitutions de la mise en œuvre du projet en milieu urbain. La faible représentativité des femmes dans ces structures est la résultante des inégalités de pouvoir entre les hommes et les femmes dans les communautés.

3.3. Pratiques clientélistes dans la mise en place des comités de veille

Les pratiques clientélistes ont dominé le choix des membres des comités de veille. La diversité des acteurs dans les comités de veille n’a fait que mettre à jour les conflits d’intérêts. L’une des fonctions des comités de veille est de s’occuper de la collecte des incidents critiques sur l’accès aux soins par les assurés des mutuelles de santé. En d’autres termes, ils devraient « veiller » sur les prestataires, les comités de gestion des centres de santé et les mutuelles de santé, bénéficiaires du financement de l’État pour les paiements des soins des indigents. Cette fonction majeure supposait que la structure soit « indépendante » des comités de gestion et des mutuelles de santé. Sur le terrain, certains gestionnaires des mutuelles de santé étaient également des membres du comité de veille. Un président d’une mutuelle de santé, membre également d’un comité de veille citoyenne, déclare que le rôle du comité de veille est de dénoncer les dysfonctionnements des centres de santé et aider la mutuelle dans les sensibilisations dans les villages.

Dès lors, il devenait difficile au comité de « veiller » sur la régularité et la conformité du fonctionnement des mutuelles. Cette situation crée un conflit d’intérêt manifeste. Le problème évoqué lors de l’atelier de bilan a suscité de nombreuses polémiques et des positions contradictoires. Pour les uns, il n’y aurait pas de conflit dans la mesure où le comité est composé de plusieurs représentants. Pour les autres, le conflit est réel, car ils sont « juges et parties ». Finalement, à l’unanimité les participants à l’atelier de bilan ont décidé que les représentants des mutuelles de se retirer des comités de veille.

3.4. Les conflits d’intérêts dans les missions de certains acteurs

Les comités de veille n’ont pas échappé à la mainmise par les représentants locaux. Les mêmes leaders locaux qui sont dans toutes les structures au niveau des villages et des communes se sont accaparés également des comités de veille dans les localités en mobilisant les réseaux clientélistes. C’est l’exemple d’un président du comité de veille dans une commune rurale : il est cumulativement le président du comité villageois de développement (CVD), le secrétaire général de la coopérative agricole, le président du comité paroissial. La cumulation des fonctions dans les structures locales n’est qu’une traduction du mode clientéliste de la mise en place de ces comités de veille. Cet accaparement des comités de veille par les détenteurs d’enjeux résulte des rapports de pouvoir en œuvre au sein des communautés locales. En milieu urbain, on a assisté à une forme de politisation et les pratiques clientélistes dans l’identification des membres des comités de veille. Les conseillers municipaux et les « personnes ressources » des arrondissements ont été les principaux décideurs de qui pouvait être un membre du comité de veille. Certains acteurs en sont venus à qualifier les comités de veille de « comité politique » à cause de l’influence implicite des acteurs politiques.

Les conflits d’intérêts se sont exacerbés à cause des incitations financières dont pouvaient bénéficier les membres. En effet, un jeton de présence de 5000 FCFA (8\$) était donné à chaque participant par réunion. Un budget annuel de fonctionnement de 350.000 FCFA (580\$) a été donnée à chaque comité de veille sous la forme d’un financement d’un plan annuel. Certains comités de veille éprouvent des difficultés techniques à faire le bilan des dépenses lors des enquêtes malgré l’existence d’un cahier de justification des dépenses. En dépit de ces avantages financiers, un membre d’un comité de veille qualifie la veille citoyenne de « *tuum viigo* » (litt. travail vide) qui signifie qu’il n’y a pas de plus-value financière. Il soutient qu’il exécute un travail qui lui occasionne des dépenses car il supporte les frais d’entretien et de réparation de sa propre moto. Il dénonce le fait que les citoyens pensent que le

bénévolat sera bien pour les gens du village. Les comités de veille citoyenne risquent de connaître le fonctionnement léthargique des comités de gestion des formations mis en place avec l’initiative de Bamako. Leur transformation en groupe de pression pour améliorer la qualité des soins reste incertaine.

4. L’information de masse des communautés, comme un processus de transmission des connaissances pour l’action

La connaissance des droits et devoirs des usagers de service permet de créer un groupe de pression pour revendiquer des soins de qualité. L’une des fonctions des comités de veille citoyenne est l’empowerment des communautés à la base pour mieux les impliquer dans les processus de prise de décision. Ainsi, plusieurs activités ont été exécutées afin de contribuer à un changement social et comportemental des bénéficiaires. Pour ce faire, deux stratégies ont été développées pour renforcer les capacités des acteurs locaux et des bénéficiaires des soins.

Une communication de masse à travers des campagnes de sensibilisation a été conduite dans les différentes localités pour faciliter une appropriation communautaire de l’AMU. Deux catégories de personnes ont été ciblées. D’une part, il s’agit des réseaux de médiateurs que sont les autorités administratives (Secrétaire Général des mairies ; Préfets), les élus locaux (Maires ; conseillers municipaux), les leaders religieux et coutumiers et les responsables d’associations. L’objectif de ces rencontres de « sensibilisation » était de renforcer l’acceptabilité du nouveau projet afin qu’ils deviennent des amplificateurs de médias de masse. Selon les rapports de suivi, environ deux cent autorités, dont quatre-vingt-cinq femmes, ont pris part aux différentes rencontres (ONG ASMADE, 2022). D’autres part, les citoyens ont été informés dans les aires sanitaires par des équipes de projet. Globalement, il est estimé que plus de 30000 individus et plus de 5000 indigents ont été touchés (ONG ASMADE, 2022).

Au cours des réunions de terrain, les systèmes de communication ont été les émissions radiophoniques dans les radios communautaires, les affiches (flyers) et les communications orales. Des activités mobilisant les médias comme les « sept jours d’activisme pour l’AMU », l’émission télévisuelle « le dialogue citoyen » ont été périodiquement organisées. La circulation de l’information ne se fait pas sur le mode de l’acquisition passive mais sur le mode de l’appropriation et de la réinterprétation des messages diffusés. Quelques contraintes majeures sont apparues dans la stratégie d’information. Il s’agissait d’abord de la langue de communication. Même si certains messages ont été livrés en français et en langue locale *mooré*, l’illettrisme d’une grande partie des bénéficiaires n’a pas favorisé une connaissance pertinente des comités de veille.

Ensuite, les contenus des messages se sont orientés vers le fonctionnement des mutuelles de santé. Les messages clé ont porté sur le fonctionnement de l’AMU, les services offerts par les mutuelles de santé, le profil des bénéficiaires. Pour les gestionnaires du programme, ce fut une occasion de rappeler aux populations l’importance de « fréquenter un centre de santé » en cas de problème de santé et surtout la gestion des « cartes d’indigence » dont la disparition pourrait compromettre l’accès gratuit aux soins de santé. À l’évidence, les messages se sont plus concentrés sur le nouveau circuit du patient dans la nouvelle organisation des services de santé que sur les fonctions des comités de veille. Les indigents qui ont été assurés par l’État se sont perçus comme des privilégiés dans la chaîne de l’offre de soins au point qu’ils ne respectaient pas l’ordre d’arrivée des malades en consultation. Cette situation a engendré des conflits entre les assurés et les non assurés au point que les membres des comités de veille se sont vus obligés de résoudre. Cette médiation a été capitalisée comme un effet positif des campagnes de sensibilisation qui auraient contribué à « discipliner les indigents qui pensaient avoir plus de droits que les autres » dans les formations sanitaires.

Les centres de santé n’ont pas les mêmes niveaux d’information sur le fonctionnement des comités de veille citoyenne. Malgré ses campagnes de sensibilisation, il a subsisté une faible connaissance des comités de gestion des centres de santé sur le fonctionnement des

comités de veille citoyenne. Par ailleurs, la synthèse des ateliers de bilan de mise en œuvre a identifié comme étant des défis majeurs à la fin du projet, la faible communication sur l’AMU d’où résulte sa méconnaissance par les prestataires de soins. La place de l’information des bénéficiaires du projet semble primordiale pour une meilleure appropriation du projet. Le but recherché était de transformer les bénéficiaires en un groupe de pression capable de revendications citoyennes pour améliorer la qualité des soins.

5. Une mise en scène de la redevabilité sociale

L’ambition de responsabilisation et de redevabilité des centres de santé par le mécanisme de la veille citoyenne va mobiliser une pluralité d’acteurs et d’institutions au niveau local et au niveau national. À l’échelle locale, les comités de gestion des centres de santé, la délégation spéciale (ancienne mairie), le comité de gestion des mutuelles, le conseil villageois de développement ne sont pas reliés par des partenariats formalisés. Au niveau national, l’organisme délégué de gestion et la caisse nationale d’assurance maladie ont une convention de collaboration.

Le mode de fonctionnement est plus régi par des relations informelles que par des conventions de partenariat qui définissent les engagements de chaque partie prenante. La formalisation d’un cadre global de partenariat aurait permis à chaque acteur de devenir un co-décideur et responsable quant à sa participation et sa contribution pour l’atteinte des résultats.

Ainsi, l’organisme de gestion délégué a signé une convention de partenariat avec la caisse nationale d’assurance maladie universelle (CNAMU) pour la mise en place et le suivi de la veille citoyenne par les cellules villageoises et les comités communaux de veille. Dans le cadre de l’offre de soins, une convention lie la formation sanitaire aux mutuelles de santé. Toutes les autres relations avec les communes sont restées informelles. Cette situation a entraîné un manque de redevabilité aux autorités administratives de la part des comités de veille qui n’adressaient pas de rapports d’activités à la commune car ils rendaient directement compte à l’équipe du projet. Un agent d’une mairie déclare :

« J’ai été associé à toutes les étapes : les réunions de cadrage, le choix des membres du comité de veille. Au début, j’étais régulièrement informé par un appel téléphonique ou par correspondance. Il n’y a pas eu de cadres formels de rencontres ici [localité]. Par contre, j’ai participé à des ateliers à Ouagadougou pour parler des problèmes des mutuelles ».

Pour sa part, le président d’un COGES déclare :

« Le COGES n’a pas été impliqué [identification des bénéficiaires]. Le comité villageois de développement (CVD) a été le leader. Ça a été fait « politiquement ». On n’est pas informé de la mise en place du comité de veille. Il n’y a pas de réunions avec le COGES ».

Un chargé des affaires transférées d’une commune ajoute :

« Au départ, j’ai été associé. Après la mise en place des comités de veille, je n’ai plus eu d’informations sur leur fonctionnement ». Ajoutons ces avis d’un autre membre d’un COGES et d’un infirmier chef de poste qui déclarent respectivement : « j’ignore le travail du comité de veille. Je n’ai pas participé à la mise en place du comité de veille. Il n’y a jamais eu aucune réunion avec le comité de veille » ; « je

n’ai pas participé à la mise en place du comité de veille. Il n’y a pas de rencontre statutaire ».

Toutefois, les réunions et rencontres du niveau national ont très bien fonctionné. Plusieurs acteurs témoignent qu’ils sont périodiquement informés de l’avancée du projet au cours de ces dites rencontres. Dans les faits, les comités de veille semblent avoir été réduits à la fonction de sensibilisation des populations pour améliorer l’adhésion aux mutuelles de santé et non pas identifier les dysfonctionnements dans l’offre de soins hormis les ruptures de médicaments. La gestion des problèmes de cartes de bénéficiaires a occupé leur temps de travail. Il faut souligner l’absence d’un mécanisme formel de retro-information vers les communes en dehors des rencontres bilans. Ainsi à la fin d’un entretien avec un point focal d’une commune, celui-ci demande aux enquêteurs : « quelle est la mission principale du comité de veille » ?

La méthodologie pluri-acteurs sur laquelle devrait reposer le projet n’a pas véritablement permis de mettre en place un cadre de concertation fonctionnel et dynamique au niveau local. Cette gouvernance a été critiquée par une majorité des parties prenantes au niveau communal et pourrait compromettre la durabilité des interventions du comité de veille. Finalement, l’on a assisté à un bricolage dans les processus de redevabilité entraînant une obstruction au partage des connaissances nouvelles issues de l’expérience des comités de veille.

6. Discussions

6.1. Capitalisation de la pérennisation : quels défis ?

La capitalisation d’expériences a une dimension politique et stratégique (Valette et *al.*, 2015), car elle ambitionne de tirer les leçons afin de modifier la conduite du projet. Elle relève alors des processus plus larges du management des connaissances pour valoriser les compétences, les capacités et les savoirs des acteurs et des organisations. Elle devient un outil et une méthode de réflexion et de l’action collective dont la finalité est d’organiser les connaissances acquises par la pratique et les rendre transmissibles (Enten et *al.*, 2020). La capitalisation a pour finalité de créer des organisations apprenantes afin d’inscrire dans la durée des actions entreprises. À ce titre, une institutionnalisation des comités de veille devrait aboutir à les transformer en un groupe de pression pour la qualité des soins. Tout laisse à penser qu’ils semblent s’être transformés en un groupe d’intérêt pour l’accumulation des ressources financières. Cette situation soulève des défis de pérennisation des interventions.

Le premier défi est la formation des acteurs comme une stratégie centrale dans toute ingénierie sociale. Les formations ne produisent pas toujours les savoirs exploitables pour l’action. L’apport des formations des acteurs soulève plusieurs débats sur l’efficacité et la durabilité des projets innovants en santé dans les contextes africains. Plusieurs raisons justifient cette critique envers la formation qui est à l’intersection de l’intérêt pour les bailleurs et pour les apprenants (Olivier de Sardan, 2021). C’est une activité tellement prisée par les acteurs au point qu’on parle d’une « mentalité du séminaire » qui s’est enracinée dans les cultures professionnelles. En dépit de son inefficacité, on constate un engouement des acteurs pour cette activité. La première raison est qu’elle est une croyance illusoire (Olivier de Sardan, 2021). Dans l’imaginaire collectif, l’introduction d’une innovation s’accompagne toujours de sessions de formation. La deuxième raison est la facilité à organiser des sessions de formation qui ne nécessite pas forcément une expertise particulière. La dernière raison est l’intérêt matériel car les formations constituent une source d’entrée d’argent pour les formateurs comme pour les stagiaires (Olivier de Sardan, 2021).

Le deuxième défi soulève les effets pervers des *perdiems* qui réduisent non seulement l’efficacité potentielle des interventions mais participent « au « *disempowerment* » communautaire. Les plus pauvres ont pris l’habitude d’être payés lors des divers ateliers et formations, pour prendre part à leur propre développement » (Ridde, 2012, p. 12). En principe, les critères énoncés devraient permettre de rassembler « des personnes sûres capables de travailler pour le développement du village » au sein des comités de veille. Finalement, le problème des *perdiems* a pris une telle importance au point qu’un membre pose la question « qui va financer les transports à la fin du projet ? ». En filigrane, les activités de veille vont s’arrêter à la fin du projet et montrent qu’elles n’ont pas été bien appropriées par les communautés à la base. Les campagnes de sensibilisation, tout comme les sessions de formation, sont des méta-mécanismes dont l’efficacité n’a pas encore été prouvée dans l’implantation des projets (Olivier de Sardan, 2021).

Face à ces défis organisationnels, les comités de veille n’ont pas échappé au sort des comités de gestion mis en place dans les centres de santé aux lendemains de l’initiative de Bamako. Une partie des résultats attendus des comités de gestion n’a pas été atteinte. Même si leurs rôles ont permis de rendre disponibles des médicaments pour les traitements des maladies courantes et renforcer la crédibilité des centres de santé, la participation communautaire n’a pas permis l’accès aux soins notamment pour les pauvres qui ne pouvaient pas payer les prix des médicaments (Fassin et Fassin, 1989). Par ailleurs, le fonctionnement des comités de gestion n’a pas été épargné par les luttes politiques et clientélistes au niveau local. C’est ainsi que les communautés ont fini par avoir des perceptions négatives sur la stratégie de la participation communautaire à la santé. Celle-ci a été perçue par la majorité comme un mécanisme d’exploitation des populations par les agents de santé et les membres des comités de gestion des centres de santé (Sombié et al., 2015). Les conflits d’intérêts manifestes, avec la pluralité des acteurs concurrents, ont contribué aux dysfonctionnements des comités de veille (Fofana et al., 2021). Ainsi, les acteurs impliqués « ne suivent pas tous les mêmes logiques, [et] ne sont pas engagés dans les mêmes routines » (Sardan, 2021, p. 26). Les comités de veille soulèvent des enjeux de genre, de pouvoir et de politique qui vont augmenter l’ambiguïté et l’indétermination de leur finalité. La pérennisation des comités de veille est mise à l’épreuve du temps.

6.2. Capitalisation des modèles voyageurs

La capitalisation se définit alors comme « une pratique de production et de diffusion de connaissances réflexives sur les activités, expertises ou projets conduits » (Enten et al., 2020, p. 1). La capitalisation soulève une question épistémologique. Relève-t-elle d’une évaluation ou d’une recherche-action ?

Sur le plan méthodologique, elle est située à la croisée des chemins entre l’évaluation et la recherche-action. L’évaluation qui est d’abord définie comme une forme de mesure, ensuite une description, puis un jugement et enfin comme une interaction entre les acteurs (Ridde et Dagenais, 2012) pour comprendre les impacts d’une intervention sur des cibles. Il s’agit de construire un jugement scientifiquement valide et socialement légitime dans la perspective d’une épistémologie critique. Le point commun avec la recherche-action est le processus itératif impliquant la collaboration entre chercheuses, chercheurs et praticien-ne-s pour agir ensemble dans un cycle d’activités comportant l’identification du problème, la planification, la mise en œuvre, l’évaluation des solutions et la réflexion (Aka et al., 2019). Cependant, en termes de temporalité, la capitalisation peut se faire pendant la mise en œuvre ou à la fin du projet. Dans notre cas, il s’agissait d’une capitalisation de fin de projet afin de tirer les enseignements et donner une visibilité de l’action auprès des financeurs.

En effet, la capitalisation est un outil descriptif et analytique pour comprendre pourquoi certaines stratégies ont fonctionné et pourquoi d’autres ont échoué (Fomo, 2025). Les contributions les plus significatives sur la capitalisation sont fréquentes dans les études de

développement dans le champ de l’anthropologie du développement (Tagodoe et Mestre, 2017; Villeval et Delville, 2004). L’application de la démarche et la méthode commence à se développer dans le champ de l’anthropologie politique de la santé. En effet, cette discipline peut contribuer à éclairer l’action publique, expliquer, interpréter, prévoir sur des bases épistémologiques et éthiques rigoureuses dans la santé publique (Dozon et Fassin, 2001) et c’est en s’appuyant sur celle-ci, que la réflexion sur le processus de capitalisation a été construite.

Le modèle voyageur y est défini comme « des modèles organisationnels développés quelque part pour en faire des solutions à des problèmes spécifiques se posant autre part » (Olivier de Sardan, 2021, p. 25). Le comité de veille citoyenne apparaît comme une nouvelle fabrique de ces modèles voyageurs qui sont légion dans le champ de la santé (Olivier de Sardan, 2021). La transposition/transformation des « modèles voyageurs » d’un contexte à un autre et d’une intervention à une autre montre la « résistance de la réalité » (Olivier de Sardan, 2021).

La théorie générale de la redevabilité sociale, telle que défendue par (Joshi, 2014) repose sur trois niveaux. Le premier niveau correspond à l’information des citoyens. L’auteure qualifie cette phase de faible redevabilité. L’on peut constater que dans la mise en œuvre de ces comités de veille, cette étape semble n’avoir pas été bien conduite. Plusieurs acteurs évoquent l’absence d’information. Le deuxième niveau est la mise en place d’une structure d’interface entre l’État et les citoyens. Ce rôle a été confié aux associations d’appui. Le dernier niveau est la mobilisation des citoyens pour se transformer en groupe de pression. Ce stade constitue la redevabilité réelle. La redevabilité permet d’améliorer à ce niveau les services offerts, la gouvernance et le renforcement du pouvoir des communautés (Joshi, 2014).

Dans notre contexte, le processus de mise en place des comités de veille est resté au stade de l’information des citoyens. Les comités de veille ont été élus et mis en place en assemblée générale des villages. La redevabilité représentative supposait un retour vers les communautés à la base pour rendre compte de leurs actions. En réalité, les rencontres statutaires mensuelles entre les membres servaient à discuter des problèmes rencontrés par les bénéficiaires en l’absence de ces derniers.

La redevabilité est restée une ligne d’horizon infranchissable dans les réalités quotidiennes. L’ancrage institutionnel des comités de veille n’a pas encore trouvé une réponse adaptée. La pluralité des acteurs avec des légitimités parfois concurrentielles, ayant des systèmes d’action spécifiques, présents dans l’arène locale (Olivier de Sardan, 2021) vont engendrer une redevabilité hiérarchique au détriment de la redevabilité représentative. En effet, le fonctionnement normatif supposait au départ que le comité de veille rende compte aux bénéficiaires et aux groupes constitués de la localité desquels il a reçu une autorité d’action. Au contraire, l’on a constaté une redevabilité hiérarchique, plus technique auprès de l’institution, qui finance les activités de terrain. Les relations de coopération telles que rencontrées sur le terrain, qui sont dominées par l’informalité et l’oralité, laissent penser que la mémoire organisationnelle va disparaître au fil du temps. Ce qui constitue une menace réelle pour le processus de pérennisation.

Conclusion

L’objectif de ce travail était de capitaliser les expériences des comités de veille mis en place dans le cadre de l’opérationnalisation de l’assurance maladie universelle. Les comités de veille sont un espace de production et de diffusion de savoirs au sein des communautés. L’espoir d’un meilleur système de santé suscité par les comités de veille a amené certains auteurs à appeler de leur force la généralisation des observatoires communautaires afin qu’au sein de la société civile puissent surgir des structures de contre-pouvoir et de contrôle sur les politiques publiques (Livinec et *al.*, 2013).

Les apprentissages montrent que les comités reproduisent les inégalités sociales de pouvoir et de genre dans leur fonctionnement au quotidien. Ils n’ont pas échappé aux pratiques clientélistes et corruptives des élites locales communales. Ces structures mises en place pour veiller au bon fonctionnement des centres de santé se sont progressivement mutées en un espace de captation des ressources au profit des élites locales. Les comités de veille n’ont pas une expertise communautaire pour collecter et analyser les données de dysfonctionnement des services de santé afin de proposer des solutions endogènes. La redevabilité, comme une composante forte de la veille citoyenne n’a pas connu un ancrage communautaire. Elle est apparue comme une mise en scène publique pour se conformer aux exigences de la conduite du projet. L’appropriation communautaire d’un modèle voyageur n’est pas gagnée d’avance surtout si l’histoire de celui-ci n’a pas été pris en compte dans une étude de base, sensée éclairer l’action. En outre, ils souffrent d’une absence de reconnaissance politique à cause d’un ancrage institutionnel toujours en construction. Il convient alors d’approfondir l’institutionnalisation des comités afin de saisir leurs effets sur les performances du système de santé à faire face aux pandémies.

Références bibliographiques

- Aka, B. R. S., Ridde, V., & Queuille, L. (2019). *L’analyse d’une recherche-action. Combinaison d’approches dans le domaine de la santé au Burkina Faso*. In V. Ridde & C. Dagenais (Eds.), *Évaluation des interventions de santé mondiale. Méthodes avancées* (pp. 125-153.). Edition SCB/IRD
- Bationo, B. F. (2013). *Etat, Citoyens et Gouvernance au Burkina Faso : L’expérience de l’implantation d’une assurance maladie universelle . La santé globale existe-t-elle ? Santé, science et politique aux Suds*, <http://journals.openedition.org/faceface/810>
- Dozon, J.-P., & Fassin, D. (2001). *Critique de la santé publique*. Editions Balland .
- Ela, J.-M. (2006). *L’Afrique à l’ère du savoir : Science, société et pouvoir*. L’Harmattan .
- Enten, F., Feuvrier, M.-V., & Oliveira, Ana M. (2020). De la capitalisation des expériences au sein des organisations de l’aide internationale. Entre standardisation et approches « sur mesure » *Revue internationale des études du développement*, 1(241), 189-211. <https://doi.org/10.3917/ried.241.0189>.
- Expertise France. (2019). *Observatoires communautaires en santé* (Evaluations transversales des projets, Issue. <https://linitiative.expertisefrance.fr/app/uploads/2024/12/evaluation-transversale-observatoires-communautaires-en-sante.pdf> [consulté le 14 juin 2023]
- Fassin, D., & Fassin, É. (1989). La santé publique sans l’État ? Participation communautaire et comités de santé au Sénégal *Revue Tiers Monde* 30(120), 881-891. <https://doi.org/https://doi.org/10.3406/tiers.1989.3883>
- Fofana, T. O., Soors, W., Sow, A., Delamou, A., & Marchal, B. (2021). Observatoire communautaire sur l’accès aux services de santé : difficultés du processus de responsabilité sociale en Guinée. *Santé Publique*, 33, 137-148. <https://doi.org/10.3917/spub.211.0137>
- Fomo, B. (2025). Leçons apprises et amélioration continue pour les futurs projets. In Caen (Ed.), *La construction des maisons individuelles Le guide pratique du suivi des travaux*. (pp. 111-117). <https://stm.cairn.info/la-construction-des-maisons-individuelles--9782386301926-page-111?lang=fr>
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (2022). Cinquième Recensement Général de la Population et de l’Habitation du Burkina Faso. Synthèse des résultats définitifs. Rapport définitif
- Joshi, A. (2014). Reading the Local Context: A Causal Chain Approach to Unpacking Social Accountability Interventions, *IDS Bulletin*, 45(5), 23-35.

- Kadio, K., Ouedraogo, A., Kafando, Y., & Ridde, V. (2017). Émergence et formulation d’un programme de solidarité pour affilier les plus pauvres à une assurance maladie au Burkina Faso. *Sciences Sociales et Santé*, 35(2), 43-68. <https://doi.org/10.1684/sss.20170203>
- L’Estoile (de) B. (éd.) (2015). Genèses n° 98, Observer en réunion. Editio Belin
- Livinec, B., Milleliri, J.-M., Rey, J.-L., & Saliou, P. (2013). Inégalités d’accès aux soins en Afrique. *Médecine et Santé Tropicales*, 23(2), 120-127. <https://doi.org/10.1684/mst.2013.0162>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l’interprétation socio-anthropologique. Edition Academia Bruylant.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2021). La revanche des contextes Des mésaventures de l’ingénierie sociale, en Afrique et au-delà. Edition Karthala.
- ONG ASMADE (2022). Renforcement de la veille citoyenne sur l’opérationnalisation de l’assurance maladie universelle dans la région du centre- rapport semestriel (Janvier à Juin 2022).
- Ridde, V. (2012). « Réflexions sur les per diem dans les projets de développement en Afrique », *Bulletin de l’APAD*, (pp 34-36). <https://doi.org/10.4000/apad.4111>
- Ridde, V. (2021). Les défis de la couverture sanitaire universelle en Afrique subsaharienne : permanence et échecs des instruments du New Public Management. In R. Valéry (Ed.), *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne (Ndèye Bineta MBow Sane)* (science et bien commun ed.). Archives nationales du Québec <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/cus/front-matter/introduction/>
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2012). Approches et pratiques en évaluation de programmes. Édition PUM.
- Rouamba, L., & Soré, Z. (2021). Leurre et malheurs du quota genre au Burkina Faso. Une analyse à partir des élections législatives de novembre 2015, *Nouvelles Questions Féministes*, 1 (40), 82-98. <https://doi.org/10.3917/nqf.401.0082>.
- Sombié, I., Amendah, D., & Soubeiga, K. A. (2015). Les perceptions locales de la participation communautaire à la santé au Burkina Faso. *Santé publique*, 4(27), 557-564. <https://doi.org/10.3917/spub.154.0557>
- Tagodoe, K., & Mestre, C. (2017). Manuel de capitalisation des expériences, Lomé/Lyon, Irfodel/Profadel, <http://www.profadel.net/pictures/field/actualidades/Manuel%20capitalisation%20PROFADEL.pdf> (consulté le 12 février 2025).
- Valette, H., Baron, C., Enten, F., Delville, P. L., & Tsitsikalis, A. (2015). Une action publique éclatée ? Production et institutionnalisation de l’action publique dans les secteurs de l’eau potable et du foncier (APPI), Burkina Faso, Niger, Bénin. Le Gret. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-02/010068960.pdf (consulté le 15 février 2025).
- Villeva, P., & Delville, P. L. (2004). Capitalisation d’expériences... expérience de capitalisations : comment passer de la volonté à l’action ? *Traverses*, 15 . https://www.gret.org/wp-content/uploads/traverse_15.pdf.