



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 5 (1)

ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 24 August 2022

Accepted, 9 February 2023

Published, 12 February 2023

<http://www.revue-rasp.org>

*Research*

## **Analyse de l'implantation de la sélection communautaire à large échelle des indigents en Afrique Sub-saharienne: cas du Burkina Faso**

### ***Analysis of the implementation of large-scale community selection of indigents in Sub-Saharan Africa: the case of Burkina Faso***

**Souleymane SIDIBE<sup>1\*</sup>, Isabelle GODIN<sup>2</sup>, Issouf BAMBA<sup>3</sup>, K Maxime DRABO<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Université Ouaga 1 Professeur Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>2</sup> Centre de Recherche Approches Sociales de la Santé/ Université Libre de Bruxelles, Belgique

<sup>3</sup> ONG Helen Keller International Burkina Faso

<sup>4</sup> Université Ouaga 1 Professeur Joseph Ki-Zerbo, Institut de recherche en science de la santé, Ouagadougou, Burkina Faso

**\*Correspondance:** Email: [ss.solosidibe@gmail.com](mailto:ss.solosidibe@gmail.com) Tél : +226 70227823

#### **Résumé:**

Les indigents n'ont pas accès aux soins de santé, et les sélectionner parmi une population majoritairement pauvre pose d'énormes défis. Peu d'évidences existent sur la sélection des indigents associés à la performance des services de santé. L'objectif de cette étude est d'analyser l'implantation de la sélection des indigents conduite au Burkina Faso, en vue d'éclairer les décisions pour un passage à l'échelle avec l'assurance maladie universelle. Il s'agit d'une recherche sur l'implantation basée sur une étude de cas multiples couplée à une approche réflexive. Les cas ont fait l'objet de choix raisonné en fonction de l'intervention de la sélection. Un cadre conceptuel adapté du Consolidated Framework for Implementation Research est utilisé en considérant l'implantation de la sélection communautaire des indigents comme le résultat de l'influence et de l'interaction du processus de sélection, des étapes, des acteurs, de l'organisation et du contexte, des outils de collecte de données. Les données sont collectées à travers des entretiens et la revue documentaire. Trois structures de coordination et de deux structures d'exécution sont mises en place pour la sélection. Les troubles socio-politiques et les campagnes de vaccination et d'administration de médicaments ont perturbé le processus de sélection. La sélection a subi des adaptations et des exercices de pouvoir entre parties prenantes. La proportion d'indigents recherchée n'est pas atteinte. La sélection est confrontée aux réalités contextuelles et aux interactions entre acteurs. Il convient d'avoir recours à un processus dynamique et adaptatif de sélection, soutenu par une communication sociale lors des interventions à venir.

**Mots clés:** Assurance maladie universelle, Processus de selection, Logiques de pouvoir, Dynamique et adaptative, Indigent, Burkina Faso.

**Abstract:**

Indigent do not have access to health care, and selecting them from a predominantly poor population poses enormous challenges. Little evidence exists on the selection of indigents in relation to the performance of health services. The objective of this study is to analyse the implementation of indigent selection conducted in Burkina Faso, with a view to informing decisions for scaling up with universal health insurance. This is a research on implementation based on a multiple case study coupled with a reflective approach. The cases were the subject of reasoned choice according to the indigent's selection. A conceptual model adapted from the Consolidated Framework for Implementation Research is used, considering the implementation of community-based selection of indigents as the result of the influence and interaction of the selection process, the steps, the actors, the organisation and the context, and the data collection tools. Data is collected through interviews and document review. Three coordination structures and two implementation structures are set up for the selection. Socio-political unrest and vaccination and drug administration campaigns disrupted the selection process. The selection process was subject to adaptations and power struggles between stakeholders. The desired proportion of indigents is not achieved. Selection is confronted with contextual realities and interactions between actors. A dynamic and adaptive selection process, supported by social communication, should be used in future selection process.

**Keywords:** *Universal health insurance, Selection process, Power logics, Dynamic and adaptive, Indigent, Burkina Faso.*

**1. Introduction**

Dans les pays de l'Afrique Sub-saharienne, la faiblesse des mécanismes de paiement solidaire des soins de santé ainsi que les systèmes de tarification des soins en place font que les indigents qui sont les plus démunis de la population éprouvent d'énormes difficultés à accéder aux soins de santé (Atchessi N, 2017). La mise en oeuvre de politiques ciblées de prise en charge des indigents demeurent toujours une préoccupation pour les acteurs de développement dans ces pays à faible ressource (Pfadenhauer, L. M., Mozygemba, K, et al., 2015). En théorie, sélectionner les indigents et renforcer les actions pour accroître la demande en soins de santé est un moyen efficace pour établir une équité d'accès aux soins et améliorer la santé des indigents. En pratique, le processus organisé afin de sélectionner les indigents au regard des ressources déployées se heurte entre autres, à des exigences contextuelles pouvant entraîner des modifications et même altérer les effets escomptés. Pourtant plusieurs méthodes de selection des indigents existent mais sont diversement utilisées par les intervenants au sein des populations.

Pour certains auteurs, ces méthodes de sélection des indigents peuvent être regroupées en deux catégories à savoir la sélection active ou pré-identification et la sélection passive ou post identification. La *sélection active ou pré-identification* permet d'établir en un moment une liste d'indigents pouvant bénéficier des soins. Cette sélection s'effectue dans les ménages sans lien avec les besoins de soins de santé immédiats. La plupart des personnes sélectionnées reçoivent une carte qui leur donne accès aux soins. C'est la méthode la plus couramment utilisée en Afrique et est assurée par les communautés, puis par une validation par une autre entité (Deville C, Escot F, Ridde V, Touré L, 2018).

Dans la zone de Bokonzi (RDC), un comité dans chaque village sélectionne les indigents, et fait valider les listes par un organe de coordination principale (Waelkens M., 2007). Au Bénin, la sélection a consisté à une pré-identification communautaire qui a été validée par une enquête sur les moyens d'existence. Cette dernière méthode a été aussi utilisée au Sénégal mais avec l'instauration de quotas suite à une sélection géographique préalable (Deville C, Escot F, Ridde V, Touré L, 2018).

S'agissant de la *sélection passive ou post identification*, elle s'effectue dans la structure de santé au moment où l'indigent sollicite des soins, la plupart du temps par un agent indépendant du prestataire. Ainsi, l'identification passive n'atteint que ceux qui viennent à la structure de santé. Les premiers fonds d'équité au Cambodge adoptaient la sélection passive à l'hôpital (Ipr, 2004). Au Maroc, les plans de sélection des indigents se basent sur l'indice de sévérité de la pauvreté de chaque localité pour sélectionner les indigents. Le transfert est distribué alors à toutes les personnes, pauvres et non pauvres, et cela jusqu'à ce que le niveau de pauvreté de cette localité avoisine celui de la localité qui est juste supérieure à elle (Criel B., Samba B.A., Kane F., Noirhomme M., Waelkens MP, 2010).

Certaines expériences tentent de *combiner ces méthodes d'identification*. Dans l'application des fonds d'indigence en Mauritanie, la méthode principale restait la pré-identification avec validation par l'imam local et les autorités sanitaires, mais il y avait également une possibilité théorique de demander l'affiliation au niveau des structures de santé lorsque le besoin de soins de santé se manifestait (Morestin F., Grant P. et Ridde V, 2009). Avec le fonds d'équité de Marovoay à Madagascar, la pré-identification se fait par un comité œcuménique dans chaque village, et est ensuite validée par le comité de gestion du centre de santé de la zone; à l'hôpital, l'identification passive est faite par des assistantes sociales (Mary W.K., Klaus B., Bunnak P., Samnang B, Louise B et al. IDPoor, 2018).

Pour d'autres auteurs, suivant la façon dont les critères de sélection des indigents sont choisis, les approches de sélection peuvent être regroupées en trois à savoir le processus administratif, le processus communautaire et le processus mixte (Mary W.K., Klaus B., Bunnak P., Samnang B, Louise B et al. ID Poor, 2018).

Le *processus administratif* fournit peu d'informations sur la manière dont les responsables identifient les critères de sélection. La démarche consiste à réaliser une enquête sociale avec l'aide d'un travailleur social en vue de fournir les informations basées sur des indicateurs préalablement définis permettant l'identification d'une personne indigente; cette enquête sociale comporte des entretiens et des visites à domicile (Oumarou I. 2013). Au Mali, la méthode administrative a été utilisée suite à une demande adressée au Maire de la commune par l'indigent (Deville C, Escot F, Ridde V, Touré L, 2018). Au Niger la sélection des indigents a été faite avec l'approche Household economy analysis (HEA) qui comporte une dizaine de critères. Les communes ont été identifiées par une cellule de crise en collaboration avec l'organisme bailleur. Puis dans tous les villages, des ménages et des individus ont été choisis à l'aide des critères HEA (Stephen D., Edoardo M., Rachel S-W., Michael S., Althea-Maria R., Dill L. 2017).

S'agissant du *processus communautaire*, la démarche de définition des critères est davantage participative (Ipr., 2004). Les caractéristiques servant de définition de l'indigent sont déterminées en consultant des membres de la communauté, ou des groupes spécifiques tels que les autorités religieuses locales, les comités de communes, des informateurs-clés. Des comités sont alors mis place pour sélectionner les indigents sur la base de la définition (Ir P., Decoster K., Hardeman W., et al., 2008).

Dans *le processus mixte*, l'approche consiste à définir les critères de sélection en combinant les processus administratif et communautaire. Cette méthode a été développée dans le programme ID poor au Cambodge (Ipr., 2004). Il ressort cependant que quel que soit la méthode de sélection utilisée, deux types d'erreurs de sélection des indigents peuvent survenir. Il s'agit des erreurs de type I ou erreur d'inclusion ou encore E-mistakes et les erreurs de type II ou erreurs d'exclusion ou F-mistakes (Men C. et Meessen B, 2008). Les expériences les plus efficaces ont des taux de 2% à 9 % d'indigents exclus, et moins de 2 % de non-indigents parmi les indigents (PNUD,1999).

Dans le cadre de la stratégie du financement base sur les résultats, la méthode de selection des indigents utilisée au Burkina Faso avec l'appui de la Banque Mondiale (BM) est l'approche communautaire et a concerné huit districts sanitaires répartis dans quatre régions du pays (SERSAP, 2014). L'ensemble du processus de sélection a été confié à une agence privée, la Société d'études et de recherche en santé publique (SERSAP) sans aucun mécanisme de monitoring et d'évaluation. Le processus de sélection utilisée s'inspire d'une expérience de sélection conduite dans le district sanitaire de Ouargaye dans le cadre d'une recherche menée par l'Université de Montréal et SERSAP dont les résultats ont été repris par l'OGN Help dans la région du Sahel du Burkina Faso (Ir P., Decoster K., Hardeman W., et al, 2008). Dans cette recherche en question, seul le contexte d'un district (Ouargaye) a été appréhendé.

Or très peu d'expériences existent en matière de mise en œuvre de la sélection communautaire des indigents à une aussi large echelle et associée l'amélioration de la qualité de l'offre de santé, l'équité d'accès aux soins, et aussi toucher à large échelle une population (Atchessi N, 2017). Ainsi, cette selection communautaire conduite au Burkina Faso, apparait comme une intervention innovante en Afrique Sub-Saharienne pour laquelle des conditions de réussite ont été organisées. Comme toute innovation, celle là a également occasionné des changements organisationnels, des interactions ainsi que des adaptations.

Face à ce constat, la présente étude profite de l'experience du Burkina Faso citée plus haut, pour analyser l'implantation à large échelle de la sélection communautaire des indigents, en vue d'en comprendre la dynamique de la mise en œuvre de cette sélection dans des contextes variés, l'influence des facteurs contextuels, les adaptations opérées ainsi que les interactions entre parties prenantes afin d'avoir une vision élargie pour orienter la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle en planification au Burkina Faso et qui cible les indigents.

## 2. Matériels et Méthodes

### 2.1. Champ de l'étude

Le Burkina Faso est un pays enclavé de l'Afrique de l'Ouest avec une population estimée à dix-neuf millions d'habitants, majoritairement très jeune (66%), rural (77.3%) et féminine (51.7%), composée d'environ 40% de pauvres, une espérance de vie à la naissance de 54 ans avec près d'un enfant sur cinq qui meurt avant l'âge de cinq ans, un faible niveau de scolarisation (81,3%) de la population (INSD, 2012).

Le pays compte une soixantaine d'ethnies d'importance démographique inégale, réparties en plusieurs groupes ethniques et grandes aires culturelles avec une organisation sociale calquée sur les valeurs ancestrales qui régit les comportements, attitudes et pratiques des communautés; les principales religions rencontrées sont l'islam, le christianisme et l'animisme (INSD, 2012). Les quatre regions que sont le Centre Est, le Centre Nord, le Nord et le Sud-Ouest concernées par la sélection communautaire

des indigents ne dérogent pas à cette situation.

La région du *Centre Est* qui couvre les districts sanitaires concernés que sont Tenkodogo et Ouargaye regroupe majoritairement les ethnies Bissa, Mossé-Yanna, Peulh, Koussassé, Moaba, Gourmantché. Les leaders religieux et coutumiers constituent des relais pour la mobilisation communautaire. L'organisation sociale est basée sur la chefferie traditionnelle. Les chefs coutumiers restent incontournables dans toutes actions en faveur de la communauté.

La région du *Centre Nord* qui couvre les districts sanitaires concernés que sont Kaya et Kongoussi regroupe surtout les mossis et les peulhs. On y trouve quelques Dioula, Gourounsi, et Gourmantché. La chefferie traditionnelle participe à l'organisation de la vie sociale de la communauté. Sur le plan coutumier, quatre cantons (Rissiam, Ratenga, Zitenga/Gassongo, Kirguitenga) dirigé chacun par un chef qui a le droit de nommer les chefs des villages sous sa responsabilité. La gérontocratie est pratiquée dans la gouvernance de la société.

La région du *Nord* qui couvre les districts sanitaires concernés que sont Ouahigouya et Gourcy regroupe les ethnies Mossé, Fulcé, Foulbé, Rimaïbé, Yarcé, Dogon et Silmimossé. Dans la vie quotidienne, les chefs traditionnels (les Naaba) jouent un rôle important d'administration et de justice au sein des communautés.

Dans la région du *Sud-Ouest* qui couvre les districts sanitaires concernés que sont Diébougou et Bâtié, regroupe les ethnies Dagara, les Lobi, les Birifor et les Djan. On y rencontre également des mossis, des peulhs et des dioula. La majorité de la population reste attachée aux traditions ancestrales.

Au Burkina Faso, le système de santé est décentralisé et répond à un modèle pyramidal, avec au premier niveau le district sanitaire, qui comprend deux échelons de soins et couvre une population estimée entre 150 000 et 500 000 habitants. Le deuxième niveau de soins est représenté par les Centres hospitaliers régionaux. Le troisième niveau de soins est constitué par les Centres hospitaliers universitaires. Il existe d'autres structures telles que les offices de santé des travailleurs, les services de santé des armées, les services de santé de la caisse nationale de sécurité sociale, les structures privées de soins, le sous-secteur de la médecine traditionnelle. Les services à base communautaire sont organisés et font partie de la stratégie communautaire du ministère de la santé. La société civile accompagne ces structures à base communautaire. Le système de santé connaît d'énormes difficultés qui sont à l'origine de faibles performances dans la couverture sanitaire des populations pauvres et indigentes.

Généralement, la pauvreté est considérée sous divers aspects, en lien avec la richesse disponible, le travail, le développement des sociétés et les modes d'impositions des gouvernements, ainsi que les principes moraux et religieux des populations. C'est « la négation des opportunités et des perspectives fondamentales sur lesquelles repose tout développement humain: vivre une vie longue, saine, constructive, et jouir d'un niveau de vie décent, ainsi que de la liberté, de la dignité, du respect de soi-même et d'autrui. » (World Bank, 2014).

Pour cerner la pauvreté, l'approche de la Banque Mondiale consiste à se baser sur un critère de revenu ou de consommation, puis combiner différents domaines qui se renforcent ou s'aggravent pour diminuer ou bien pour accroître le niveau d'indigence des populations pauvres (INSD, 2015).

S'agissant de l'extrême pauvreté ou indigence ou encore la misère, elle est couramment associée à l'incapacité de satisfaire les besoins alimentaires minimaux; cette extrême pauvreté accentue les phénomènes d'exclusion des indigents à l'accès aux services sociaux de base (PNUD, 1999). Au Burkina-Faso, l'indigence est estimée à 11, 1% de la population et la grande majorité (13,5%) vit en

milieu rural (INSD, ICF International, 2012).

L'un des défis majeurs du système de santé au Burkina Faso est l'amélioration de l'accès aux soins surtout pour les pauvres et les indigents. Cet accès aux soins intègre les caractéristiques de l'offre et de la demande (Kaddar M., Stierle F., Schmidt-Ehry B., Tchicaya A., 2000). Les indigents sont confrontés aux difficultés d'accessibilité tant géographique que financières des soins et au phénomène de stigmatisation. Plusieurs réformes tentent à améliorer cet accès aux soins à travers la gratuité des soins, les subventions des services, l'assurance-maladie universelle. La mise en oeuvre de ces réformes nécessite une bonne connaissance de la cible qui s'opère à travers une sélection.

La sélection des indigents entreprise en 2014 par les autorités du Burkina-Faso visait 15 à 20 pour cent d'indigents. Le processus de sélection a couvert 198 formations sanitaires appartenant aux 8 districts sanitaires (Ouargaye, Tenkodogo, Gourcy, Ouahigouya, Diébougou, Bâtié, Kaya, Kongoussi) avec une population estimée à 2 000 000 de personnes ayant des disparités socioculturelles liées à l'ethnie, le milieu et l'organisation sociale (SERSAP, 2014).

Au cours de cette sélection communautaire, l'indigent a été désigné comme « quelqu'un qui est extrêmement défavorisé socialement et économiquement, incapable de s'occuper de lui-même (elle-même) et sans ressources internes ou externes » (Ridde, V., Bonnet, E., Nikiema, A, Kadio, K, 2010). La sélection a donné droit à chaque indigent d'une carte lui permettant d'avoir accès sans frais aux services de santé.

Divers groupes d'acteurs en interaction et ayant des univers sociaux très variés, relevant de statuts différents, dotés de ressources hétérogènes, et poursuivant des stratégies distinctes (santé, action sociale, collectivité territoriale, communauté, partenaire, privé) ont été impliqués dans la sélection communautaire des indigents. Selon leur niveau d'intervention direct ou indirect dans la sélection, les acteurs se présentent comme suit:

*Niveau d'intervention direct:*

- le personnel du cabinet privé SERSAP,
- l'équipe du service FBR du ministère de la santé,
- l'équipe de la Banque Mondiale,
- les membres des quatre Directions régionales de santé (Centre Est, Centre Nord, Nord, Sud-Ouest);
- les membres des huit équipes cadre de districts sanitaires (Kaya, Kongoussi, Tenkodogo, Ouargaye, Ouahigouya, Gourcy, Diébougou, Bâtié),
- le personnel des centres de santé et de promotion sociale des huit districts sanitaires,
- le personnel des services de l'action social (directions provinciales, communes),
- les membres des communautaires des équipes d'exécution.

*Niveau d'intervention indirect:*

- les autorités administratives locales,
- les leaders coutumiers et religieux,
- les communautés à la base.

## 2.2. *Type d'étude*

Il s'est agi d'une recherche sur l'implantation de la sélection communautaire des indigents ayant eu recours à l'étude de cas multiples (Saetren, H., 2014) avec une approche réflexive. Cette multiplication de cas concernant les districts mettant en oeuvre la sélection des indigents, permet d'obtenir une saturation et une réplification des informations aussi, d'aboutir à une compréhension empirique de la

sélection communautaire des indigents dans des contextes variés (Eisenhardt, 1991) même si d'autres auteurs (Dyer et Wilkins, 1991) rapportent que les recherches qui ont eu une grande audience en sciences sociales sont basées sur des cas uniques.

L'approche réflexive est très rarement d'usage dans les recherches sur la question des indigents (Tremblay MC, Parent AA, 2014). C'est une approche qui se veut intentionnelle et consciente, venant d'acteurs qui explorent leurs expériences de la sélection communautaire des indigents (Serge BP, Perrenoud, 2016). La réflexivité est essentielle pour le développement et la recherche en santé publique (Serge BP, Perrenoud, 2016).

En référence aux approches en anthropologie du développement (Oliver de Sardan JP, 2001), la présente étude s'inscrit dans « l'enchevêtrement des logiques sociales », et à l'hétérogénéité des acteurs qui interagissent dans la mise en œuvre du processus de sélection communautaire des indigents. Cette sélection n'ayant pas été pensée et décidée par les communautés elles-mêmes, il est capital de cerner les écarts qui pourraient exister entre la théorie conçue comme une approche monolithique pour mettre en œuvre cette sélection et la réalité sociale à travers les stratégies des acteurs et les contraintes des contextes, les pratiques comme les représentations, les phénomènes de conjoncture et les phénomènes de structure.

### 2.3. *Population d'étude*

La population d'étude est constituée des districts sanitaires, de formation sanitaire, des acteurs chargés de la mise en œuvre de la sélection communautaire des indigents: membre des équipes cadres de district, Infirmiers chefs de postes, acteurs de services sociaux et des collectivités, membres des comités de sélection des indigents.

#### Critères d'inclusion

Les critères qui ont guidé le choix des structures ainsi que des participants à l'étude sont:

##### *Pour les structures:*

- être un district sanitaire qui met en œuvre la stratégie de Financement Basé sur les Résultats,
- être un district sanitaire qui abrite la sélection communautaire des indigents,
- être une formation sanitaire qui met en œuvre la stratégie de Financement Basé sur les Résultats,
- être une formation sanitaire qui abrite la sélection communautaire des indigents.

##### *Pour les acteurs:*

- être un superviseur de la sélection communautaire des indigents,
- être membre d'équipe cadre de district,
- être Infirmier chef de poste,
- être président de l'équipe locale de sélection communautaire des indigents,
- être agent des services de l'action sociale et membre de l'équipe locale de sélection communautaire des indigents,
- être membre de comité de sélection.

### 2.4. *Méthode et technique d'échantillonnage*

Les personnes interrogées ont été identifiées de façon raisonnée suivant leur implication effective dans la sélection. Il s'est agi des Infirmiers chefs de postes, des acteurs de services sociaux et de collectivités ainsi que des comités de sélection des indigents. Pour toucher ces personnes, dans chaque district, une formation sanitaire a été choisie de façon aléatoire dans chacune des trois catégories regroupant les

formations sanitaires suivant la distance qui les sépare du siège du district, soit située à moins de 5 km, entre 5 et 10 km, ou à plus de 10 km. Dans chaque formation sanitaire, de façon raisonnée, les infirmiers chefs de postes, les acteurs des services sociaux et des collectivités ainsi que ceux des comités de sélection des indigents ont été retenus.

### 2.3 *Technique, outils de collecte des données et analyse des données*

#### 2.3.1 *Technique et outils de collecte des données*

Les techniques utilisées pour la collecte de données sont les entretiens individuels formels et informels, et la revue documentation. Les outils utilisés sont un guide d'entretien pour les entretiens individuels formels, un canevas de lecture pour la consultation des documents sources constitués du document de protocole de sélection communautaire des indigents, du guide de mise en œuvre de la sélection, des rapports de réunions, des rapports de supervision, des rapports de rencontres d'information et de formation, le rapport à mi-parcours et le rapport final de mise en œuvre du processus de sélection, la littérature scientifique concernant la santé des indigents. Les notes de terrain et les notes de reunion ont servi à documenter les entretiens informels. Les entretiens formels au nombre de 36 (4 superviseurs, 8 membres des équipes cadres de districts, 24 membres des équipes locales de mise en œuvre), et la revue documentaire ont été réalisées du 1er au 23 Septembre 2019.

Les informations collectées son ten rapport avec les thèmes portant sur le processus de selection, les facteurs contextuels, les adaptations, les interactions et les logiques d'acteurs.

La recherche visant une appréhension fine du contexte et des interactions individuelles et collectives entre les différents acteurs, nous avons mis à profit nos observations durant notre présence quasi permanente sur le terrain pendant la mise en œuvre du processus de sélection des indigents. Durant notre présence sur le terrain, nous nous sommes immergés dans l'arène de notre recherche et avons assisté aux interactions entre acteurs par l'observation in situ. Nous avons accordé une attention particulièrement aux relations entre les différents acteurs qui ont été approfondies lors des entretiens. Suivant la démarche anthropologique (Emerson et al. 1995) des notes ont été prises au cours de 32 situations où nous avons été un observateur non-participant et qui ont été analysées d'une manière méthodique et formelle. En plus, s'ajoutent de centaines d'interactions permanentes qui n'ont pas fait l'objet de compte rendu mais qui ont contribution fortement à notre appréhension du contexte local.

#### 2.3.2 *Analyse des données*

Suivant les évidences en matière d'adoption et d'implantation d'innovations, diverses théories et modèles ont été développés et tentent d'expliquer la complexité et l'influence de l'implantation d'une innovation par plusieurs facteurs. Ces évidences ne mettent pas en exergue les variables déterminantes à même de jouer un rôle clé dans tout effort d'implantation d'une innovation. Or, ces déterminants occupent une place importante dans la compréhension du processus d'implantation. Pour ce faire, le présent travail a eu recours à un cadre adapté du modèle du Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) qui est un modèle plus élargi regroupant le maximum de variables explicatives possibles mais qui ne spécifie pas les interrelations entre ces variables qui sont fonction des contextes à l'étude (Damschroder et al, 2009). Suivant le cadre adapté et avec les orientation des auteurs (Damschroder et al, 2009) qui préconisent de faire recours aux variables jugées très pertinentes selon le contexte, l'implantation de la sélection communautaire des indigents est considérée comme le résultat de l'influence et de l'interaction de principaux domaines que sont la structuration du processus

de sélection (sept étapes), le contenu de chaque étape (éléments constitutifs), les acteurs impliqués (leurs rôles), l'organisation et le contexte de la sélection, les outils de collecte de données utilisés. Ces domaines permettent d'examiner de façon systématique et holistique l'implantation de la sélection communautaire des indigents.

Les données collectées ont été regroupées en fonction des réponses et suivant les principaux thèmes à savoir le processus de sélection, les facteurs contextuels, les adaptations, les interactions, les logiques d'acteurs. L'analyse des données a consisté à examiner étape par étape, point par point, en référence avec le cadre conceptuel et suivant le vécu de terrain ainsi que les propos des interviewés en rapport avec le processus de sélection utilisé dans le contexte du Burkina Faso. Cette démarche nous a permis d'analyser la sélection communautaire des indigents telle que pensée et celle réellement mise en œuvre, entre les résultats attendus et les résultats obtenus. Donc, de relever les changements opérés au cours de la mise en œuvre ainsi que les adaptations effectuées suivant le contexte, d'identifier des phénomènes sociaux tels que les interactions entre des groupes d'acteurs interdépendants de la mise en œuvre de la sélection, comprendre la nature de ces interactions et comment les groupes d'acteurs se structurent, les différents points de vue par rapport au processus de sélection.

#### 2.4 *Aspects éthiques et administratifs*

L'étude a obtenu l'approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso (CERS n° 2018-11-136) ainsi que l'autorisation des autorités sanitaires des quatre régions concernées: Centre Est (n° 2019-00191/MS/RCES/DRS), Centre Nord (n° 2019-093/MS/SG/DRS-CN), Nord (n° 2019-324/MS/RNRD/DRS), Sud-Ouest (n° 2019-038/MS/RSUO/DRS).

L'ensemble des personnes ont participé volontairement par consentement écrit, l'anonymat et la protection des informations ont été garantis. Les participants ont été informé de notre intention de compréhension vis-à-vis de l'étude lors de notre présence sur le terrain en observateur non-participant.

### 3. **Résultats**

La mise en œuvre du processus de sélection communautaire des indigents, assurée par un cabinet privé, a connu des adaptations sur le terrain. Il s'est agi au niveau du mode de composition des membres des structures d'exécution, de la validation des listes d'indigents et de l'enregistrement des indigents retenus. Aussi, le processus de sélection a engendré plusieurs interactions entre les partenaires financiers et les structures de coordination, et entre les structures de coordination et les structures d'exécution.

Les résultats sont articulés suivant la structuration du processus de sélection des indigents, l'évolution du contexte et son impact sur la sélection des indigents, les adaptations opérés lors du processus de sélection des indigents, les interactions entre les parties prenantes du processus de sélection des indigents.

L'approche de sélection des indigents utilisée au Burkina Faso est purement communautaire. Les membres de la communauté sur la base de leur profonde connaissance de leur population ainsi que de leurs conditions de vie, effectuent un choix raisonné des indigents de leur localité. Ce choix est guidé par une définition de l'indigent dont les critères avaient été déterminés de façon participative sur une base communautaire en consultant des membres de la communauté ainsi que des groupes spécifiques tels que les comités de gestion des centres de santé, des informateurs-clés. Pour ce faire, une organisation a été mise en place selon les niveaux de responsabilité.

### 3.1 *La structuration du processus de sélection communautaire des indigents*

Un dispositif composé de trois structures de coordination et de deux structures d'exécution a été mis en place pour mettre en œuvre le processus de sélection des indigents. Les structures de coordination étaient basées au niveau central (Ouagadougou), au niveau des districts sanitaires, et au niveau des centres de santé (CSPS). Quant aux structures d'exécution, elles ont été implantées dans les villages.

#### 3.1.1 *La mise en place des structures de coordination*

Au niveau de la coordination, il s'est agi d'une équipe nationale de mise en œuvre (ENMEO) appuyée par quatre assistants techniques régionaux (ATR) chargés de la supervision et basés dans chacune des régions concernées, d'une équipe locale de mise en œuvre (ELMEO), d'un comité de suivi de la sélection (CSS). L'ENMEO était composée d'un coordonnateur, d'un gestionnaire des données, d'un aide-comptable et d'un chauffeur, tous membres de SERSAP. Cette équipe a été appuyée lors de la phase de planification du processus par deux référents techniques ayant une grande expérience en matière de sélection d'indigents pour avoir conduit un processus similaire dans le cadre d'une recherche à Ouargaye et au sein d'une ONG.

Au niveau district, les médecins chefs de district, les Directeurs des services de l'Action sociale et les Maires des communes ont identifié les personnes devant représenter leurs structures respectives au sein des ELMEO. Ces derniers ont été installés officiellement lors des rencontres tenues dans les provinces concernant l'information des populations sur la sélection. Bien que ces choix aient été acceptés unanimement, la question de perdieme journalier lié à l'exécution de leur tâche a été une préoccupation car jugé insuffisant selon ces personnes retenues (8 euros).

Dans les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS), le CSS est composé de l'Infirmier chef de poste (ICP), de deux membres du comité de gestion, de deux conseillers municipaux du village abritant le centre de santé.

La mise en place des structures de coordination a impliqué l'ensemble des acteurs au niveau des régions concernées. La prise en compte des agendas de ces différents acteurs en vue de faciliter leur engagement et leur accompagnement a été prépondérante dans le processus de sélection des indigents [Superviseurs]. La non-considération de ces agendas pouvait annihiler cet engagement des acteurs donc entraver le processus de sélection des indigents.

#### 3.1.2 *La mise en place de structures d'exécution*

Au niveau de l'exécution de la sélection, les structures qui ont été mises en place dans chaque village sont la cellule de sélection des indigents (CSI) et le groupe de validation local (GVL). Les membres des CSI étaient représentés principalement par des agents de santé à base communautaire (ASBC), des membres de comités villageois de développement et des responsables des organisations communautaires de base (association, groupement, ...). Un membre sur quatre était de sexe féminin dans les CSI qui comptaient au moins une femme en leur sein, et environ deux CSI sur dix ne comportaient pas de femmes parmi leurs membres qui devraient en compter au moins deux.

Le profil type de membre CSI n'a pas été toujours respecté et cela a concerné environ 14% des cas et à des degrés divers selon les districts. Les profils non indiqués tels que des responsables coutumiers, des leaders religieux, des personnes influentes étaient retrouvées parmi certaines CSI.

Les membres des GVL étaient représentés par des présidents de comités villageois de développement, des responsables coutumiers, des leaders religieux et des conseillers municipaux du village.

La considération des réalités sociales telles que le rôle social des acteurs, les valeurs et les coercitions existant au sein de la société, a été un facteur catalyseur qui a facilité l'adhésion et l'engagement des communautés vis-à-vis de la sélection des indigents [Superviseurs]. Cette situation a été à l'origine du non-respect de la prise en compte du genre et du profil type des membres CSI dans certains villages [Superviseur H1].

### 3.1.3 L'information des parties prenantes

Des rencontres ont été organisées dans chaque district sanitaire concerné dans l'optique d'informer chaque partie prenante sur le processus de sélection. Ces rencontres, tenues successivement ou parfois de façon concomitante dans plusieurs districts de la même région, étaient présidées par des autorités administratives (Gouverneur ou Haut-Commissaire) et ont regroupé des responsables des services déconcentrés de l'État, des coutumiers et religieux, des représentants de la société civile.

Dans la région du Centre Est, du fait de la suspension des activités due à la crise socio politique ayant occasionné un retard suivant la planification initiale du processus de sélection, l'information des parties prenantes a plutôt été intégrée aux activités de formation des acteurs de la sélection. Aussi, les autorités et les leaders au niveau cette région ont été rencontrés individuellement pour leur expliquer le processus de sélection. Cette situation n'a pas engendré de différence dans la mise en œuvre du processus de sélection dans cette région comparativement aux autres régions.

Les différentes rencontres tenues ont touché l'ensemble des parties prenantes sur le terrain avec des messages synthétisés et adaptés à chaque cible. Aussi, certains médias locaux (agences d'information du Burkina/AIB) ont été mis à contribution. La disponibilité des parties prenantes pour la tenue de ces rencontres a été très remarquable [Superviseurs].

Ces rencontres ont permis, d'une part d'obtenir l'engagement des parties prenantes à accompagner le processus de sélection des indigents à travers l'information et la sensibilisation des populations à la base, et d'autre part de résoudre le problème crucial de l'absence de perdieme pour assurer la sélection des indigents dans les villages qui était source de frustration au sein des acteurs [Superviseur H1].

### 3.1.4 La formation des acteurs

La formation des acteurs s'est déroulée sous forme de sessions successives à travers des sites dédiés. L'équipe nationale, avec l'appui des référents techniques et des ATR, a assuré la formation des membres ELMEO qui à leur tour, ont formé ceux des CSS avec l'appui des ATR. À cet effet, les membres CSS ont été regroupés dans des sites de formation selon leur proximité géographique. Chaque site comprenait en moyenne huit CSS, avec environ quarante participants. Le contenu des sessions de formation était axé sur le contexte de la sélection, la méthode de sélection (approche communautaire), le concept d'indigent avec les dimensions de l'indigence (Tableau 1). L'usage de la définition de l'indigent a été harmonisé selon les communautés par une traduction en langue locale des dimensions de l'indigence.

**Tableau 1:** Contenu des dimensions de l'indigence utilisées

<b>Concept d'indigent</b>	<b>Dimensions</b>	<b>Contenu</b>
Personne extrêmement défavorisée socialement et économiquement, incapable de se prendre en charge et dépourvue de ressources internes ou externes	Pauvreté	Manque de ressources financières (incapable de subvenir à ses besoins) Absence de biens (bétail, volaille, matériel, ...) Habitât vétuste
	Incapacité	Handicap moteur Handicap visuel Troubles mentaux Malade chronique Vieillesse Dépendance (veuf/ve ; petite enfance, ...)
	Absence de soutien	Pas d'aide venant des proches Pas d'aide venant personnes d'ailleurs Sentiment d'isolement au sein de la communauté

Les acteurs formés avaient une bonne connaissance de leurs contextes respectifs [Superviseurs]. L'utilisation de module de formation avec des contenus types ainsi que des cas pratiques pour l'animation des sessions dans les différents sites a permis d'harmoniser le contenu des sessions. Un dialogue social à travers les échanges d'informations entre acteurs et la compréhension mutuelle a existé entre participants au cours de ces sessions de formation. Le défi majeur a été la conciliation du programme des sessions de formation avec le planning des activités de santé des districts, ainsi que la gestion des grands effectifs de participants par session de formation [Superviseurs].

### 3.1.5 L'établissement de listes d'indigents

Pour procéder au choix des indigents, les personnes chargées de la sélection se réunissent et effectuent des propositions de potentiels indigents. Par suite de discussions et éclaircissements, de façon consensuelle, les individus répondant aux critères sont retenus comme indigents. Chaque équipe CSI choisissait un lieu propice (calme et discret) pour la tenue de ces réunions. Ces réunions étaient dirigées par un président chargé d'organiser le déroulement des échanges et un secrétaire pour noter les informations sur les indigents retenus. Il s'agissait de discussion entre membres CSI pour aboutir à une identification consensuelle d'indigents suivant la définition de l'indigent et leur connaissance du village. Une liste provisoire d'indigents du village était constituée à l'issue de ces réunions. Dans ce sens, les membres CSI pouvaient tenir plusieurs réunions pour un même village, et tous les villages concernés ont été couverts. La définition de l'indigent étant qualitative, pour retenir une personne comme indigente, les membres CSI recherchaient un consensus au tour des dimensions de pauvreté, d'incapacité physique ou mentale et d'absence de soutien endogène ou exogène. Cette démarche avec l'engagement manifeste des membres CSI, a permis de sélectionner des indigents suivant la définition [Superviseurs].

### 3.1.6 La validation des listes provisoires d'indigents

Les listes provisoires d'indigents sélectionnés étaient soumises aux membres des GVL ou à une assemblée générale pour leur validation. Les communautés avaient la possibilité de remettre en cause

les listes proposées.

La validation, assurée par les GVL, a consisté à examiner les listes provisoires et vérifier que les indigents retenus sont des personnes qui existent réellement dans les villages et répondent à la définition de l'indigent. C'est à l'issue de cet exercice, qu'une liste définitive d'indigents est retenue par village et consignée dans un cahier.

La validation par une assemblée générale rassemblant toute la population a concerné les villages dans lesquels le profil des membres CSI n'avait pas été respecté. Les listes étaient exposées et discutées par l'assemblée générale présidée par les leaders et sages des villages afin d'assurer une impartialité. Cette validation par les assemblées générales a été décidée pendant la mise en œuvre du processus et n'ont pas été maîtrisées par les structures de coordination qui n'étaient préparées à prendre en compte cette situation.

A l'issue de l'obtention des listes définitives, les indigents retenus étaient informés individuellement afin de minimiser leur stigmatisation dans les villages.

La grande majorité (96%) des séances de validation des listes n'a pas été supervisée par manque d'information sur la date de ces validations ou par l'exécution de plusieurs validations à une même date [Superviseur H1].

Le suivi des validations et l'assurance de la représentativité populaire des assemblées générales ont été des défis majeurs dans le processus de sélection [Superviseurs].

### 3.1.7 L'enregistrement des indigents sélectionnés

Les indigents sélectionnés suite à la validation des listes ont été enregistrés à l'aide de tablettes munies d'une application informatique (RTA survey). Cet enregistrement associait aux informations d'état civil des indigents, une prise de photo d'identité avec une géolocalisation. Les données enregistrées étaient transmises instantanément sur un serveur dédié. Quarante agents d'enregistrement, ayant un profil universitaire avec une expérience en matière de collecte informatisée des données, ont été recrutés et formés avec l'appui d'un consultant de la Banque Mondiale pour assurer les enregistrements. Ces agents ont été répartis par village pour assurer l'enregistrement des indigents. Les informations collectées étaient transmises par internet sur un serveur hébergé au Vietnam en vue de la constitution d'une base de données, puis pour l'établissement des cartes d'indigents munies de code unique d'identification.

L'utilisation de cette technologie informatique a assuré une bonne qualité de la collecte des informations et de la constitution d'une base de données unifiées et fiables. L'utilisation d'un identifiant unique de l'indigent associé aux coordonnées géographiques du ménage a évité les doublons éventuels. Le débit de la connexion internet dans les villages ainsi que la disponibilité des indigents dans les ménages lors du passage des agents d'enregistrement ont été des déterminants majeurs pour le bon déroulement de cette opération d'enregistrement des indigents sélectionnés. Suite à l'enregistrement, un peu plus de cent mille indigents ont été sélectionnés avec des proportions variant entre 2% et 17% selon les districts sanitaires et 6% pour l'ensemble des huit districts.

## 3.2 *Les facteurs contextuels et leurs impacts sur le processus de sélection communautaire des indigents*

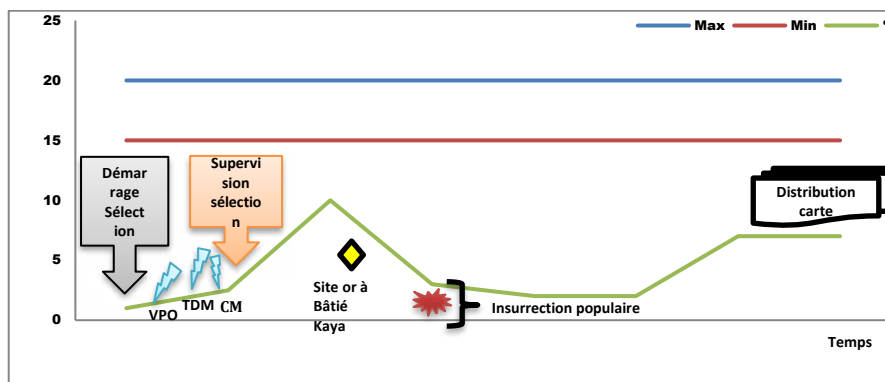
Quelques faits marquants qui ont jalonné l'ensemble du processus de sélection communautaire des indigents ont été traduits sur la figure 3. Du démarrage en juin 2014, au plan national suivant l'évolution

le processus de sélection des indigents a été momentanément interrompu suite aux troubles socio-politiques que le Burkina-Faso a connu en fin Octobre 2014. Les districts n'étant pas au même niveau de mise en oeuvre du processus, ces troubles avaient perturbé suivant les districts soit l'étape de la formation des membres CSI et GVL, soit celle de l'enregistrement des indigents sélectionnés. Suite à l'instauration d'un nouveau gouvernement dans le pays, le processus a repris son cours normal. Les Maires de communes ayant été remplacés par des délégations spéciales, les ATR ont été chargés de porter auprès de ces derniers qui au départ n'étaient pas associés au processus, les informations concernant la sélection des indigents. Le résultat global de la sélection obtenu donnait 3,2% d'indigents. Ce niveau enregistré était loin de l'objectif de 15 à 20% qui s'est avéré être une estimation trop ambitieuse. Néanmoins, pour satisfaire les exigences de la BM par rapport à la proportion d'indigents attendus, des actions ont été entreprises en vue d'accroître si possible la proportion d'indigents sélectionnés. Les villages qui avaient une proportion d'indigents inférieure à 10% ont été identifiés et conviés à réviser leur sélection afin d'améliorer le niveau atteint. Les ATR avaient été chargés du suivi de proximité de cette révision des listes auprès des CSI. Il s'agissait de procéder à un ratissage surtout dans les villages abritant plusieurs hameaux de culture tout en s'assurant du respect de la méthode de sélection.

Au sein de l'ENMOE, le départ d'un des membres et aussi d'un ATR a entraîné une réorganisation interne avec une répartition des tâches de ces derniers aux autres membres pour la poursuite du processus de sélection à tous les niveaux de mise en oeuvre.

Au niveau des districts sanitaires, après que la planification de la sélection ait été faite de concert avec le Ministère de la santé, des campagnes de vaccination contre la poliomyélite (VPO) et de traitement de masse contre les maladies tropicales négligées (TDM), ainsi que la tenue de sessions de conseils municipaux (CM) constituaient autant d'événements émergents qui ont perturbé le processus de sélection. Nombreux acteurs conviés à ces événements étaient fortement impliqués dans le processus de sélection des indigents. Cela a entraîné une réorganisation des sessions de formation des acteurs, des reports dans la tenue des rencontres d'identification ou la tenue de plusieurs rencontres d'identification des indigents dans les localités, l'augmentation des sorties de supervision.

Dans le district sanitaire de Bâtié et dans une moindre mesure à Kaya, certains membres CSI ont abandonné la sélection des indigents pour se ruer vers l'or en éclosion dans des sites aurifères. Du fait de la non prévision de substitution systématique de membre non disponible, cette situation a non seulement entraîné des difficultés dans le suivi des CSI mais aussi a occasionné un retard dans le processus de sélection.



**Figure 1. Behavior over time graph**

Source: Auteur

### 3.3 Les adaptations opérées lors du processus de sélection communautaire des indigents

Le processus de sélection communautaire des indigents a subi des adaptations dans la mise en œuvre (Tableau 2). Les adaptations majeures ont concerné l'intégration d'autres critères de choix édictés par les communautés pour retenir certaines personnes comme membres CSI tels que les responsables administratifs de village, les leaders coutumiers et religieux, bien que ceux-ci ne répondaient pas au profil type requis selon la conception théorique. Aussi, le choix de la tenue d'assemblées générales pour valider des listes d'indigents pour ce qui concerne les villages ayant des membres CSI qui ne répondent pas au profil type. En plus, la révision du planning du processus de sélection pour prendre en compte d'autres activités survenues après sur le terrain telles que les campagnes (vaccination, traitement de masse) et la tenue des sessions de conseils municipaux. Puis, l'organisation d'un appui systématique aux différentes structures mises en place à travers des suivis de proximité avec une rémunération des agents à la performance en fonction du nombre d'indigents enregistrés dans la base de données au lieu du paiement mensuel et l'adaptation de l'utilisation de l'outil informatique en assurant la collecte des données hors connexion internet pour ensuite envoyer ultérieurement les données collectées concernant l'enregistrement des indigents sur le serveur.

Ces adaptations bien qu'ayant entraîné des perturbations sur le plan organisationnel, ont facilité d'une part, l'adhésion et l'accompagnement des parties prenantes au processus de sélection, et d'autre part, l'atteinte de résultats en termes d'indigents enregistrés dans la base de données.

**Tableau 2** : Eléments d'adaptation du processus de sélection communautaire des indigents

Etapes du processus de sélection	Théorie du processus	du	Modification qui en résulte
Mise en place des structures	ENMEO	Quatre personnes chargées de la coordination nationale	Trois personnes ont assuré la coordination: une réorganisation des tâches a été effectuée tenant compte des personnes disponibles
	ELMEO	Cinq à sept personnes chargées la coordination au niveau régional	Non fonctionnement des équipes ELMEO à partir de l'étape 4 du processus de sélection: une telle situation pose la question de la pertinence de cette structure
	CSS	Cinq personnes chargées du suivi de la sélection au niveau CSPS	Des sorties terrain dans les CSPS couplées à des appels téléphoniques: les ressources ne permettaient pas aux équipes CSS d'effectuer les sorties nécessaires. La question de la pertinence de cette structure se pose
	CSI	Sept personnes dont au moins trois femmes et au moins une personne qui sait lire et écrire Profil : ASC, accoucheuses traditionnelles, CVD, membres groupement associatifs, organisations paysannes	Non-respect du nombre de femmes et du profil des membres dans les CSI: cela trouve son origine dans l'organisation sociale et l'influence de certains leaders

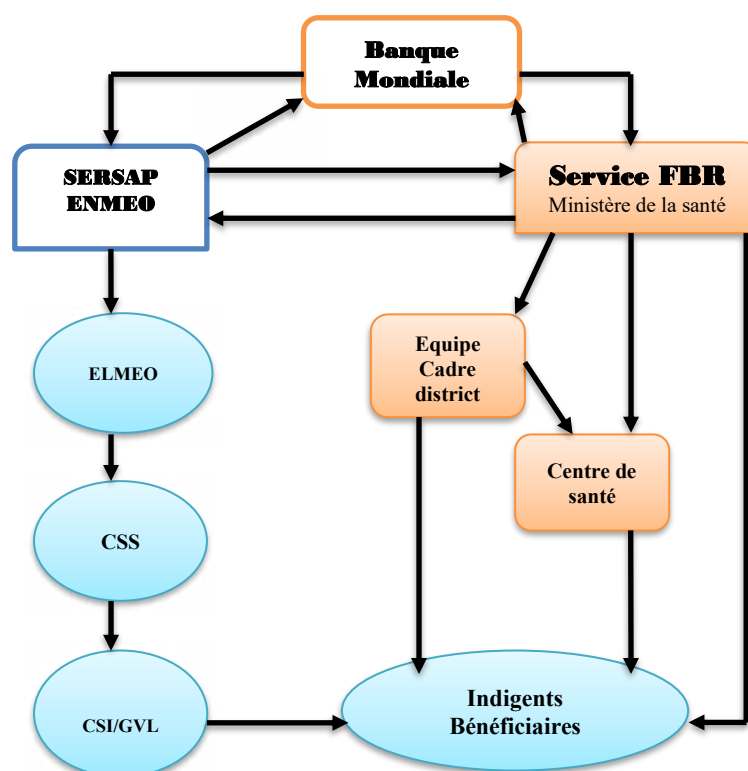
	GVL	6 personnes Profil : chef de village/chef coutumier, leaders religieux, conseillers municipaux	
Informations des parties prenantes		Rencontre d'information a été réalisée dans chaque district sanitaire concerné (8)	Deux rencontres d'information par district et par région, couplées à la une diffusion de l'information portant sur le processus de sélection aux activités de formation des équipes locales: pour prendre en compte la disponibilité des acteurs
Formation des acteurs	CSS	Sessions de formation par district	Session de formation par commune regroupant des communes voisines: pour prendre en compte les activités impliquant les mêmes acteurs et qui étaient en cours sur le terrain
	CSI/GVL	CSS se déplacent par village pour former les CSI et les GVL	Session de formation coordonnée voire assurée par les ATR et ELMEO en vue de combler la faible disponibilité des ICP, le niveau d'instruction relativement faible de nombreux membres des CSS pour assurer ces formations, et aux difficultés liées à la motivation financière des formateurs et des participants
Etablissement des listes		Enregistrement individuel	Néant
Validation des listes		Réunion de discussion entre membres GVL	Organisation d'assemblée générale: il s'est agi d'une alternative pour corriger le non-respect des profils types des membres CSI et minimiser l'influence de certains leaders sur la sélection
Enregistrement des indigents		Enregistrement manuel, individuel par ménage, avec prise de photo puis constitution d'une base de données	Enregistrement électronique individuel par ménage avec prise des coordonnées GPS, une prise automatique de photo et un envoi instantané des informations par internet sur un serveur: pour plus de qualité des informations et de la base de données collectées
		Rémunération mensuelle des agents chargés de l'enregistrement des indigents	Enregistrement électronique individuel avec prise des coordonnées GPS, une prise automatique de photo mais un envoi différé des informations sur le serveur : pour tenir compte de la disponibilité des indigents dans les ménages, et du déficit du courant électrique et de la connexion internet dans les villages -Rémunération suivant le nombre d'indigents enregistrés par agent -Suivi de proximité des agents chargés de l'enregistrement des indigents

Source: Auteur

### 3.4 Les interactions entre les parties prenantes du processus de sélection communautaire des indigents

Chacun des huit groupes d'acteurs stratégiques constituant les parties prenantes qui interagissent dans la sélection des indigents (Figure 2) a sa propre représentation qui devrait sous-tendre la mise en œuvre effective de la sélection communautaires des indigents. La Banque Mondiale qui accorde une importance accrue à la proportion d'indigents sélectionnés et à la gestion de la base de données ; l'équipe du service FBR qui est plus préoccupé par la disponibilité d'une base de données des indigents sélectionnés pour leur prise en charge dans les formations sanitaires sous FBR ; l'équipe nationale de mise en œuvre qui fonde leur décision sur la performance des acteurs dans la sélection (nombre élevé d'indigents sélectionnés et enregistrés dans les délais) ; l'équipe locale de mise en œuvre (ELMEO) qui est intéressée par la couverture de la mise en œuvre ; les membres des comités de suivi de la sélection (CSS) qui valorisent la couverture géographique de la sélection. Au niveau exécutif, les membres des cellules de sélection des indigents (CSI) visent inéluctablement la proportion d'indigents recherchée et au final, les membres des groupes de validation locale (GVL) qui recherche une notoriété communautaire.

Chacune des parties prenantes repose son pouvoir sur sa capacité de convaincre l'ensemble des acteurs qu'il agit dans l'intérêt des indigents et des populations. Cela se manifeste généralement par les expressions utilisées. Ainsi, pour la Banque Mondiale et le service FBR « amélioration de la performance du système de santé pour la santé de populations » ; pour les structures de mise en œuvre de la sélection « amélioration de la santé des indigents, soutien aux populations ».



**Figure 2:** Parties prenantes et leur interaction dans la sélection communautaire des indigents

Considérant que le rôle des parties prenantes ainsi que les logiques sociales constituent des éléments qui sont au centre de la mise en œuvre et de l'appropriation d'intervention en santé publique (Rathwell, 1998 ; Bernard Hours, 2001 ; Lafaye G.C, 2014), un ensemble d'interactions entre parties prenantes de la sélection communautaire des indigents a été observé minutieusement et mis en rapport avec les

logiques d'acteurs mises en évidence dans d'autres recherches (Olivier de Sardan, 1995 ; Ridde, 2011). Les logiques renvoient aux « diverses lignes de cohérences que l'observateur déduit à partir d'une observation empirique d'ensembles de pratiques particulières différentielles, sans préjuger d'une théorie » (Olivier de Sardan, 1995).

A cet effet, partant d'observations empiriques des rapports sociaux entre les parties prenantes du processus de sélection, un type de relation s'est installé et pourrait être à l'origine de la structuration des interactions entre les acteurs et qui ont engendré certains effets constatés. Il s'est agi de relation de pouvoir et d'influence. Dans ce sens, six logiques sont mises en évidence.

### 3.5 Les logiques d'acteurs mis en évidence

#### 3.5.1 L'opacité

La logique de l'opacité qui correspond à la volonté délibérée de certains acteurs du processus de sélection de dissimuler des informations jugées capitales à d'autres parties prenantes de l'intervention. Cela intervient lorsque certains acteurs n'ont pas accès à certaines informations comme celles ayant trait aux lignes budgétaires suivant les activités. Par exemple, la grande majorité des acteurs chargés de la sélection ignorent le budget alloué à cette activité (« *personne ne sait quel montant est prévu dans le budget pour la ligne enregistrement des indigents et même les autres lignes budgétaires* » [Superviseur H2]). Aussi les rapports finalisés ne sont pas partagés à tous les acteurs (« *Nous ignorons le contenu des rapports transmis par rapport à l'exécution de la sélection des indigents* » [Superviseur H3]).

Une activité planifiée dans la théorie du processus de sélection a été occultée par l'ENMEO au cours de la mise en œuvre. Il s'agit du transfert de compétences concernant le processus de sélection aux Agences de contractualisation et de vérification (ACV) du FBR.

#### 3.5.2 Le discours

La deuxième logique observée renvoie au discours qui un argumentaire construit dans le but de justifier soit le montant des perdiemes servis soit à certaines modifications apportées à la théorie du processus de sélection. Cet argumentaire provient surtout des membres de l'ENMEO et dans une moindre mesure de ceux de l'ELMEO et orienté vers les acteurs d'exécution de la sélection qui pourtant adhèrent. C'est par exemple des discours tels que « le travail communautaire est basé avant tout sur le bénévolat, l'organisation de repas communautaires comme source de désintéressement et les communautés doivent contribuer pour faciliter la mise en œuvre des interventions communautaires ». Au même instant, les membres de l'ENMEO et de l'ELMEO reçoivent des montants satisfaisants de perdieme pour assurer les formations et les supervisions.

#### 3.5.3 Le mépris de l'engagement communautaire

La logique du mépris de l'engagement communautaire se rapporte à la dépréciation de l'implication et de la participation d'une personne dotée de l'onction de sa communauté pour la représentée au sein d'une organisation ayant l'intention de contribuer à son bien-être. Cette logique se manifeste à travers des comportements de membres CIS qui sont réticents ou refusent de procéder à la sélection d'indigents sans rémunération conséquente.

#### 3.5.4 La domination

La quatrième logique repérée concerne la logique de domination qui est la manifestation d'un pouvoir

réel en vue de dominer ou de d'annihiler l'action d'autrui. Cette logique est observée d'une part entre la Banque Mondiale principale partenaire financier de la sélection des indigents et l'ENMEO et d'autre part entre les leaders influents au sein des communautés (chefs de villages, leaders politiques) et des membres CSI. C'est ainsi que l'ENMEO subi les injonctions de la Banque Mondiale afin d'accroître le niveau de sélection des indigents surtout dans les villages qui enregistrent 2 à 5% d'indigents sélectionnés.

*(« Nous n'avons pas compris pourquoi c'est un consultant international qui assure la gestion de la plateforme de collecte des données concernant les indigents alors cette compétence existe bien au niveau local ; pire encore, le serveur est hébergé au Vietnam comme si le pays ne dispose absolument rien en ce sens » [Superviseur H4]).*

Aussi, certains leaders ont exercé leur influence auprès de membres CSI et GVL afin de sélectionner des personnes même si elles ne répondent pas parfaitement aux critères d'indigents utilisés.

*(« Nous avons remarqué que lorsqu'on a demandé de revoir à la hausse la proportion d'indigents sélectionnés, certains ont profité faire sélectionner des personnes certes pauvres mais qui ne répondent pas exactement aux critères utilisés » [Superviseur H3]).*

### 3.5.5 L'accaparement

L'accaparement s'inscrit dans les stratégies mises en œuvre par certains acteurs pour acquérir des ressources dans la satisfaction personnelle ou corporative. Cet accaparement a concerné surtout les ressources financières selon les données empiriques. Des acteurs ont fait de rétention d'informations sur le niveau de sélection et aussi, procédé à une réorganisation des agents chargés de collecter les informations concernant les indigents sélectionnés dans le but de retenir de frais prévus pour ces activités.

*(« Un membre de l'ELMEO se retrouve dans un district sanitaire à coordonner seul sans d'autres membres et sans un Assistant Terrain Régional la collecte des données concernant les indigents sélectionnés. De ce fait, les agents chargés de l'enregistrement des indigents sont soumis à sa volonté » [Superviseur H3]).*

### 3.5.6 Le conformisme

Au-delà de ces cinq logiques repérées aussi dans des travaux antérieurs (Olivier de Sardan 1990; Valery Ridde, 2011), la logique de conformisme a été mise en évidence lors du processus de sélection communautaire des indigents.

Cette logique se manifeste à travers la modification de l'attitude ou du comportement d'acteurs afin de se sentir en harmonie avec un groupe d'acteurs et affirmer son appartenance à ce groupe.

C'est ainsi que la tenue d'assemblée générale de validation des listes provisoires d'indigents comme palliatif au non-respect strict du profil type de membre CSI dans certains villages, n'a pas changé fondamentalement le contenu de ces listes proposées. Les propositions d'indigents éventuels n'ont pas fait l'objet de discussions profondes. L'assemblée a simplement validé l'ensemble des listes comme si elle avait été manipulée à volonté bien qu'elle soit supposée minimiser l'influence de certains leaders sur le déroulement de la sélection.

## 4. Discussion

À notre connaissance, il s'agit là d'une première étude couplant une approche réflexive et qui se penche sur le processus de sélection communautaire à large échelle des indigents. Les résultats montrent les

adaptations faites, en marge de la théorie du processus de sélection, et qui ont concerné le profil des acteurs d'exécution, le mode de validation des listes d'indigents, la prise en compte des activités de routine sur le terrain, le mode de collecte des données concernant les indigents, ainsi que la structuration des interactions qui ont existé entre les acteurs et qui ont mis en rapport des normes, des systèmes de valeurs hétérogènes, des savoirs et des représentations hétérogènes, des systèmes d'action hétérogènes.

Les discussions menées donnent à penser que les enseignements tirés au sujet du processus de sélection communautaire des indigents sont les suivants:

- la méthode de sélection des indigents devra être adaptée au contexte; le caractère multidimensionnel de l'indigence, la diversité socioculturelle des communautés et le contexte national et local variant méritent d'être prises en compte.
- la pertinence de certaines structures (ELMEO, CSS) se pose; ces structures ont été mises en place en suivant le modèle pyramidal du système de santé en place et se trouvent à un moment donné du processus sans apport substantiel.
- le rôle des acteurs, les rapports sociaux et le contexte sont confirmés comme étant des facteurs déterminants de la sélection communautaire des indigents.
- les obstacles tels que la non disponibilité permanente de certains acteurs impliqués, l'absence de connexion internet et d'électricité dans les villages, l'influence de certains leaders communautaires (coutumier, religieux, représentant administratif), les réticences liées à la motivation financière, survenant dans l'environnement général ne sont pas des obstacles majeurs et il est possible de recenser au niveau organisationnel des facteurs propres à favoriser le succès de la sélection.

#### 4.1 *Les limites méthodologiques*

L'étude intervient dans un contexte où l'Etat burkinabé s'est engagé à prendre en compte les indigents dans l'assurance-maladie universelle du pays. Les informations utilisées n'intègrent pas les propos des indigents et des différentes communautés. La pratique réflexive devait être associée au processus de sélection des indigents avec des outils permettant de collecter des informations complémentaires à même d'approfondir l'analyse des résultats afin d'éviter l'effet de l'égo-professionnalisme. Aussi, à ce moment des éléments émergents pourraient être réinvestis dans le processus de sélection pour offrir de nouveaux objets de réflexion. Néanmoins, avec le concours de personnes ayant vécu l'expérience de la sélection (superviseurs, membres ECD, ELMEO), les résultats ainsi obtenus permettent d'établir les discussions suivantes:

#### 4.2 *La structuration du processus de sélection communautaire des indigents et les adaptations opérées*

Il n'est pas aisé d'aborder la question de la sélection des indigents sans avoir recours à des études antérieures. Cependant, la rareté des études scientifiques sur cette question (Ridde, V. et Jacob J. P, 2013) est toujours d'actualité. Le processus de sélection des indigents conduit au Burkina-Faso a connu des adaptations sur le terrain mais les étapes sont restées invariantes dans tous les districts sanitaires concernés. Ces adaptations ont été opérées du fait de certaines considérations sociales qui ont existé au sein des communautés et liés au rôle attribué à chaque acteur au sein de la société. Ces réalités trouvent sans doute leur fondement dans l'organisation sociale ainsi que les attributs et les perceptions des communautés. Cette organisation sociale forme les structures sociales, régule et ordonne les interactions entre entités sociales ainsi que les normes sociales et les formes de hiérarchisation, le rôle

dévolu à certains membres au sein de la communauté. C'est le cas des femmes, à qui le rôle de mère de famille est attribué, avec une sorte de division de travail qui leur confère des tâches autres que la représentation de la communauté au sein d'organes telles que les cellules de sélection des indigents. L'appropriation du processus de sélection aux conditions de terrain à travers les adaptations a été favorisée par la flexibilité induite dans le processus, ainsi que la démocratisation et la décentralisation qui ont été développées. Ce qui répond au souci d'associer étroitement les communautés locales au processus puisqu'il s'agit d'une approche de sélection purement communautaire. Des auteurs ont relevé le fait qu'avec les communautés locales, l'accès à l'information sur les conditions de vie des individus et des ménages serait plus facile et moins coûteux, elles seraient plus à même de reconnaître les vrais indigents et limiter leur stigmatisation (Oumarou I., 2013). L'inadaptation des processus de sélection des indigents aux réalités locales peut conduire à une inefficacité d'une politique sélection. Ainsi, la méthode de sélection à utiliser constitue une question d'importance capitale (Pasquier-Doumer L., Lavallée E., Olivier A. et al., 2009).

La prise en compte de la volonté des communautés basée sur leurs réalités a facilité leur adhésion au processus de sélection car intègre la manière dont ces communautés pensent, ce qui a du sens pour elles, et comment elles imaginent et expliquent les choses (Kottak C., 2006). Les résultats observés sur le terrain dans des contextes très variés selon les districts sanitaires sont positifs. Ces résultats sont la manifestation de l'implication et de la participation effectives des communautés au processus de sélection. L'adhésion des communautés ainsi que la prise en compte des valeurs, constituent des conditions de réussite d'une intervention en santé publique (Raimondeau, J., Bréchat, P., Huteau, G., Marin, P. & Naty-Daoufin, P., 2020).

Le résultat final de sélection obtenu est dû au fait que, les difficultés et les perturbations telles que la crise socio-politique qu'a traversée le Burkina-Faso avec le changement d'acteurs au niveau des collectivités par des délégations spéciales, les campagnes nationales de vaccination et de traitement de masse dans les districts, le départ d'un acteur de l'équipe nationale de mise en œuvre ont pu être aplanies cours du processus de sélection. Ces événements intervenus dans la sélection s'apparentent à ce que des auteurs ont critiqué dans l'exécution de toute activité humaine où les actions menées n'engendrent pas nécessairement le succès; les objectifs ne sont atteints que dans la mesure où face à des difficultés, des adaptations ont pu être opérées au cours des actions (Moore GF., Audrey S., Barker M., et al., 2015). D'autres auteurs précisent le fait que les interventions complexes comme un processus de sélection d'indigents, sont par nature imprévisibles et doivent être adaptées aux différents contextes (Moore GF., Audrey S., Barker M., et al., 2015). Ces adaptations visent à garantir le succès d'une telle intervention.

### *4.3 Les facteurs contextuels et leurs impacts sur le processus de sélection communautaire des indigents*

Quelques faits marquants, comme précédemment matérialisés sur la figure 3, ont jalonné l'ensemble du processus de sélection communautaire des indigents. Du démarrage en juin 2014, au plan national suivant l'évolution le processus de sélection des indigents a été momentanément interrompu suite aux troubles socio-politiques que le Burkina-Faso a connu en fin Octobre 2014. Les districts sanitaires n'étant pas au même niveau de mise en œuvre du processus, ces troubles avaient perturbé suivant les districts soit l'étape de la formation des membres CSI et GVL, soit celle de l'enregistrement des indigents sélectionnés. Suite à l'instauration d'un nouveau gouvernement dans le pays, le processus a repris son cours normal. Les Maires de communes ayant été remplacés par des délégations spéciales,

les ATR ont été chargés de porter auprès de ces nouvelles autorités communales qui au départ n'étaient pas associés au processus, les informations concernant la sélection des indigents. Le résultat global de la sélection obtenu donnait 3,2% d'indigents. Ce niveau enregistré était loin de l'objectif de 15 à 20% qui s'est avéré être une estimation trop ambitieuse. Néanmoins, pour satisfaire les exigences de la BM par rapport à la proportion d'indigents attendus, des actions ont été entreprises en vue d'accroître si possible la proportion d'indigents sélectionnés. Les villages qui avaient une proportion d'indigents inférieure à 10% ont été identifiés et conviés à réviser leur sélection afin d'améliorer le niveau atteint. Les ATR avaient été chargés du suivi de proximité de cette révision des listes auprès des CSI. Il s'agissait de procéder à un ratissage surtout dans les villages abritant plusieurs hameaux de culture tout en s'assurant du respect de la méthode de sélection.

Au sein de l'ENMOE, le départ d'un des membres et aussi d'un ATR a entraîné une réorganisation interne avec une répartition des tâches de ces derniers aux autres membres pour la poursuite du processus de sélection à tous les niveaux de mise en œuvre.

Au niveau des districts sanitaires, après que la planification de la sélection ait été faite de concert avec l'équipe du Ministère de la santé, des campagnes de vaccination contre la poliomyélite (VPO) et de traitement de masse contre les maladies tropicales négligées (TDM), ainsi que la tenue de sessions de conseils municipaux (CM) ont constitué autant d'événements émergents qui ont perturbé le processus de sélection. Nombreux acteurs conviés à ces événements étaient fortement impliqués dans le processus de sélection des indigents. Cela a entraîné une réorganisation des sessions de formation des acteurs, des reports dans la tenue des rencontres d'identification ou la tenue de plusieurs rencontres d'identification des indigents dans les localités, l'augmentation des sorties de supervision.

Dans le district sanitaire de Bâtié et dans une moindre mesure à Kaya, certains membres CSI ont abandonné la sélection des indigents pour se ruer vers l'or en éclosion dans des sites aurifères. Du fait de la non prévision de substitution systématique de membre non disponible, cette situation a non seulement entraîné des difficultés dans le suivi des CSI mais aussi a occasionné un retard dans le processus de sélection.

#### *4.4 Les interactions entre les parties prenantes du processus de sélection communautaire des indigents*

Au cours du processus de sélection des indigents, différents types d'exercices de pouvoir ont été constatés de façon empirique dans les interactions entre les parties prenantes qui ont joué un rôle central dans la sélection. A ce sujet, plusieurs auteurs ont relevé l'existence de divers modes d'exercice du pouvoir dans tout système d'interactions et de rapports sociaux entre parties prenantes (Lafaye G.C., 2014; Lienard G. et Mangez E., 2015). Les interactions ont créé des normes entre les parties prenantes et ont abouti à des accords qui ont permis d'enregistrer des résultats.

Suivant le type de pouvoir exercé, il y a eu des répercussions sur le comportement des acteurs à savoir les réticences et méfiances. Dans la sélection des indigents en Inde, la logique de l'opacité a été relevée et était telle que des milliers d'intermédiaires commettaient des abus, toute chose qui amène les auteurs à qualifier cette situation de fraude (Jhabvala R. et Guy S., 2011).

Dans les pratiques sur le terrain, les acteurs perçoivent des perdiemes sous forme d'indemnité pour la mise en œuvre de la majeure partie des activités de santé (sensibilisation, campagne de vaccination, ...). À ce propos, une récente étude a révélé que dans la mise en œuvre des activités de santé au niveau communautaire, la compensation des agents communautaires reste un problème récurrent (Drabo KM., Sondjo G., Hien H., Tinto H., Traoré M., Valéa I., et al., 2015). Le paiement

régulier des agents communautaires peut résoudre beaucoup de problèmes, mais peut aussi avoir des conséquences négatives imprévues, selon la façon dont il est géré (WHO, 2010). Les messages et idées véhiculés par les équipes nationale et locale pour faire croire qu'il s'agit là, d'une action communautaire et que cela ne permet pas d'octroyer des perdiemes aux acteurs, n'ont pas reçus d'écho favorable auprès des communautés. Ces derniers percevaient le processus de sélection comme un projet nanti en ressources financières (surtout de la BM). Le type de rapport développé par les équipes nationale et locale fait référence à une logique de discours d'autant plus que certains acteurs bénéficiaient de perdiemes pour le même processus de sélection.

Les manifestations de réticences et de refus de certains acteurs à conduire la sélection renvoient à une logique du mépris de l'engagement communautaire. En contexte africain, la santé des indigents a toujours été une préoccupation pour les familles et les communautés dans leur organisation, à travers une entraide solidarité endogène pour une cohésion sociale (Lecestre-Rollier B., 2015). Le refus d'accompagner une action visant à améliorer l'accès aux soins de santé des indigents, correspondrait à une absence de considération du service public.

La BM, principale institution financière qui a appuyé la sélection communautaire des indigents, impose ses orientations à l'ENMEO. La dualité « national/international » semble inhérente à tout partenariat avec une « méga » structure à envergure internationale comme la BM. Cette dualité peut se traduire par des tensions déclarées ou dissimulées, des pratiques, mais elle devrait nécessairement améliorer les relations de partenariat. Pour satisfaire les exigences de la BM afin que le niveau de sélection avoisine 15 à 20% d'indigents, sur instruction de l'ENMEO, les membres CSI ont poursuivi la sélection qui semblait pourtant être terminée (mais avec moins de 10% d'indigents sélectionnés). Il n'y avait pas de conflit d'intérêts qui puisse rendre la sélection effectuée très sévère, contrairement à la recherche de Ouargaye, où les acteurs ont été sévères et une augmentation des listes n'était pas envisageable car ils voulaient préserver leur caisse de (Morestin F., Grant P. et Ridde V, 2009).

Cette appréciation du niveau de sélection obtenue initialement n'a pas été soutenue par des évidences. Des auteurs ont pourtant trouvé dans l'évaluation de la sélection des indigents, que le niveau de sélection pouvait être amélioré par la correction de certaines erreurs ou par le recalcul des scores (Kouanda S., Traoré A., Kankouan J, 2009). Une évaluation de la présente sélection pouvait mieux expliquer la proportion d'indigents obtenue et éclairer les décisions dans le sens de l'amélioration de la couverture des indigents.

La poursuite pure et simple de la sélection, bien que des dispositions aient été prises par l'ENMEO afin que la méthode soit respectée scrupuleusement, a été à l'origine des erreurs constatées et éventuellement de fausses inclusions. Ce qui pourrait faire apparaître, dans ce processus visant l'équité, comme un feed back loop avec un sentiment d'iniquité au sein de toute la communauté. Les communautés suivant leur perception peuvent élaborer leurs propres critères indépendamment les unes des autres, et les résultats de la sélection communautaire pourront présenter de grandes différences d'une communauté à l'autre, et créer des insuffisances dans la prise en charge des indigents (Jhabvala R. et Guy S, 2011).

Lors de l'étape d'enregistrement des indigents sélectionnés, si la technologie utilisée permettait de garantir la pertinence des données collectées et d'améliorer l'exactitude de ces données, elle a engendré des difficultés surtout dans les zones rurales dépourvues d'un débit connexion internet suffisant et de source permanente d'électricité. Aucun mécanisme n'avait été mis en place afin de prévenir ces difficultés. Ce qui pourrait être à l'origine de multiples erreurs, telles que des identités ne correspondant pas aux photos ou aux villages d'origine, constatées sur les cartes d'indigents. L'assurance qualité de

la collecte des données englobe, aussi bien les mécanismes et les processus mis en place à cet effet, que les intérêts et la motivation des acteurs impliqués.

La distinction des rapports qui ont existé entre la BM et l'ENMEO, laisse apparaître une logique de domination. Le rôle de la BM dans le processus de sélection (financement) fait que ses actions sont de facto bien légitimes. Ce qui corrobore cette pensée selon laquelle, « les rapports sociaux entre les groupes sont conçus comme des rapports de domination dus à des situations de groupe et de classe liées à des ressources et des enjeux spécifiques aux divers champs dans lesquels les situations de domination peuvent s'exercer » (Lafaye G.C., 2014).

Dans la logique de l'accaparement, le fait de dissimuler certaines informations et de procéder localement à une réorganisation des agents de collecte des informations concernant les indigents sélectionnés, les acteurs impliqués dans la sélection ont acquis des ressources indépendamment de celles prévues. En effet, l'absence de l'ENMEO et d'un ATR a favorisé cette situation. Les agents de collecte ont dû subir les désidératas des acteurs de l'ELMEO qui avait accès aux ressources dédiées à la collecte des données. La conséquence est que les agents de collecte ne percevaient pas toujours la montant exact de leur perdième à l'insu des membres de l'ENMEO. Valery Ridde relevait qu'en fine, dans la stratégie d'accaparement c'est l'acquisition de deniers supplémentaires. Le recours à cette logique par les acteurs s'explique par la mainmise sur l'argent, que ce soit d'une manière directe ou par l'intermédiaire d'un positionnement stratégique en occupant un poste favorable à une telle entreprise (Valery Ridde, 2011).

Dans les interactions, le conformisme amène certains acteurs à modifier leur comportement pour se sentir en harmonie avec le reste de la communauté. Au sein des communautés, dans les relations avec les autres, l'enjeu de l'individu est de sauvegarder ou accroître son estime de soi. En fonction des circonstances, l'individu choisira d'être conformiste pour ne pas être rejeté (Bernard Hours, 2001). Pour Gauffmann les individus sont des stratèges qui gèrent leur identité.

## 5. Conclusion

Cette analyse de l'implantation de la sélection communautaire des indigents dans huit districts sanitaires du Burkina-Faso en 2014 intégrant une approche réflexive est à notre connaissance novatrice en matière de recherche en intervention de santé publique portant sur la prise en charge des indigents. L'analyse est centrée sur les parties prenantes du processus de sélection et ne couvre pas les propos des indigents sélectionnés. Le processus de sélection a suivi sept étapes essentielles. Deux structures de coordination et trois structures d'exécution ont été mises en place pour le pilotage du processus. Ce processus de sélection apparaît comme une intervention assez complexe au regard des composantes qui interagissent les unes avec les autres, du niveau de l'influence du contexte, des divers groupes d'acteurs de différents niveaux hiérarchiques, des effets diversifiés générés, du caractère multidimensionnel du concept d'indigent.

L'analyse montre que les étapes du processus se sont heurtées à des réalités liées aux contextes et aux acteurs et a engendré des adaptations qui ont tout de même permis d'aboutir à la sélection d'environ 100 000 indigents soit 6% de la population cible contrairement à 15 à 20% attendus. Aussi, des logiques de pouvoir sont constatées dans les interactions entre les parties prenantes. Six types de logique à savoir l'opacité, le discours, le mépris de l'engagement communautaire, la domination, l'accaparement, le conformisme ont été relevées et ont structuré les interactions entre les parties prenantes.

À travers cette expérience du Burkina Faso, il convient donc, que le processus communautaire de

sélection des indigents, soit dynamique et adaptatif, et aussi soutenu par une communication sociale lors du passage à plus grande échelle avec l'assurance maladie universelle pour laquelle l'État burkinabé s'engage à payer pour les indigents.

D'autres réflexions permettraient à travers les quelques voies que la présente étude a tenté de tracer, de bonifier les connaissances sur une approche dynamique et adaptative de sélection des indigents pour une prise en charge adéquate de cette cible et pour plus d'équité des systèmes de santé d'autant plus que, le contexte est plus marqué d'une part par une instabilité socio-politique et d'autre part par une insécurité grandissante entraînant des déplacements de population.

### Remerciements

Tous nos remerciements à l'endroit des autorités du Ministère de la santé du Burkina Faso, aux différentes parties prenantes du processus de sélection communautaire des indigents.

### Conflit of Intérêts

Tous les auteurs déclarent qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

### Références

- Atchessi N. (2017). Recours aux soins de santé des indigents et des personnes âgées en Afrique de l'Ouest: cas du Burkina Faso et du Nigeria: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/19257>
- Bernard Hours. (2001). Systèmes et politiques de santé: de la santé publique à l'anthropologie, Paris, Karthala. Cahiers d'études africaines [En ligne], 201 | 2011, mis en ligne le 05 mai 2013, consulté le 15 juin 2021.
- Criel B., Samba B.A., Kane F., Noirhomme M., Waelkens MP. (2010). Une expérience de protection sociale en santé pour les plus démunis: Le fonds d'indigence de Dar-Naïm en Mauritanie. Antwerp, ITG Press.
- Damschroder L., Aron D., Keith R., Kirsh SR, Alexander AJ, Lowery JC. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci* 4, 50 DOI :10.1186/1748-5908-4-50.
- Deville C, Escot F, Ridde V, Touré L. (2018). Les processus d'identification des plus pauvres à l'épreuve du terrain: une comparaison Bénin-Mali-Sénégal. APAD Roskilde University, Denmark.
- Drabo KM., Sondjo G., Hien H., Tinto H., Traoré M., Valéa I., et al. (2015). Prise en charge communautaire du paludisme chez la femme enceinte au Bénin, au Burkina Faso et en Gambie. *Global Health Promotion* 2013 20 :10; Vol 20 DOI: 10.1177/1757975912462417.
- Dyer, W.G. Jr., Wilkins, A. L. (1991). « Better stories, not better constructs, to generate better theory: a rejoinder to Eisenhardt », *Academy of Management review*, Vol.16, n°. 3, pp. 613-619.
- Eisenhardt, K.M. (1991). Better Stories and Better Constructs: The Case for Rigor and Comparative Logic, *Academy of Management Review*, Vol.16 n°3, pp. 620-627.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I. & Shaw, L. L. (1995). *Writing Ethnographic Fieldnotes*, Chicago-London, University of Chicago Press.
- INSD (2015). Enquête multisectorielle continue 2014: Profil de pauvreté et d'inégalités Ouagadougou, Burkina-Faso.
- INSD, ICF International. (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina-Faso 2010. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.

- Ipr. (2004). *Projet fonds d'équité: premier rapport et discussions successives. Etude de faisabilité dans la Zone de Santé Rurale de Bokonzi, Dongo, RDCongo*: Institut pour la promotion rurale.
- Jhabvala R. et Guy S. (2011). *Le ciblage des politiques sociales indiennes: entre inefficacité et iniquité. Alternatives sud*, vol. 18-2011 / 141.
- Kaddar M., Stierle F., Schmidt-Ehry B., Tchicaya A. (2000). *L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne*. In: *Tiers-Monde*, tome 41, n°164.
- Kalavakonda V., Groos N. et Karasi JC. (2007). *Mid-term evaluation of the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria 5th Round Project on Health Systems Strengthening*. Rwanda.
- Kohn L., Christiaens W. (2012). *L'utilisation des méthodes qualitatives dans les études du KCE. Method*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Report 187B. D/2012/10.273/67.
- Kottak C. (2006). *Mirror for Humanity*. McGraw-Hill, New York. ISBN 978-0-07-803490-9.
- Kouanda S., Traoré A., Kankouan J. (2009). *Evaluation du processus d'identification des ménages bénéficiaires dans le cadre de l'opération emergency response to high food prices in Burkina Faso main cities*. Burkina Faso – EMOP 10773.0.
- Lafaye G.C. (2014). *La domination sociale dans le contexte contemporain. Recherches sociologiques et anthropologiques* DOI: 10.4000/rsa.1203.
- Lecestre-Rollier B. (2015). *Les solidarités familiales au Maroc: permanences et changements*, *Mondes en développement*, 2015/3 (n° 171), p. 51-64. DOI: 10.3917/med.171.0051.
- Lemieux, V. (2002) *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- Lienard G. et Mangez E. (2015). *Régimes d'action et rapports de pouvoir. Vers un approfondissement de la théorie bourdieusienne de la domination? Recherches sociologiques et anthropologiques*. DOI: 10.4000/rsa.1435.
- Mary W.K., Klaus B., Bunnak P., Samnang B, Louise B et al. IDPoor. (2018). *a poverty identification programme that enables collaboration across sectors for maternal and child health in Cambodia*. *BMJ* ;363: k4698.
- Men C. et Meessen B. (2008). *Community Perceptions of Pre-identification Results and Methods in Six Health Equity Fund Areas in Cambodia*. In *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao PDR*. Antwerp: ITGPress.
- Moore GF., Audrey S., Barker M., et al. (2015). *Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance*. *BMJ*, 350, h1258.
- Morestin F., Grant P. et Ridde V. (2009). *Criteria and processes for identifying the poor as beneficiaries of programs in developing countries*. Montreal, CRCHUM: <http://www.equitesante.org/equity-of-access-to-healthcare/>.
- Olivier de Sardan. (1995). *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Marseille: APAD; Paris, Karthala, Éditeur, 1995, 221 pp Collection: Hommes et société.
- Olivier de Sardan Jean-Pierre. (2001). *Les trois approches en anthropologie du développement*. In: *Tiers-Monde*, tome 42, n°168. *Anthropologie du développement, fiscalité, géographie industrielle, éducation* DOI: <https://doi.org/10.3406/tiers.2001.1546>
- Olivier de Sardan, J.-P. (1990). *Sociétés et développement* », in D. FASSIN & Y. JAFFRÉ, *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses: 28-37.

- Pasquier-Doumer L., Lavallée E., Olivier A. et al. (2009). Cibler les politiques de lutte contre la pauvreté dans les pays en développement? Un bilan des expériences. *Revue d'économie du développement*, Vol. 17.
- Pfadenhauer, L. M., Mozygemba, K., et al. (2015) Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*. 2015, 109(2), 103-114. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.01.004>.
- Pfadenhauer, L.M., Mozygemba, K., et al., (2015): Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109 (2). pp. 103-114. ISSN 1865-9217 <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2015.01.004>.
- PNUD. (1999). *La lutte contre la pauvreté en Afrique subsaharienne*. Paris, Economica.
- Raimondeau, J., Bréchat, P., Huteau, G., Marin, P. & Naty-Daufin, P. (2020). *Manuel de santé publique*. Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.raimo.2020.01>
- Rathwell, T. (1998). *Implementing Health Care Reform: A Review of Current Experience* », in R. B. Saltman, J. Figueras & C. Sakellarides (eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham Philadelphia, Open University Press: 385-399.
- Ridde, V. et Jacob J. P. (2013). *Les indigents et les politiques de santé en Afrique. Expériences et enjeux conceptuels*. Louvain-La-Neuve, Academia-L'Harmattan s.a; 478p.
- Ridde, V., Bonnet, E., Nikiema, A, Kadio, K. (2010). A spatial analysis of a community-based selection of indigents in Burkina Faso. *Global Health Promotion* DOI: 10.1177/1757975912462417.
- Ridde, V., Yaogo M., Kafando Y., Kadio K., Ouédraogo M., Sanfo, M, et al. (2011) "Challenges of Scaling Up and of Knowledge Transfer in an Action Research Project in Burkina Faso to Exempt the Worst-off from Health Care User Fees. *BMC International Health & Human Rights* 11(Suppl 2): S9.
- Saetren, H. (2014). Implementing the third-generation research paradigm in policy implementation research: An empirical assessment. *Public Policy and Administration* 105. <https://doi.org/10.1177/0952076713513487>.
- Serge B. P., Perrenoud. (2016). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant. L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne] <http://journals.openedition.org/osp/4894>.
- SERSAP. (2014). *Mise en œuvre et suivi d'un processus communautaire de sélection des indigents dans huit districts sanitaires au Burkina-Faso. Guide méthodologique du processus de ciblage*. Document de travail, Ouagadougou, Burkina-Faso.
- Stephen D., Edoardo M., Rachel S-W., Michael S., Althea-Maria R., Dilf L. (2017), The targeting effectiveness of social transfers, *Journal of Development Effectiveness*, 9:2, 162-211, DOI: 10.1080/19439342.2017.1305981.
- Tremblay MC., Parent AA. (2014). Reflexivity in PHIR: Let's have a reflexive talk! *Canadian Journal of Public Health*, 105.
- Valéry Ridde. (2011). « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines* [En ligne] <http://journals.openedition.org/etudesafricaines/16603>; DOI: [https://doi.org/10.4000/Etudes\\_africaines.16603](https://doi.org/10.4000/Etudes_africaines.16603).
- Waelkens M. (2007). *Assessment of the Community Health Fund in Muheza, Tanga Region, Tanzania*. Institute of Tropical Medicine. Antwerp.
- WHO (2010). *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Geneva. WHO publications.
- World Bank. (2014). *Where have all the poor gone?* <http://documents.worldbank.org/ACS45450>.

© 2023 SIDIBE et al., licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

**Publisher's note**

*Bamako Institute for Research and Development Studies Press* remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations.