

SANTÉ ET ÉPIDÉMIES - SAHEL

Mauritanie, Mali, Niger : comment améliorer l'accès à la santé sexuelle et reproductive

Les programmes de santé sexuelle et reproductive ignorent trop souvent les ressources endogènes dont peuvent bénéficier les femmes et les adolescentes. Pourtant, ils pourraient utiliser les normes sociales positives, inciter les usagères à manifester leurs besoins et impliquer des agents de santé locaux. Ce qui améliorerait leur efficacité.



© Alexandre Sessime/Iwaria

AÏSSA DIARRA Malienne, médecin, anthropologue de la santé, chercheuse et responsable du pôle santé au Lasdel (Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local), Aïssa Diarra a vu son projet sélectionné en 2020 par la Croix Rouge française et l'Agence française de développement qui ont financé ses recherches au Mali, en Mauritanie et au Niger.

Les contextes et enjeux humanitaires et sociaux

Au Mali, en Mauritanie et au Niger, la santé sexuelle et reproductive des femmes est un défi permanent. Le taux de fécondité compte parmi les plus élevés au monde, la contraception est peu pratiquée (par moins de 17% des femmes mariées entre 15 et 49 ans) (1,2,3) et la mortalité maternelle reste très importante (300 décès pour 100.000 naissances vivantes). A cela s'ajoutent les mariages précoces et les avortements clandestins, les dysfonctionnements structurels du système de santé, et les difficultés que rencontrent les femmes et les adolescentes à y accéder, empêchées par des normes sociales de genre qui transcendent les générations.

Face à cette situation, bien des initiateurs de projets de développement revendiquent la nécessité de travailler avec les acteurs locaux, puisque ces derniers ont une connaissance pertinente des réalités et des problèmes qui les entourent. Mais ils proposent trop souvent de les inclure selon des modalités prédéfinies et sans les consulter.

1. AGIR PF, 2018, *Stratégie innovante pour accroître l'adhésion à la planification familiale (PF) en Mauritanie, résumé du projet N°10 avril 2018.*

2. *Enquête démographique et de santé (EDSM-VI) Mali, 2018.*

3. *Annuaire des statistiques sanitaires du Niger par district du Niger, Année 2016*

Les objectifs de la recherche

L'objectif principal est d'examiner les stratégies endogènes qui pourraient constituer des leviers pertinents permettant d'améliorer l'accès et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive au Mali, en Mauritanie et au Niger, notamment en termes de qualité des soins et de réduction des inégalités liées au genre. La prise en compte des stratégies endogènes et des innovations locales dans les interventions de santé publique et humanitaire est essentielle pour améliorer l'offre de santé. Les réformes ont plus de chances de réussir et d'être pérennes lorsqu'elles écoutent les acteurs locaux et s'appuient de façon significative (et pas seulement cosmétique) sur leurs connaissances profondes du terrain et des contraintes de mise en œuvre des projets.

Les soutiens scientifiques

Brahima A. Diallo, anthropologue, chercheur au Centre de Recherche médicale en Gambie. Il a participé à l'enquête exploratoire en Mauritanie pour valider l'approche méthodologique des enquêtes approfondies, réalisé les travaux de recherche au Mali et produit le rapport pays de l'étude.

Zakarai Amar, sociologue, spécialiste des secteurs sociaux, Directeur du Centre d'études et de recherches en matière de gouvernance (Nouakchott, Mauritanie) Il a organisé et participé à l'enquête exploratoire en Mauritanie pour valider l'approche méthodologique des enquêtes approfondies, réalisé les travaux de recherches en Mauritanie et produit le rapport pays de l'étude.



Comment les normes sociales et religieuses peuvent-elles être utilisées au bénéfice de la santé sexuelle et reproductive des femmes ?

Des normes sociales qui encadrent la fécondité...

On observe principalement trois cas dans la vie des femmes où la société recommande de ne pas avoir des enfants :

- avant le mariage. Une épouse est plus honorée et son mariage valorisé quand l'union précède l'arrivée d'un enfant.
- pendant l'allaitement. Il est mal vu qu'une femme qui donne le sein retombe enceinte, et son lait est considéré comme impropre.
- après un grand nombre de naissances. « Visiblement fatiguée », la mère de plusieurs enfants « devrait se reposer ».

Selon cette régulation sociale de la fécondité, la notion de grossesse non désirée n'a pas de sens au sein des couples. Pour une femme mariée, l'annonce d'un bébé non attendu est socialement une « bonne surprise ». Comme l'explique l'anthropologue Yannick Jaffré, « pour les acteurs, il ne s'agit pas véritablement de choix ou de décision, mais plutôt, d'une certaine manière, de « ne pas s'opposer à », de « ne rien faire contre » (...). »

⁽¹⁾ D'autres arguments d'ordre économique interviennent aussi, tel le fait de considérer une progéniture nombreuse comme une meilleure assurance vieillesse.

... et qui compromettent le principe d'autonomisation promu par les projets

Les experts partent du principe que c'est en renforçant l'autonomie des femmes et des filles, que celles-ci seront plus à même d'avoir leur propre perception des programmes de santé et d'y adhérer librement lorsqu'elles le souhaitent. Toutefois, la perception même de la notion d'autonomie est souvent source de malentendus entre les initiateurs de projets et les communautés locales. Pour certaines femmes, l'autonomie signifie d'abord l'indépendance économique par le travail rémunéré :

« Pour nous l'autonomie c'est avoir la liberté de faire le petit commerce ou business. » (FG Femmes, Tanout, Niger)

Ces interprétations de la notion d'autonomie ne favorisent pas l'accès des femmes aux processus de décision, comme le prescrivent les projets. Même si elles travaillent et contribuent financièrement aux dépenses de santé, leur parole reste dominée par celle des hommes et des aîné(e)s, notamment quand il s'agit de fécondité.^(2,3) Ce qui ne les empêche pas de développer des stratégies parallèles lorsque le besoin d'en fait sentir. Impliquer les adolescentes n'est pas chose plus aisée. L'autonomisation devrait en faire des actrices à part entière dans la mise en œuvre des projets qui leur sont destinés, et non simplement des cibles. Mais, une fois encore, cette ambition se heurte aux contextes sociaux et culturels.

La question de l'individualisation en Afrique est déjà complexe.⁽⁴⁾ Elle l'est plus encore lorsqu'il s'agit des adolescentes. Leur statut ne correspond pas à la vision occidentale habituelle. D'ailleurs, le plus souvent, l'existence même d'un tel statut n'est pas reconnue socialement, surtout en milieu rural, et les jeunes filles ne sont pas supposées être capables d'agir de façon autonome (ce qui, bien évidemment, ne préjuge pas de leurs propres stratégies effectives.) Ce qui va de soi en occident ne va plus de soi ailleurs, là où les coutumes, la religion et l'idéologie patriarcale imposent d'autres valeurs.

Malgré tout, il est possible d'utiliser des dynamiques endogènes pour améliorer l'efficacité des projets sanitaires et humanitaires.

À partir des normes sociales positives. Toutes les normes sociales qui encadrent la vie des femmes et des adolescentes ne génèrent pas « des pratiques néfastes » pour la santé. Certaines sont positives, et peuvent être pertinentes pour apporter des réponses adéquates aux « besoins socialement exprimés » de contraception. Par exemple, la peur des parents que leurs filles soient enceintes avant d'être mariées peut être une voie pour faire accéder celles-ci aux moyens contraceptifs. La nécessité de prendre en charge les personnes âgées doit aussi être entendue et susciter une réflexion pour trouver des alternatives à une nombreuse progéniture.

À partir de l'organisation des soins curatifs et préventifs. Les séances d'éducation pour la santé lors des CPN peuvent être un cadre d'échanges sur des thématiques rarement débattues entre usager(e)s et professionnels de la santé. Cependant, de tels cadres doivent être organisés dans des conditions permettant de vrais débats. Ils pourraient porter sur la « grossesse surprise », la sexualité cachée des jeunes filles, les problèmes liés aux contraceptifs, l'infertilité, les avortements spontanés/provoqués, les femmes et jeunes filles vulnérables...

À partir des pratiques collatives des agents de santé. En dépit des obstacles inhérents aux contextes locaux, des programmes verticaux arrivent parfois à atteindre certains des objectifs fixés. Cependant, ces

succès restent très localisés, fragiles et sont liés au travail d'adaptation et d'innovation des « réformateurs d'en bas », au croisement des directives globales et des réalités locales. Par exemple, le personnel d'un centre de santé rural au Niger a désigné deux agents (un homme et une femme) qui ont de bons rapports avec les jeunes pour améliorer leur accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

1. Jaffré Y., 2012, *Fécondité et contraception en Afrique de l'ouest : une contribution anthropologique*, Paris, Faustroll Clauway.

2. Diarra A. & Olivier de Sardan, 2016, *Au Niger les femmes en première ligne*, Le Monde Diplomatique.

3. Moussa H., 2012, *Entre absence et refus d'enfant. Socio-anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger, Bamako, La Sahélienne*.

4. Marie, A. (dir.), 1997, *L'Afrique des individus. Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey), Paris, Karthala*.

Taux de prévalence contraceptive

Moins de 17%

C'est la proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans qui utilise une méthode contraceptive quelconque au Mali, au Niger et en Mauritanie

Quelles réactions face aux normes sociales et aux règles des programmes sanitaires ?

Le socio-économiste Albert Hirschman⁽¹⁾ a défini trois réactions possibles des acteurs face aux normes sociales et aux règles des programmes sanitaires et humanitaires. La première, la défection, traduit une indifférence ou un désaccord avec les règles. La deuxième, la protestation, conduit à entrer en conflit avec les règles. La troisième, la loyauté, amène à adhérer aux règles. A ces réactions, on doit ajouter une quatrième, le contournement.⁽²⁾ Ces constats induisent un certain nombre de questions : quelles sont les situations où les acteurs/actrices montrent une loyauté envers les règles et pourquoi ? Comment limiter les contournements ou les amener à jouer un rôle positif ? Comment les protestations peuvent être un facteur d'amélioration ? Comment articuler ces diverses réactions aux programmes de santé sexuelle et reproductive ?

1. Hirschman A., 1970, *Exit, voice and loyalty: responses to decline in firms, organizations and the state*, Cambridge, Mass: Harvard UP.

2. Olivier de Sardan J-P, 2021, *La revanche des contextes, Des mésaventures de l'ingénierie sociales, en Afrique et au-delà*, Paris, Karthala.

Les limites des résultats

Les résultats de la recherche auraient été plus robustes si nous avions pu enquêter sur le rôle des agents des sociétés nationales de la Croix-Rouge. Leur implication dans les interventions visant à améliorer les services de santé sexuelle et reproductive ainsi que les stratégies qu'ils mobilisent pour atteindre les objectifs auraient été d'un grand apport pour la recherche que nous menons depuis plusieurs années sur les innovations endogènes.



Une approche participative

La recherche a impliqué un grand nombre d'acteurs durant toutes ses étapes. Elle s'est déroulée dans le cadre du « Programme Régional Genre Santé Sahel (PROGRESS) » mis en place par la Croix Rouge française, dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile de la santé sexuelle et reproductive et de la Planification Familiale des populations de trois zones de trois pays différents : une zone urbaine (le district de Bamako, au Mali) et deux zones rurales (les régions du Gorgol, en Mauritanie, et de Zinder, au Niger). Une partie de la recherche a été consacrée à la population résidente de ces trois zones (ménages, mères, adolescentes, organisations communautaires) afin de sonder précisément l'influence du genre parmi les multiples déterminants des « parcours de soins » et des représentations de la santé et des soignants. Une autre partie de la recherche a été menée auprès des professionnels de la santé et agents des ONGI pour identifier les facteurs qui influent sur leurs perceptions et pratiques.

Méthodes et sources de données

Cette étude a été réalisée au Mali, en Mauritanie et au Niger en 2020 et 2021. Elle a été menée selon une méthodologie qualitative utilisant les techniques de triangulation, d'insertion prolongée, d'entretiens individuels semi-directifs, de focus group, d'études de cas et d'observations ciblées dans les formations sanitaires et en communauté.

Plus concrètement, nous avons procédé à :

- Une revue de la littérature en sciences médicales et en sciences sociales permettant l'analyse comparative entre les pays ;
- Une enquête collective à visée exploratoire réalisée en Mauritanie ;
- Des enquêtes approfondies menées dans chaque pays.



Aïssa Diarra :
« Répondre aux modèles standardisés »

Les résultats de votre enquête vont à contre-courant des présupposés habituels puisqu'ils montrent que le poids de normes culturelles n'est pas forcément un frein au progrès de la santé des populations. Était-ce une intuition de départ ou l'avez-vous découvert au cours de vos travaux ?

Aïssa Diarra : Effectivement, rien n'est toujours négatif dans une culture. Affirmer le contraire est scandaleux. Cependant notre idée de départ était de s'intéresser aux stratégies endogènes mobilisées par les acteurs locaux pour adapter les « modèles-voyageurs » des programmes de santé, ces modèles standardisés conçus pour être appliqués dans différents endroits du monde. C'est en travaillant sur cette adaptation avec des collègues au Niger au sein du LASDEL⁽¹⁾, mais aussi au Mali et en Mauritanie que nous avons constaté qu'il existait des normes et des pratiques culturelles qui pouvaient être utilisées au bénéfice des femmes. Nous l'avons découvert au détour du terrain... Cette piste de recherche est peu explorée alors qu'elle peut être particulièrement féconde pour un travail de prise en compte des réformes endogènes au renforcement des systèmes de santé des pays du Sud.

Comment la Croix-Rouge peut-elle mettre ces découvertes à profit ?

A.D. : Le concept des stratégies endogènes doit donner lieu à un dispositif flexible s'adaptant à la diversité des contextes, sinon ce serait faire un nouveau « modèle-voyageur ». Les modèles voyageurs sont utiles mais pas suffisants pour améliorer l'offre de santé dans le monde du développement. En revanche, les résultats de cette recherche débouchent concrètement sur la création d'un module de formation à destination des agents de santé et des acteurs des ONG sur place. Un module qui s'oppose à la formation standardisée. Nous avons produit une note conceptuelle pour cette nouvelle formation qui doit être prochainement mise en place au Niger avec la Croix-Rouge du Niger.

¹Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local

La Fondation Croix-Rouge française est une fondation reconnue d'utilité publique dédiée à la recherche dans les champs de l'action humanitaire et sociale. Elle porte la volonté de la Croix-Rouge française de promouvoir la connaissance scientifique, la réflexion éthique et l'innovation sociale pour faire avancer l'action au service des plus vulnérables.

La série « Pratiques & Humanités » de la Fondation Croix-Rouge française synthétise les travaux de recherche des chercheurs soutenus par la Fondation. Elle a pour objectif de mettre à disposition des acteurs de l'humanitaire une information scientifique de qualité et concise.

Retrouvez toutes les publications de la Fondation et abonnez-vous à la newsletter sur le site www.fondation-croix-rouge.fr

Fondation Croix-Rouge française
21 rue de la Vanne | CS 90070 | 92126 MONTRouGE CEDEX
+33 1 40 71 16 34 | www.fondation-croix-rouge.fr
contact@fondation-croix-rouge.fr



Quelles implications pour l'action humanitaire et sociale ?

Elles sont de deux ordres :

Une invitation au renouvellement des logiques d'intervention par une compréhension plus fine de ce qui se joue dans la mise en œuvre des programmes « dans la vraie vie » (les contextes locaux) et par la prise en compte des perceptions des acteurs locaux, de leurs appropriations sélectives des propositions extérieures, et surtout de leurs propres initiatives.

Un module de formation à destination des agents de terrain, élaboré à partir des résultats de la recherche avec pour objectif d'amener les participants à la formulation de « bonnes pratiques endogènes » et à une réflexion sur leurs modalités concrètes d'application afin de renforcer la performance du système de santé en matière de santé sexuelle et reproductive.

Cette idée de rechercher les stratégies endogènes est-elle devenue un axe pour vos futurs travaux ?

A.D. : C'est effectivement une idée qui fait son chemin et peut avancer à chaque nouvelle mission de recherche. Je travaille actuellement avec des collègues du Ghana, du Niger et du Burkina-Faso sur la santé sexuelle et reproductive des adolescentes et je commencerai bientôt un autre travail sur les maladies non transmissibles. Et, oui, là aussi je vais rechercher les stratégies endogènes.

Plus personnellement, comment en êtes-vous venue à travailler sur ces sujets ?

A.D. : Lors de mes stages de médecine, c'est en voyant la façon dont la chaîne de soins traitait les patients, ses mauvaises conditions et les contraintes qu'elle leur infligeait, que j'ai été entraînée vers l'anthropologie de la santé. Je voulais comprendre pourquoi on n'arrivait pas à les prendre en charge efficacement. Or l'efficacité passe par la compréhension préalable des contextes et des normes culturelles...

FONDATION
croix-rouge française

