



Des solutions endogènes pour soutenir les interventions visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive féminine au Sahel

Aïssa DIARRA*, **Brahima DIALLO****, **Zakaria AMAR*****

* Médecin et socio-anthropologue, Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (LASDEL)

** Anthropologue, MRC Unit The Gambia at LSHTM

*** Sociologue, centre d'études et de recherches en matière de gouvernance, Mauritanie

Les Papiers de la Fondation n° 52

Février 2023

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à bourses postdoctorales lancé par la Fondation Croix-Rouge française et avec le soutien financier de son partenaire, Agence française de Développement (AFD).

La Fondation Croix-Rouge française, créée sur l'initiative de la société nationale de la Croix-Rouge française, a pour vocation d'initier, de soutenir et de récompenser les projets de recherche qui mettent en perspective les principes, pratiques et finalités d'une action humanitaire en transition.

À travers des appels à bourses postdoctorales, l'attribution de prix de recherche et l'organisation d'événements scientifiques, la Fondation Croix-Rouge française vise à définir les enjeux de l'action humanitaire de demain, accompagner les acteurs et les personnes, parties prenantes de la solidarité internationale, diffuser les savoirs issus de regards croisés et stimuler le débat.

Les propos et opinions exprimés dans cet article n'engagent que son/ses auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation Croix-Rouge française.

Le contenu de cet article relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'auteur.

Il est interdit pour un usage autre que privé, scientifique ou pédagogique de reproduire, diffuser, vendre et publier intégralement ou partiellement sous quelque forme que ce soit cet article sans autorisation écrite particulière et préalable, dont la demande doit être adressée à la Fondation Croix-Rouge française.

© Tous droits réservés.

Avec le soutien de



Pour citer cet article :

DIARRA Aïssa, DIALLO Brahim, AMAR Zakaria, « Des solutions endogènes pour soutenir les interventions visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive féminine au Sahel », Fondation Croix-Rouge française, *Les Papiers de la Fondation*, n° 52, Février 2023, 31p.

Résumé (300 mots maximum)

Au Sahel, l'accès et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive pour les femmes, les mères et les adolescentes sont soumis à trois freins structurels : les écarts dans la mise en œuvre des programmes de santé, les idéologies de référence des acteurs, et enfin les crises sanitaires, migratoires, sécuritaires et économiques. La haute prévalence des mariages précoces et des avortements provoqués clandestins témoigne de l'imbrication de ces facteurs, et de formes particulières de violences faites aux femmes. Toutefois, en dépit de ces trois freins et des problèmes qu'ils engendrent, on note l'existence de solutions endogènes (SE) positifs produites sur le terrain. Cet article tend à examiner ces SE élaborées par des acteurs œuvrant à l'interface des programmes de santé et des points de délivrance des services relatifs à la santé sexuelle et reproductive féminine (SSRF) au Mali, au Niger et en Mauritanie.

À partir d'une méthodologie qualitative, nous examinons les SE dans le fonctionnement quotidien des structures sanitaires qui offrent des services de santé sexuelle et reproductive féminine à travers divers domaines : organisation des soins, ressources humaines et du matériel. En améliorant ces domaines de gouvernance, les SE contribuent fortement à une meilleure performance du système de santé.

Nous proposons *in fine* un modèle de prise en compte des SE dans les stratégies d'amélioration de l'offre de santé, la phase de validation par des experts évaluateurs devant être incontournable.

Mots-clés : solution endogène, experts contextuels, mot-clé, santé sexuelle et reproductive féminine, Sahel.

Summary

In the Sahel, access to and use of sexual and reproductive health services for women, mothers, and adolescents are subject to three structural obstacles: gaps in the implementation of health programs, the ideologies of reference of the actors, and health, migration, security, and economic crises. The high prevalence of early marriages and clandestine induced abortions testifies to the intertwining of these factors, as well as to particular forms of violence against women. However, despite these three constraints and the problems they create, there are positive endogenous solutions (ES) produced on the ground. This paper examines these ES developed by actors working at the interface of health programs and service delivery points related to women's sexual and reproductive health (SRH) in Mali, Niger and Mauritania.

Using a qualitative methodology, we examine EM in the day-to-day functioning of health facilities providing SRH services across various areas of governance: organization of care, human resources, and materials. By improving these areas of governance, M&E contribute significantly to improved health system performance.

Finally, we propose a model for integrating M&E into strategies for improving health care delivery, with the validation phase by expert evaluators being essential.

Keywords: endogenous solution, contextual experts, keyword, female sexual and reproductive health, Sahel

Liste des acronymes

AFD : agence française de développement

AGR : activités génératrices de revenus

AMIU : aspiration manuel intra-utérine

Coges : comité de gestion

Cosan : comité de santé

CPN : consultation prénatale

CPON : consultation postnatale

CSCom : centre de santé communautaire

CSI : centre de santé intégré

CSI : centre de santé intégré

C-V : commune V

DCI : dénomination commune international

DS : district sanitaire

ECD : équipe cadre de district

EI : entretien individuel

FG : focus group

FO : forfait obstétrical

GATPA : gestion active de la troisième phase de l'accouchement

HD : hôpital de district

IB : initiative de Bamako

MEG : médicament essentiel générique

ODD : objectifs pour le développement durable

OMD : objectifs du millénaire pour le développement

ONG : organisation non gouvernementale

PF : planification familiale

PROGRESS : programme régional Genre Santé Sahel

PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant

SE : solution endogène

SMI-SSR-PF : santé maternelle et infantile-santé sexuelle et reproductive-planification familiale

SONU : soins obstétricaux et néonataux d'urgence

SSP : soins de santé primaire

SSRF : santé sexuelle et reproductive féminine

Des solutions endogènes pour soutenir les interventions visant à améliorer la santé sexuelle et reproductive féminine au Sahel

Introduction

Au Mali, au Niger et en Mauritanie comme dans l'ensemble du Sahel, outre la discordance bien connue entre l'immensité des besoins et la faiblesse des moyens pour y répondre, les interventions de prise en charge de la santé sexuelle et reproductive féminine (SSRF) sont soumises à trois freins structurels : (a) le problème des écarts de mise en œuvre des programmes de santé, (b) les idéologies de référence des acteurs, et enfin (c) les crises sanitaires, migratoires, sécuritaires et économiques. La forte prévalence des mariages forcés et des avortements provoqués clandestins témoigne de l'imbrication de ces facteurs, et de formes particulières de violences faites aux femmes.

Face à ces problèmes, un grand nombre de politiques publiques de santé sont conçues et introduites partout aux quatre coins du monde du développement, par des organisations internationales publiques ou privées d'aide au développement, sous forme de modèles standardisés. Ces « modèles voyageurs »¹ sont les résultats d'expertises de type technico-social prenant peu en compte les réalités locales et les structures socio-culturelles et économiques dans lesquelles ils sont introduits. Ils relèvent d'une vision essentiellement occidendo-centrée de la bonne gouvernance, selon laquelle ce qui marche en un lieu donné marcherait ailleurs, comme si les caractéristiques communes aux pays en développement suffisaient à justifier une telle approche. Le recours aux solutions clé en main, pensées, planifiées et mises en œuvre sans tenir compte des spécificités ignore les travaux sur la mise en œuvre des politiques publiques, en particulier ceux centrés sur les « *implémentations gaps* », qui ont mis en évidence les effets inattendus et le rôle déterminant des acteurs locaux dans l'atteinte ou non des objectifs définis²³⁴⁵. Des modèles a priori maîtrisés par les concepteurs sont bien souvent, lors de leur mise en œuvre, réinterprétés, fragmentés, sélectionnés, déviés de leurs buts initiaux, autrement dit font l'objet d'un « mélange inextricable de bricolages, d'improvisations, de résignations, de résistances, de négociations, d'arrangements, de ruses et de compromis »⁶.

À l'heure des bilans, malgré les progrès observés, de fortes inégalités de santé continuent de persister entre les pays du Sud et ceux du Nord. En Afrique subsaharienne, au terme de l'échéance des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), les statistiques témoignent certes d'une baisse de la mortalité maternelle mais moins que dans les régions développées entre 1990 et 2015, soit de 45% (passant de 987 à 546 pour 100 000 naissances vivantes) contre 48% (passant de 23 à 12 pour 100 000 naissances vivantes)⁷. Le passage aux Objectifs pour le Développement Durable (ODD) n'a pour l'instant pas débouché sur une amélioration des indicateurs de santé maternelle, comme le montrent des statistiques relativement plus récentes : en 2017 l'Afrique subsaharienne présente 66% des décès

¹ Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, Aïssa DIARRA, Mahaman MOHA. Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health.

² Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN et Valéry RIDDE. *Une politique publique de santé et ses contradictions*.

³ Jacqueline IGUENANE. Implantation de programmes d'éducation thérapeutique de patients vivant avec le VIH dans quatre pays à ressources limitées. Approche évaluative.

⁴ Annita HARDON. La lutte contre l'épidémie de vih/sida en Afrique subsaharienne : les politiques à l'épreuve de la pratique.

⁵ Aïssa DIARRA. Socio-anthropologie de la prise en charge de l'accouchement au Mali.

⁶ Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN. *La revanche des contextes*.

⁷ <https://www.who.int/fr/news/item/12-11-2015-maternal-deaths-fell-44-since-1990-un>

maternels estimés dans le monde⁸. Dans cette région, les femmes ont un risque sur 12 de mourir au cours d'une grossesse ou d'un accouchement contre un risque sur 4 000 dans les pays riches. Les décès liés aux avortements contribuent de manière significative à la mortalité maternelle et constituent un grave problème de santé publique. Alors que l'Afrique compte 29% de tous les avortements à risque, ce continent affiche 62% des décès qui leur sont attribués⁹. Les difficultés d'accès aux produits contraceptifs empêchent les adolescentes d'éviter les grossesses non désirées. Le taux de natalité chez ces adolescentes d'Afrique subsaharienne avoisine 101 naissances pour 1000 femmes¹⁰. Cette situation sanitaire fait écho à de nombreux dysfonctionnements dans les services publics de santé. Le comportement au quotidien des prestataires de santé (primat de la petite corruption, mépris des usagers anonymes, absentéisme fréquent, refus des affectations en milieu rural)¹¹ détourne les populations des services de santé sexuelle et reproductive.

Ces dysfonctionnements ne doivent toutefois pas occulter les initiatives positives, en particulier les solutions endogènes (SE), comme celles émanant de certains agents de santé animés par la créativité, la débrouillardise et le souci de bien faire, malgré les grands défis que posent la complexité et la fragilité des systèmes de santé dans lesquels ils exercent. Ce sont eux qui, confrontés à la lourde tâche de la mise en place des « modèles voyageurs », cherchent à les adapter, malgré leurs ambiguïtés et parfois leurs contradictions aux réalités des contextes et trouvent des solutions dans les routines organisationnelles des structures sanitaires. Ce sont aussi eux qui, grâce à leur connaissance profonde des réalités locales, innovent afin de faire face aux contraintes supplémentaires que les interventions extérieures introduisent dans le fonctionnement des structures sanitaires. Ce sont enfin eux qui, en essayant d'appliquer la multitude de protocoles accompagnant tout nouveau programme de santé, créent des modes d'emploi appropriés compatibles avec les conditions d'exercice de leurs métiers.

Cet article examine ces SE élaborées par des acteurs qui œuvrent à l'interface des programmes de santé et des points de délivrance des services relatifs à la santé sexuelle et reproductive féminine (SSRF) au Mali, au Niger et en Mauritanie. Comment les programmes de SSRF sont-ils mis en œuvre « dans la vie réelle » des services de santé ? Comment sont gérées leurs confrontations avec d'une part les contextes de soins des formations sanitaires et d'autre part les normes socio-culturelles des communautés et leurs contraintes économiques ? Comment les SE produites par les acteurs de l'offre prennent-elles en compte les attentes des femmes ? Quels sont les effets inattendus ? Les réponses à ces questionnements dans les sections qui suivent ont pour ambition de contribuer à renforcer la prise de conscience sur l'importance de la « perspective par le bas » dans la résolution des problèmes de santé des pays du Sud. Nous pensons que les réformes ont plus de chance d'être pérennes et efficaces lorsqu'elles reposent sur une combinaison judicieuse de SE et exogènes ; cela concerne la conception des programmes, leurs modalités de mise en œuvre ; leurs suivis et évaluations ainsi que leurs bilans finaux.

Nous entendons par solution endogène¹² toute stratégie élaborée et mise en œuvre par les acteurs locaux (experts de leurs contextes d'exercice¹³), et qui vise à résoudre les problèmes qui compromettent une délivrance des services de santé de qualité et accessibles à tous. Cette définition a une résonance avec la théorie du « développement endogène », qui apparaît au courant des années 70 en opposition au développement exogène qui montre ses limites et mésestime les capacités locales en imposant un

⁸ Évolution de la mortalité maternelle 2000–2017. Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies

⁹ OMS, 2016

¹⁰ United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects, 2019 Revision: Age-specific fertility rates by region, subregion and country, 1950–2100 (births per 1,000 women) Estimates. Online Edition [cited 2021 Dec 10]. Disponible à l'adresse : <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Fertility/>

¹¹ Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, Adamou MOUMOUNI, Aboubacar SOULEY. « L'accouchement, c'est la guerre ». Accoucher en milieu rural nigérien.

¹² *Gennân* en grec qui signifie « engendrer », « qui naît de l'intérieur ».

¹³ Nous les appellerons « experts contextuels », termes que nous empruntons à Jean-Pierre Olivier de Sardan (cf. Jean-Pierre Olivier de Sardan, *La revanche des contextes*. p.413

pilotage extérieur des options de développement et du contrôle de leur implantation¹⁴. Synonyme donc de « développement alternatif », le développement endogène fait référence à ce qui est réalisé par les collectivités elles-mêmes à partir d'une vision fondée sur des modes de développement différents des modernités occidentales et basée sur la reconnaissance et les capacités internes¹⁵. Cette acception a été depuis longtemps exprimée par Oscar Pino Santos :

« Cette théorie a marqué rapidement de nombreux points, tout particulièrement et de façon immédiate par sa critique des courants s'inspirant des « étapes de croissance » qui, conformément au catch up du modèle imitatif, proposaient de copier la trajectoire des sociétés capitalistes développées et de les rattraper : objectif fermement récusé en raison de son caractère présomptueux, pseudo-scientifique et même historiquement irréalisable. La théorie du développement endogène, dans la plus riche de ses expressions, s'est prononcée aussi non seulement contre la dépendance, mais également en faveur d'une stratégie interne de développement fondée sur la mise en valeur maximale des ressources propres à chaque pays, orientée vers la satisfaction des besoins essentiels de leur population. »¹⁶

Dans le sillage de cette approche développementiste, au croisement des sciences de l'économie et de la géographie, les études sur les dynamiques territoriales mettent l'accent sur l'espace comme cadre matériel de déploiement tout en y incluant l'humain. Cette double dimension spatiale et humaine est conceptuellement reliée au développement endogène et appréhendée par de nombreux travaux^{17 1819}, le plus souvent au niveau micro (ville, localité, district sanitaire, communautés locales, entreprise, établissements de services publics et privés de santé, etc.) ou tout au plus méso (pays, gouvernement, ministères, communautés régionales, ONG humanitaires).

Dans la même veine, on peut citer les analyses sur les savoirs endogènes ou « savoirs localisés » pour reprendre l'expression utilisée par Lazare Séhouéto²⁰ qui propose une définition selon laquelle « (...) dans le domaine agricole, les paysan(ne)s produisent et/ou adoptent continuellement de nouveaux savoirs qu'ils soumettent, dans leur expression et dans leur diffusion, à des schèmes cognitifs et culturels spécifiques, à des logiques sociales propres. »²¹. L'endogénéité des savoirs ne signifie pas qu'ils sont pour autant coupés des systèmes de sens de nature exogène, ils relèvent de connaissances pratiques, et leurs rationalités sous-jacentes sont « (...) très variables. Certaines sont d'ordre plus « techniques », d'autres sont d'ordre plus magico-religieux ». Mais toutes relèvent d'une démarche populaire fondamentalement pragmatique »²². Certains ont alors avancé le terme de développement néo-endogène pour marquer la reconnaissance de l'influence positive, maîtrisée de facteurs exogènes dans l'émergence des savoirs locaux²³. Mais la perspective du développement par le bas ne s'est pas intéressée, comme nous le faisons, aux SE à l'intérieur des services publics et en particulier au sein des services de santé. Pourtant ces SE existent, mais restent ignorées par l'action publique transnationale et nationale. Les rapports de pouvoir restent toujours fortement inégalitaire, la détermination des besoins et des orientations stratégiques des réponses demeure sous le contrôle d'un « extérieur » qui a des difficultés à être moins dirigiste face à un « intérieur » suiviste. Nous illustrerons ce constat à travers l'analyse de trois orientations stratégiques qui

¹⁴ Bill SLEE. Endogenous development; a concept in search of a theory.

¹⁵ Kun ZHANG, Hailin SHANG. The endogenous development of pastoral society: an anthropological case study in East Ujimqin Banner in Inner Mongolia.

¹⁶ Oscar PINO SANTOS. Développement endogène et Nouvel ordre économique international : genèse, situation actuelle et perspectives. p.221-242.

¹⁷ Lê Thành KHOI. Culture et développement.

¹⁸ Lazarus RAMANDEI. Endogenous development approach in development customary territories in Papua province (a critical theory).

¹⁹ Charles MOUMOUNI, Carole NKOA. Le double langage du NEPAD.

²⁰ Lazare SEHOUETO. Savoirs agricoles localisés et production vivrière en Afrique subsaharienne.

²¹ Idem. p.129

²² Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN. *Anthropologie et développement*. p.145

²³ Jane ATTERTON, Robert NEWBERY, Gary BOSWORTH, Arthur AFFLECK. Rural enterprise and neo- endogenous development.

ont marqué l'évolution des politiques publiques de santé dans les pays à faibles revenus : les soins de santé primaires (SSP), l'Initiative de Bamako (IB) et les exemptions ciblées de paiements des soins essentiels.

Fondée sur l'idéologie de l'universalisme des soins, la stratégie des SSP part du principe selon lequel le droit à la santé pour tous devait être garanti avant l'an 2000²⁴. Les SSP font la promotion d'une vision globale de la santé, apportant une importance égale aux activités curatives, de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire. Concrètement, elle a constitué la pierre angulaire du développement des systèmes de santé avec pour objectif principal d'étendre à toutes les populations les soins de santé essentiels à un coût abordable. Les États, amenés à assurer le financement de leur système de santé, devaient par conséquent jouer un rôle central dans la délivrance des services, avec comme exemple de réussite les performances chinoises et cubaines pionnières en la matière²⁵. Nous avons assisté alors à une augmentation des dépenses publiques de santé devant permettre un accès gratuit aux services de santé. Sur le plan opérationnel, la stratégie des SSP apportait une réforme dans l'organisation des soins axée d'une part sur une approche multisectorielle liant les problématiques de santé à celles d'autres secteurs tels que l'agriculture, l'élevage, le système éducatif, etc. ; et d'autre part l'intégration des activités curatives, préventives et promotionnelles de la santé. Outre l'implication des États, la participation des communautés devait être effective notamment dans les instances de décision. Cependant, cet élan fut freiné par la crise économique durant la décennie 1980, qu'ont connu les pays en développement confrontés au poids de la dette extérieure. Ces derniers ont été contraints de réduire de façon drastique le financement de leurs systèmes de santé et ont été soumis aux programmes d'ajustements structurels mis en place par le Fond Monétaire Mondial avec des conséquences catastrophiques sur la délivrance des soins. Outre cette baisse significative de l'apport financier étatique, qui a largement contribué à l'échec de cette politique, plusieurs auteurs mettent en cause deux autres facteurs : l'absence de stratégies opérationnelles pour mettre en œuvre les programmes de SSP, et le fait que les enjeux sociaux et politiques aient été largement sous-estimés²⁶. On notera le rôle passif des communautés dans leur majorité, les comités villageois mis en place ne servant qu'aux intérêts des élites locales.

Avec l'Initiative de Bamako (IB) dans les années 1990, l'accent a été mis sur le « recouvrement des coûts », un mécanisme associé à la participation communautaire et au financement des formations sanitaires, avec en filigrane la réduction du rôle de l'État. Cette politique devait redynamiser la politique des SSP. Techniquement, elle était fondée sur une subvention des États et de leurs partenaires pour soutenir les structures sanitaires de base communautaire, pour la constitution d'un stock initial de médicaments essentiels génériques (MEG), dont le renouvellement devait être assuré par les paiements des usagers. Outre leur participation au financement de la santé, les communautés devaient être impliquées dans la gestion des fonds avec les comités de gestion (Coges). Ces derniers sont constitués d'acteurs communautaires ayant pour cahier des charges d'assurer la vente des MEG aux usagers avec une marge bénéficiaire. Les bénéfices de la vente et les paiements pour les soins effectués par les usagers devaient permettre de racheter le stock initial de médicaments, et d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services offerts. Ce mécanisme de paiement direct par les usagers indique une remise en question de l'État providence et met en avant la responsabilité des populations dans la résolution de leurs propres problèmes de santé.

Les évaluations de l'IB ont montré que, si elle a impulsé une certaine valorisation de la participation des communautés au fonctionnement du système de santé, l'accès des populations les plus pauvres aux SSP

²⁴ World Health Organization (WHO). Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care,.

²⁵ Stéphane TIZIO. Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle.

²⁶ Pierre FOURNIER, Slim HADDAD, Pascale MANTOURA. Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement : l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique.

a cependant été compromis²⁷. Les dispositifs d'exemptions n'ont pratiquement pas fonctionné en raison des difficultés du ciblage des bénéficiaires et de l'absence de mesures concrètes de financements.^{28 29}

Enfin, les politiques de gratuité ciblée des soins ont été introduites au début des années 2000 pour répondre principalement aux problèmes d'accès aux services de santé liés à la barrière financière. Elles se basent sur les constats suivants : (a) le contexte de pauvreté grandissante et l'incapacité des ménages à faire face aux dépenses de santé et donc la difficulté d'accéder aux services publics de santé ; (b) les échecs du système fondé sur l'IB à réduire les iniquités d'accès aux soins (entre pauvres et riches, entre milieu rural et urbain) et à améliorer la couverture sanitaire ; (c) la difficile atteinte des OMD malgré les efforts consentis.

Le début des années 2000 a ainsi vu la mise en place de systèmes d'exemption de paiement (partiel ou intégral) dans les points de service au bénéfice de certaines catégories de populations dites vulnérables (enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes en particulier). Les taux élevés de mortalité maternelle et infantile ont été les arguments forts qui ont déterminé le ciblage des enfants et des femmes en âge de procréer comme bénéficiaires des programmes de réduction/suppression des barrières financières. Les services particulièrement concernés sont : les CPN, les accouchements, la PF, les vaccinations et le traitement des maladies des enfants.

Toutefois, ces mesures de gratuité/subvention sectorielle, très ou trop rapidement mises en œuvre, ont montré leurs limites. Si elles ont permis de lever ou d'amoindrir la barrière financière pour un grand nombre des bénéficiaires ciblés en favorisant l'utilisation massive des structures sanitaires, cet effet de masse s'est progressivement estompé au fil des années en raison de l'accumulation de nombreux dysfonctionnements qui ont jalonné la mise en œuvre : la précipitation dans la mise en place du dispositif, l'impréparation des formations sanitaires, les retards de remboursement par l'État, la non-disponibilité des médicaments sont les principaux goulots d'étranglement relevés par les études³⁰. En outre, on a observé la faible adhésion des agents de première ligne, acteurs de « l'intérieur », en raison de leur non-implication dans la conception et la mise en place des mesures.

Néanmoins, malgré ces échecs, le principe du développement à partir du bas s'inscrit de plus en plus dans les politiques publiques internationales. À ce titre, « Ne laisser personne pour compte » (« *Leave no one behind* »), slogan lié à l'un des principes qui orientent les stratégies d'action dans l'agenda 2030 relatif aux objectifs de développement durable (ODD), illustre clairement les engagements de la communauté internationale à lutter contre l'exclusion et la discrimination. L'opérationnalisation d'un tel principe repose sur la participation effective et libre de tous les individus ou groupes d'individus à tous les niveaux. Cela s'est concrétisé sur le terrain par l'engouement pour l'approche participative à travers les termes de « implication des parties prenantes », et de « coproduction des interventions ». Désormais, aucune démarche de recherche, aucun projet de développement ne peut être envisagé sans cette implication des parties prenantes, de la conception à l'évaluation en passant par la détermination des outils, la planification et le processus de mise en œuvre (on parle aussi d'évaluation participative). Cette approche est devenue l'une des conditionnalités des bailleurs de fonds. Toutefois, le concept même de « parties prenantes »³¹ (« *stakeholders* ») et son application réelle sont source de problèmes. Plusieurs auteurs appartenant à des disciplines diverses mettent en avant : une difficile identification des parties prenantes ; des confusions au niveau de l'appartenance des individus aux groupes, certains individus pouvant appartenir à plusieurs groupes ; les asymétries de pouvoirs ; la confrontation d'intérêts

²⁷ Valéry RIDDE. *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest - Au-delà des idéologies et des idées reçues*.

²⁸ Valéry RIDDE, Jean-Pierre JACOB dir. *Les indigents et les politiques de santé en Afrique, Expériences et enjeux conceptuels*.

²⁹ Hara HANSON, Eve WORRALL, Virginia WISEMAN. Targeting services towards the poor: A review of targeting mechanisms and their effectiveness

³⁰ Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, Valéry RIDDE dir. *Une politique publique de santé et ses contradictions*.

³¹ La définition de référence la plus courante est celle de Freeman citée par Mercier (2001 :3) : « une partie prenante est un individu ou groupe d'individus qui peut affecter ou être affecté par la réalisation des objectifs organisationnels » (Freeman, 1984 :46).

divergents ; le clientélisme ; des interprétations diverses et parfois contradictoires du projet et/ou de ses objectifs, etc.³²³³³⁴³⁵³⁶. Si la plupart de ces travaux mettent l'accent sur les différents problèmes relatifs à la participation des « parties prenantes internes », finalement très peu d'entre eux rendent compte de leurs stratégies réelles. Les parties prenantes sont souvent présentées comme des groupes passifs, subissant plus les effets des projets qu'ils n'en sont des acteurs actifs.

Nos analyses vont à contre-courant de cette tendance. Nous soutenons la thèse selon laquelle certains acteurs locaux et plus précisément ceux qui, parmi les agents de terrain, produisent des SE, sont particulièrement importants, parce qu'ils « *partent des contraintes quotidiennes, et tentent de faire bouger les lignes, d'apporter quelques améliorations réalistes, qui peuvent apparaître comme minimales vues d'un ministère (et plus encore vues de Genève ou de Washington), mais qui sont néanmoins des pas en avant à l'échelle d'un service, d'une commune, d'un dispensaire, d'un collège* »³⁷. Cette thèse fait écho aux réflexions que Jon Daane et ses collaborateurs ont tenues à propos des marges de manœuvre des paysans du Bas Bénin face aux programmes de développement agricole :

*« Les paysans et les paysannes ne se laissent pas entraîner passivement par ces processus macrostructurels. Ils perçoivent eux-mêmes des opportunités et des problèmes causés par ces processus, quoique leurs perceptions ne soient pas toujours les mêmes que celles des acteurs externes, et ils y (ré)agissent en se référant à leurs savoirs et capacités. Ils essaient de trouver leurs propres réponses et solutions et par conséquent (...), des stratégies diverses sont développées qui ne se laissent pas expliquer comme l'effet d'une sorte de logique structurelle inévitable. »*³⁸

On peut citer parmi les rares études pionnières qui se sont intéressées à cette problématique dans le domaine de la santé en Afrique de l'Ouest celles réalisées en Côte d'Ivoire sur les « petits arrangements » (ou « inventions ») que les agents de santé entretiennent avec les protocoles de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH.³⁹ Au Burkina Faso, ce sont les bricolages et les capacités créatives des professionnels de la santé confrontés aux contraintes structurelles du système de santé⁴⁰. Toutefois, seule une minorité d'entre eux « choisit » la voie des solutions locales, parmi d'autres choix possibles.

Partant du postulat que les stratégies des acteurs locaux ont une influence considérable sur la mise en œuvre des programmes de santé, et que chaque acteur a différentes options, nous nous référons aux analyses d'Albert Hirschman pour qui trois choix possibles s'offrent aux acteurs confrontés aux contraintes institutionnelles : *exit*, *voice* et *loyalty*⁴¹. Ces trois voies possibles permettent d'appréhender les diverses rationalités à l'œuvre dans les engagements des acteurs face au fonctionnement d'une autorité ou d'un programme. La première possibilité, *exit*, traduit soit une indifférence au projet, soit son rejet ou un désaccord avec sa logique : on préfère la défection. La seconde, *voice*, conduit à entrer en conflit avec le projet, de plusieurs manières, en utilisant les moyens de communication disponibles ou en passant par des institutions existantes. Enfin, la troisième possibilité, *loyalty*, amène à adhérer passivement ou activement au projet.

³² Samuel MERCIER. Une analyse historique du concept des parties prenantes : quelles leçons pour l'avenir ?

³³ Bovaird, 2005,

³⁴ Laurent VIEL, Gonzalo LIZARRALDE, Fella Amina MAHERZI, Isabelle THOMAS-MARET. L'influence des parties prenantes dans les grands projets urbains.

³⁵ NAMAZZI Gertrude et al. Stakeholder analysis for a maternal and newborn health project in Eastern Uganda.

³⁶ Sudi NANGOLI et al. Stakeholder participation: An empirical investigation.

³⁷ Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN. *La revanche des contextes*. p.410

³⁸ Jon DAANE, Mark BREUSERS, Erik FREDERICKS. dir. *Dynamique paysanne sur le plateau Adja du Bénin*. p.10

³⁹ Isabelle GOBATTO, Françoise LAFAYE. Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire).

⁴⁰ Isabelle GOBATTO. *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*

⁴¹ Albert HIRSCHMAN. *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*.

On peut envisager une quatrième option, qui permet d'élargir l'analyse des marges de manœuvre des acteurs, et qui est très fréquente dans le monde du développement à savoir le contournement face à des conditionnalités de projets de développement qui ne leur conviennent pas ou à des injonctions auxquelles ils n'adhèrent pas. Les acteurs locaux démembrer les programmes, prennent ce qui les arrange, et refusent ce qu'ils réproouvent ou avec quoi ils sont en désaccord⁴². On peut même envisager une cinquième option : la recherche de solutions locales. Ces cinq options ne doivent pas être appréhendées de façon linéaire ou exclusive, elles peuvent se combiner, et ainsi peuvent constituer un cadre d'analyse pragmatique des régimes d'engagement/appropriation des acteurs. Par exemple, le loyalisme, qui suppose une conformité aux règles, peut en fait être sous contrainte. Une adhésion de façade peut poursuivre des intérêts cachés autres que ceux du projet et aboutir à un contournement. Tout comme on peut observer une prise de parole temporaire qui peut conduire à une défection. La recherche de solutions locales peut se combiner avec une adhésion, comme avec un contournement. On peut rallonger la liste des configurations possibles lorsqu'on mobilise des variables telles que le pouvoir/influence, la hiérarchie, le sexe, l'âge, le statut social ou économique, l'éducation, l'information. Ou encore lorsqu'on prend en compte le jeu des acteurs, leurs alliances, leur compromis, leurs stratégies. Un tel cadre conceptuel est donc particulièrement pertinent pour appréhender la construction individuelle et collective du *care* et du *cure* au prisme des logiques d'acteurs et de leur agencéité, face aux normes politiques, économiques, techniques et socio-culturelles.

Cet article comprend trois parties. Nous commençons par décrire le contexte socio-politique et la situation de la SSRF au Mali, en Mauritanie et au Niger. Nous présentons ensuite le cadre méthodologique de notre étude suivi des résultats de la recherche. Nous concluons sur l'importance des SE dans les projets de réforme et soulignons leurs possibles apports dans la formation des professionnels de la santé.

Méthodologie

Notre recherche s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme de la Croix-Rouge française, PROGRESS (Programme régional Genre Santé Sahel) dont l'objectif est de « contribuer à l'amélioration de la Santé Maternelle et Infantile (SMI), de la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) et de la Planification Familiale (PF) ». Des enquêtes approfondies de type ethnographique, fondées sur une méthodologie qualitative, ont été menées dans les trois pays. Nous avons procédé par entretiens semi-directifs individuels et de groupes à l'aide d'un canevas d'entretien⁴³ avec divers groupes stratégiques⁴⁴. Nous avons également fait des observations en communauté et dans les services de santé et avons réalisé les enquêtes en deux phases : une enquête collective de type exploratoire en Mauritanie et des enquêtes approfondies dans chacun des pays concernés.

Enquête collective : l'ECRIS

La première phase d'enquête a adopté le canevas de recherche collective ECRIS (Enquête Collective Rapide d'Identification des conflits et des groupes Stratégiques) pour « *une recherche socio-anthropologique comparative sur plusieurs sites, menée en équipe, avec une phase collective « rapide » précédant une phase de "terrain" classique, laquelle reste indispensable et réclame une investigation*

⁴² Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN. Les enjeux scientifiques et citoyens d'une anthropologie des politiques publiques.

⁴³ Nous n'utilisons pas de grilles ou de guides d'entretien, mais plutôt des canevas, sorte d'aides-mémoire souples, que chaque enquêteur adapte librement au contexte et à la dynamique de l'entretien.

⁴⁴ La notion de groupe stratégique qui sera développée par Thomas Bierschenk et Jean-Pierre Olivier de Sardan est « essentiellement d'ordre empirique et méthodologique. Elle suppose simplement que dans une collectivité donnée tous les acteurs n'ont ni les mêmes intérêts, ni les mêmes représentations, et que, selon les « problèmes », leurs intérêts et leurs représentations s'agrègent différemment, mais pas n'importe comment. » (cf. Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN. *Anthropologie et développement*. p.180)

individuelle relativement intensive et donc relativement prolongée »⁴⁵. Précisément, nous visions un double objectif : d'une part, affiner la problématique et le dispositif méthodologique de recherche en prélude aux enquêtes approfondies, d'autre part renforcer les capacités de recherche des chercheurs et des assistants dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive dans les pays du Sud.

Cette première phase s'est déroulée en Mauritanie du 1^{er} au 4 décembre 2020 dans la Wilaya du Gorgol, site d'intervention de PROGRESS en Mauritanie. Un premier volet était un travail de repérage sur le terrain par l'équipe de la Mauritanie en prélude à l'enquête collective proprement dite. Il s'agissait de repérer des sites potentiels à étudier et quelques groupes stratégiques et enjeux locaux en rapport avec la thématique de recherche. Un second volet a porté sur des aspects théoriques et a concerné l'ensemble des équipes de recherche, des professionnels de santé, des acteurs des associations et ONG humanitaires, y compris ceux de la Croix-Française en Mauritanie. Nous cherchions non seulement à renforcer nos collaborations avec ce milieu de pratique, nous souhaitions surtout avoir leurs points de vue pour le recueil des données à la fois pour l'ECRIS et pour les enquêtes approfondies qui suivront. La problématique et le dispositif de recherche ont été présentés et débattus afin d'assurer leur appropriation par tous les participants. Les situations de « débrouillardise » des agents de terrain ont été discutées ainsi que le bricolage (positif et négatif) des soignants pour délivrer les soins dans le contexte de pénurie caractéristique du système de santé dans cette région. L'autre activité phare du volet théorique était la détermination collective des indicateurs. Cet exercice collectif a permis à chacun des participants de formuler les pistes de recherche à étudier lors du volet pratique de l'ECRIS. Durant ce volet pratique, chacun des groupes d'enquêteurs devait enquêter sur un site auprès d'un groupe stratégique particulier.

Enquêtes approfondies

S'agissant d'une étude multi-sites et multi-pays (menée conjointement au Mali, en Mauritanie et au Niger), le Laboratoire d'Études et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (LASDEL), basé au Niger, qui assurait la coordination de la recherche, a élaboré un canevas d'enquête précisant l'approche méthodologique standard et les outils de collecte. Ceux-ci ont été amendés pour les adapter aux contextes spécifiques des trois pays.

Nous avons procédé par une sélection des sites selon des critères préalablement définis par les chercheurs et validés sur le terrain avec les équipes de la CRF et les responsables sanitaires.

Les critères généraux de référence étaient les suivants :

1. les centres de référence sont inclus d'office,
2. sur la base du niveau des indicateurs liés à la SRMNA, nous combinons des services de santé performants et d'autres moyennement ou faiblement performants,
3. nous combinons aussi un milieu à forte attractivité commerciale et agricole et un milieu enclavé, pauvre (périphérique, rural).

Compte tenu des spécificités des pays, chaque équipe de recherche a procédé à une adaptation de ces critères généraux. Le tableau suivant présente les sites retenus par pays avec les critères qui ont prévalu à leur choix.

Tableau 1 : Sites et critères de choix

Pays	Commune/Moughataa /département	Milieu urbain/ critères	Milieu rural / critères	Totaux sites
	Commune 1 :	- ASACOKOSA		2

⁴⁵ (Olivier de Sardan, 2003 : 20)

Mali/ DS de Bamako		- ASACODJE		
	Commune V	- ASACODA - ASACOTOQUA - ASACOGA		3
Mauritanie / Wilaya du Gorgol	Kaédi	- Hôpital Kaédi - CS Djéol	- PS Touldé	3
	Maghama	- CS Maghama	- PS Bougguel	2
	Mbout	- CS Mbout	- PS Foug Gleita	2
	Mouguel	- CS Mouguel	- PS Oudeeychrak	2
Niger / DS de Tanout	Comme de Tanout	- HD : ECD et Maternité - CSI urbain	- Chirwa	3
	Commune de Gangara		- Yagagi	1
	Commune de Olléléwa		- Baboulwa / structure enclavée	1
Total sites		12	7	19

Dans l'optique de produire des données pertinentes sur l'accès et l'utilisation des services de SSRF mais aussi sur les pratiques soignantes et l'organisation des soins, nous avons mené nos recherches au sein des centres sanitaires sélectionnés et dans les communautés environnantes.

Les groupes stratégiques rencontrés sont :

- **Les acteurs institutionnels** : les préfetures, les directions régionales de la santé, les communes, les services de l'État civil ;
- **Les acteurs au sein de la communauté** : mères/femmes, hommes, filles et garçons, Coges, leaders communautaires et religieux, associations ou groupements de femmes et/ou d'hommes, transporteurs ;
- **Les intervenants sanitaires** : en communauté (relais communautaires, accoucheuses, guérisseurs, herboristes, marabouts), au sein des services de santé (médecins, sage-femmes, infirmiers, matrones), les structures sanitaires privées, les pharmacies.

L'âge des participants aux entretiens individuels et focus groups varie entre 18 et 60 ans. Au total 139 entretiens et focus groups ont été réalisés.

L'analyse des matériaux a été faite de manière thématique, à partir de la revue de la documentation, avec une triangulation entre d'une part les discours d'une diversité d'acteurs, et d'autre part les observations. Par ailleurs, nous avons cherché à documenter des études de cas significatifs en prêtant attention à l'influence des normes de genre et de génération. S'agissant des SE, nous les avons documentées à partir des observations et des entretiens individuels et de groupe. Nous avons ensuite procédé au travail de leur mise en récit.

Résultats

Contexte : les politiques publiques et les situations de la santé sexuelle et reproductive féminine au Mali, en Mauritanie et au Niger

La Croix-Rouge française œuvre aux côtés des États du Mali, de la Mauritanie et du Niger à améliorer la qualité, l'accès et l'utilisation des services de santé. L'une de ses stratégies d'appui est la planification d'interventions visant l'amélioration de la Santé Maternelle et Infantile, Santé Sexuelle et Reproductive, Planification Familiale (SMI-SSR-PF) à travers le Programme Régional Genre et Santé au Sahel

(PROGRESS). Il est nécessaire de mettre en évidence quelques éléments contextuels majeurs au sein de ces trois pays qui justifient l'intervention de la Croix-Rouge française.

Les trois pays concernés appartiennent avec 16 autres pays à la région ouest-africaine où le taux de pauvreté est élevé. Les estimations de 2013 indiquent que 43% de la population vivent sous le seuil de pauvreté internationale, soit 1,90\$EU par jour, les zones rurales enregistrant le plus de pauvres ⁴⁶. On enregistre en 2014 un taux de 44,5% au Niger et 31,0% en Mauritanie, 41,1% en 2009 au Mali⁴⁷. Ces trois pays ont également en commun d'appartenir à la région du Sahel où nous constatons une forte accumulation de programmes, de plans, de dispositifs juridiques et réglementaires étatiques. A cela, s'ajoutent les innombrables programmes et interventions des organisations internationales et des ONG internationales.

En réponse aux insuccès de mise en œuvre de nombreux programmes, généralement d'autres politiques, d'autres interventions viennent remplacer les précédentes, sans prise en compte suffisante (en dépit des bonnes intentions) des leçons apprises des interventions passées et des possibles complémentarités entre celles-ci. Ceci pose toutefois une question fondamentale. Cette profusion institutionnelle, qui prend la forme d'un empilement incessant ou d'une sédimentation,⁴⁸ est-elle un gage d'efficacité, ou cache-t-elle au contraire une impuissance à modifier de façon significative la réalité sanitaire ? La situation sur le terrain dans les formations sanitaires, telle que mise en évidence par les enquêtes socio-anthropologiques, va dans le second sens.

Cette situation reflète les enjeux multidimensionnels (sanitaire, géopolitique, sécuritaire, économique et démographique) autour de la SSRF et plus largement de l'offre générale de santé dans les pays du Sud. Ils expliquent pour une grande part la mauvaise situation sanitaire de cette frange de la population qui paie un très lourd tribut aux problèmes liés à la Santé Maternelle et Infantile, Santé Sexuelle et Reproductive, Planification Familiale (SMI-SSR-PF).

Au Mali, la santé maternelle et infantile a certes connu une amélioration significative ces dernières années. De 2001 à 2018, la couverture en soins prénatals par un prestataire de soins de santé formé est passée de 57 % à 80 %⁴⁹. Au cours de la même période, le pourcentage de femmes ayant effectué au moins quatre visites est passé de 30 % à 43 %. Le pourcentage des naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé est aussi passé de 38 % en 2001 à 67 % en 2018. Cependant, malgré de tels progrès, la grossesse et l'accouchement demeurent toujours associés à des risques pour nombre de mères et de nouveau-nés. Une femme sur cinquante court le risque de décéder des causes maternelles durant sa vie reproductive contribuant à un taux élevé de mortalité maternelle, atteignant 368 pour 100.000 naissances vivantes. Largement causés par l'hémorragie, l'anémie, les complications hypertensives et les infections, nombre de ces décès maternels pourraient être évités si les complications étaient prises en charge par un système de santé performant. On enregistre aussi des taux élevés de mortalité néonatale (35‰), de mortalité infantile et infanto-juvénile (respectivement 58‰ et 98‰)⁵⁰. La prévalence contraceptive est basse, 17 % de femmes de 15-49 ans en union utilisent une méthode quelconque de PF ; 16 % utilisent une méthode moderne.

La Mauritanie et le Niger présentent la même situation, malgré quelques progrès enregistrés dans le domaine de la santé des mères, des enfants et des adolescents.e.s. En Mauritanie, on enregistre 626 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, et un taux de mortalité infantile de 77 pour 1 000

⁴⁶ Banque africaine de développement, 2018, perspective économiques en Afrique de l'Ouest 2018, [Perspectives économiques en Afrique 2018 Afrique de l'Ouest.pdf \(afdb.org\)](#)

⁴⁷ Beegle KATHLEEN, Luc CHRISTIAENSEN, Andrew DABALEN, and Isis Gaddis. Poverty in a Rising Africa.

⁴⁸ Thomas BIERSCHEK. Sedimentation, fragmentation and normative double-binds in (West) African Public Services.

⁴⁹ AMBF, Plan stratégique 2016-2019 de l'association malienne pour le bien-être familial, Bamako, Mali.

⁵⁰ ANBF. Plan stratégique 2016-2019 de l'association nigérienne pour le bien-être familial, Niamey, Niger.

naissances vivantes. S'agissant de la PF, la prévalence contraceptive moderne est basse : 15.6 % parmi les femmes mariées d'après l'enquête MICS de 2016⁵¹. Le Niger a enregistré en 2012, un taux de mortalité maternelle de 535 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 318 ‰ en 1992 à 126 ‰ en 2015, pour un objectif national de 106 ‰ à l'horizon 2015. Quant à la mortalité infantile, elle est passée de 123 ‰ en 1992 à 51 ‰ en 2015, pour un objectif national de 41 ‰ à l'horizon 2015. Sur la même année, le taux de prévalence contraceptive des méthodes modernes chez les femmes en union a été estimé à seulement 12,2 ‰⁵².

À l'instar des pays de la sous-région, le Mali, la Mauritanie et le Niger ont adopté diverses politiques et outils juridiques en vue d'améliorer la santé des mères, des enfants et des adolescent.e.s. Elles sont synthétisées dans le tableau suivant.

Stratégies	Mali	Mauritanie	Niger
Stratégies politiques	<ul style="list-style-type: none"> - Politique nationale de la population dont l'un des objectifs est d'augmenter la prévalence des méthodes contraceptives modernes de 8,2 % en 2001 à 30 % en 2025, - Cadre stratégique pour la croissance et la réduction de la pauvreté 2012-2017, avec le renforcement des actions de la PF dans les zones à forte fécondité afin de la croissance de la population en âge de scolarisation, - Plan stratégique santé de la reproduction 2014-2018 - Plan décennal de développement sanitaire et social 2014-2023, avec la promotion de la planification familiale pour réduire la mortalité maternelle et néonatale à travers une hausse de la prévalence contraceptive de 20 % en 2023. - Politique de gratuité des césariennes à partir de 2005 et des traitements contre le paludisme à partir de 2007 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Stratégique de Sécurisation des produits en Santé de la Reproduction pour la période 2010-2015, - Plan national du repositionnement de la PF comme action prioritaire du PNDS 2012-2020, - Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) élaboré pour la période 2017-2020, - Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2010-2015, - Plan National Budgétisé (PANB) en faveur de l'espacement des naissances 2019-2013. - Politique de subvention des services de santé maternelle et néonatale à travers la stratégie du « Forfait obstétrical » à partir de 1998 	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie Nationale de Prévention des Grossesses des adolescentes 2015-2020, - Programme National de Santé de la Reproduction 2005 – 2009, - Feuille de Route 2006-2015 pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale ; - Plan de Développement Sanitaire (PDS) 2017-2021, maîtrise de la croissance démographique à travers la promotion de la PF et SM, - Plan d'action national budgétisé de la planification familiale 2013 –2020, - Mise à échelle de PFE (Pratiques Familiales Essentielles) avec l'appui de l'UNICEF. - Plan National de repositionnement de la PF 2013 – 2020, - Plan de passage à grande échelle de la délégation des tâches en planification familiale (2020-2022). - Politiques de gratuité au bénéfice des femmes enceintes et des enfants de moins 0-5ans et la prise en charge des cancers gynécologiques à partir de 2006
Outils juridiques	Loi N° 02-044 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction	Loi n° 2017-025 du 15 novembre 2017 relative à la santé de la reproduction.	Loi n°2006-16/ du 21 juin 2006 sur la santé de la Reproduction

Sources : publications gouvernementales du Mali de la Mauritanie et du Niger.

⁵¹ Agir PF. Stratégie innovante pour accroître l'adhésion à la planification familiale en Mauritanie.

⁵² Enquêtes démographiques et de santé et à indicateurs multiples du Niger, EDSN-MICS-IV 2012

Ce tableau est peu représentatif de la multiplicité des politiques engagées ces deux dernières décennies et qui présentent une grande similarité d'un pays à l'autre (fréquence des « modèles voyageurs »⁵³). Toutefois, on notera que la Mauritanie se démarque des deux autres pays par la mise en place dès 1998 d'une stratégie, le Forfait obstétrical (FO), visant à atténuer les barrières financières à l'accès aux services de SR, tandis que des stratégies similaires ont été plus récentes au Mali et au Niger, globalement à partir de 2005. La mise en place du FO en Mauritanie relève d'un soutien financier et technique extérieur avec l'Agence française de Développement (AFD) comme c'est le cas pour la plus plupart des programmes sanitaires. La même situation est observée au Mali et au Niger à l'instar de la plupart des pays à faibles revenus où la dépendance à l'aide publique internationale est importante et dont les effets pervers sont documentés. On notera que le Mali et le Niger ont pris une relative avance quant à la reconnaissance officielle des droits en matière de santé de la reproduction et cela à partir de 2002 (Mali) et 2007 (Niger), alors que ces droits n'ont été reconnus en Mauritanie qu'à partir de 2017.

Malgré l'existence des dispositifs juridiques, l'accès aux services de SSRF reste problématique (contraception, assistance médicale aux avortements, à l'accouchement, à la procréation, prise en charge du VIH, la PTME). Outre les dysfonctionnements techniques et organisationnels des systèmes de santé qui rendent difficile l'application des lois, celles-ci se heurtent à certaines normes socio-culturelles de genre et de génération qui limitent l'accès et l'utilisation des services de SSR.

Ce contexte de contraintes structurelles à divers niveaux du système de santé, est particulièrement propice au développement des capacités des acteurs qui y travaillent à improviser des stratégies palliatives, alternatives, autrement dit des SE⁵⁴. Nous présenterons une série de SE mobilisées par les acteurs de terrain de façon individuelle ou collective face à des situations de contrainte ou à des obstacles dans la délivrance des soins curatifs et préventifs.

Les écarts entre la manière dont les programmes sont conçus et la manière dont ils sont réellement mis en œuvre ne sont pas vraiment différents d'un pays à l'autre, et on trouve partout les mêmes dysfonctionnements observés dans l'organisation des soins, la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et logistiques. À cela il faut ajouter les crises sanitaires, migratoires, sécuritaires et économiques. Crises qui fragilisent des systèmes de santé déjà confrontés aux insuffisances de ressources financières, humaines et matérielles. La pandémie de Covid19, Ebola, mais aussi les épidémies récurrentes (méningite, rougeole, choléra) ont un effet sur la santé sexuelle et reproductive. Il en est de même des mouvements de population, qui fragilisent les conditions de vie des femmes. Enfin, l'insécurité causée par les conflits armés désarticule les services publics de base. Ce contexte composé de contraintes structurelles à plusieurs niveaux du système de santé et multi-dimensionnelle, est particulièrement propice au développement des capacités des acteurs qui y travaillent et qui doivent mobiliser des stratégies alternatives, autrement dit des SE.

Nous présentons une série de SE mobilisées par les acteurs de terrain de façon individuelle ou collective face à des situations de contrainte qui constituent des obstacles dans la délivrance des soins curatifs et préventifs. Ces SE concernent les problèmes : 1) des évacuations sanitaires ; 2) de la disponibilité du petit matériel et des médicaments essentiels ; 3) liés aux normes de genre dans l'accès aux services de SSRF ; 4) des usagères anonymes ; 5) de formation des agents de santé.

⁵³ Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN, Aïssa DIARRA, Mahaman MOHA. Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health.

⁵⁴ Cf. les travaux contemporains sur les théories du bricolage dans l'analyse des capacités d'adaptation des acteurs aux contraintes, pressions et manques dans le domaine du management (Anass MAWADIA, Ariel EGGRICKX, Philippe CHAPPELLIER. La créativité organisationnelle : un apport pour le bricolage collectif. COMTET Isabelle. Entre usage professionnel des TIC et structure organisationnelle : la capacité au bricolage comme compétence adaptative).

1. Le système de référence-évacuation sanitaire

« C'est ça notre grand problème, quand on veut référer une femme, c'est un grand problème, il faut que la femme retourne dans un autre CSI, un CSI voisin. Et de là-bas, le CSI appelle son ambulance. Imaginez la femme qui tardé pour la prise de décision, ensuite, elle vient ici, maintenant, on va leur dire de prendre une charrette et de partir dans un autre CSI et c'est en ce temps qu'on va appeler une ambulance... » (Prestataire, homme, DS de Tanout)

Les femmes se plaignent du coût des évacuations même si elles ne savent pas toujours avec exactitude la contribution du ménage puisque ce sont les maris qui se chargent en général de ces aspects financiers. En milieu rural, précisons que les évacuations peuvent être en plusieurs séquences lorsque le parcours se poursuit jusqu'au niveau régional. Il débute depuis le domicile (généralement en charrette ou en véhicule de transport en commun) et finit à la maternité de référence régionale en passant éventuellement par le centre de santé périphérique et l'hôpital de district.

« Pour l'évacuation, c'est l'ambulance de Gangara qui nous fait l'évacuation. Cette évacuation est de 30 000 F de Yagaji à Tanout et 35 à 45 000 de Yagaji à Zinder. » (Un membre du Coges d'un CSI, DS de Tanout, Niger)

Au niveau de chacune des structures de référence lors du parcours, les ménages doivent payer : le transport, les ordonnances y compris la poche de sang en cas de transfusion, l'hospitalisation (« le lit »), la nourriture pour les parturientes, mais aussi pour les membres du groupe familial qui l'accompagnent. La prise en charge de ce dernier, comprenant plus de femmes que d'hommes, peut exiger un budget non négligeable d'autant plus qu'ils peuvent être au nombre de trois en moyenne pour l'étape finale, beaucoup plus au niveau des structures périphériques.

En parallèle, l'insuffisance des crédits délégués de l'État dans le cadre des subventions des formations sanitaires (qui comprennent notamment la dotation en carburant) a toujours été source de plaintes au niveau opérationnel. Un soignant affirme : *« tout le monde le sait même la population, l'État ne donne plus de carburant pour les évacuations »*. Par conséquent, une grande partie du coût des évacuations revient aux usagers. En outre, le système de référence qu'il soit interne au sein du service ou externe d'un centre périphérique vers une structure de référence n'est pas toujours opératoire dans certaines situations d'urgence, c'est pourquoi des agents de santé ne s'y conforment pas dans tous les cas.

1.1. Adopter le système des « centimes additionnels »

Face à cette difficulté, le système des « centimes additionnels » a été adopté comme alternative à la défaillance de l'Etat concernant le financement des évacuations dans certaines régions au Niger. Cette initiative locale est un mécanisme de mutualisation permettant d'instaurer la gratuité des évacuations à tous les usagers des services de santé. Il consiste à prélever 100 FCFA au point de délivrance des services pour tous les patients à l'occasion de chaque épisode de maladie. Le paiement se fait lors de la première consultation mais pas pour le suivi d'une même maladie.

Le dispositif mis en place est en phase avec le système de référencement. Les cases de santé qui sont la base de la pyramide sanitaire gardent une partie de leurs « centimes » collectés pour financer les évacuations qui se feraient des cases de santé sur leurs CSI de rattachement. L'autre partie, versée aux CSI, servira au financement des évacuations des CSI à l'HD.

La procédure est la même au niveau des CSI. Chaque CSI garde une partie de son fond d'évacuation qui est composé de sa propre collecte et de celles de ses cases de santé, l'autre partie est versée à l'HD pour des évacuations éventuelles sur Zinder. Les fonds d'évacuation à l'HD comprennent les « centimes » que

l'établissement perçoit et ceux versés par les CSI. Les fonds servent à fournir du carburant aux ambulances du district. Comme mécanisme de contrôle, les membres des Coges profitent des réunions organisées par l'ECD auxquelles sont conviés les chefs CSI pour s'enquérir de la situation des fonds. Les chefs CSI viennent avec les fonds d'évacuation et les documents concernés qui sont principalement les carnets destinés aux consultations et ceux des « centimes ». Les membres des Cosan peuvent eux aussi faire des contrôles. Le principe du contrôle est le suivant : on doit trouver autant de tickets de consultations que de tickets des « centimes » et une somme correspondante. Les versements et les contrôles doivent être mensuels.

Si ce système peine à prendre place dans le district sanitaire de Tanout, dans d'autres districts tels que celui de Keita que nous avons étudiés, le système a réussi à résoudre le problème des évacuations sanitaires même s'il a été quelque peu ébranlé par les mesures de gratuité de soins, les pouvoirs publics jugeant le système contradictoire au principe de la gratuité.

1.2. Contourner les règles de la référence

Le respect strict du protocole est contourné par des prestataires face à l'urgence de certaines situations.

« Parfois on est obligé de contrecarrer le protocole afin d'apporter une assistance à certaines femmes en travail. Par exemple, on dit que la dame qui n'a pas fait de CPN doit être référée. C'est aussi pareil pour la dame qui ne dépasse pas 1 m 50. Normalement on ne doit même pas faire leur CPN ici. Mais souvent il y a des dames qui restent à la maison, elles ne font pas de CPN, elles viennent en dilatation complète. Tu es obligé de les prendre en charge. Il y a d'autres aussi dès qu'on demande seulement qu'on va les référer, elles partent à la maison jusqu'à ce que le travail commence. Donc, si elles sont au complet, elles reviennent encore et cela trouve que la sage-femme qui avait décidé de la référer est déjà partie. Toi qui es là, tu ne peux plus les référer. Ça trouve que l'accouchement est déjà déclenché. Donc, tu es obligé de la prendre. Il y a de ces choses que l'on fait. » (Prestataire, femme, C-V, Bamako, Mali).

2. Le petit matériel, les médicaments essentiels et les équipements médicaux

« J'ai besoin de certains matériels, les consommables, par exemple actuellement on n'a pas assez de gants, ce sont les gants d'examen qu'on utilise à tout moment. On utilise plus d'un paquet par jour. Par exemple ce mois, j'ai commandé 30 paquets, on m'a amené 5. Chaque fois, il faut retourner chercher, il n'y a pas assez de compresses, même les médicaments ça manque. Actuellement, si je crois bien, hier j'ai lassé 6 flacons d'ampicilline et là aussi j'ai commandé 200, on m'a donné 35. Donc, chaque fois il faut aller, il faut aller, c'est un problème. Mais quand la commande mensuelle est livrée totalement, vraiment ça peut favoriser de bonnes conditions de travail. » (Prestataire, femme, DS de Tanout)

Dans les trois pays, en particulier dans les campagnes du Niger et de la Mauritanie, les structures sanitaires connaissent des problèmes d'équipements et d'infrastructures et éprouvent des difficultés pour l'exécution correcte des différents services de SSR. Les agents de santé travaillent souvent dans un environnement insalubre en raison de la vétusté des locaux et l'insuffisance de produits d'entretien des surfaces. Le matériel est insuffisant, par exemple les boîtes d'accouchement sont parfois inexistantes ou incomplètes et la dotation en gants stériles est très rare. Les ruptures en médicaments sont fréquentes et concernent généralement le fer, le syntocinon, la vitamine K1, l'argirol, etc. Parfois, la règle de ne prescrire que des médicaments DCI (dénomination commune internationale) pose des problèmes d'observance aux patientes en raison de prises multiples ou de leurs effets secondaires incommodes, voire parfois intolérables. Ces situations de contraintes, dominées par « le manque de tout » amènent les soignants à opérer quelques bricolages et adaptations.

2.1. Pallier au manque de matériels

« Faut de sondes urinaires métalliques ou en plastique, nous utilisons des tubulures de sérum. Nous les coupons et les utilisons comme sonde pour vider la vessie. Si nous n'avons pas de vessie de glace, nous utilisons l'accumulateur ou un sachet en plastique rempli d'eau fraîche ou de morceaux de glace que nous mettons sur le ventre de la parturiente. Par rapport aux ciseaux dont nous en avons en quantité insuffisante, nous les flambons en y aspergeant de l'alcool et les brûler pour pouvoir les stériliser et les réutiliser en cas de besoin rapide. La stérilisation par l'alcool peut prendre du temps. » (Prestataire, homme, C-V, Bamako, Mali)

2.2. Ajuster les prescriptions médicamenteuses

Sur la base d'expériences capitalisées sur une longue période dans la prise en charge de certaines maladies, notamment le traitement des infections sexuellement transmissibles et l'infertilité, des prestataires s'éloignent des protocoles standards de prise en charge des malades pour offrir des soins qui leur semblent mieux adaptés à la patiente.

« Parfois, nous-même nous faisons des traitements selon nos propres expériences. Généralement, ils nous disent d'utiliser les DCI, tels que les nystatines et les métros. (métronidazole) ovules. Mais sur le marché, nous trouvons certaines associations, telles que les antifongiques, les anti-parasites et les anti-bactériens. On trouvera toutes ces associations dans un seul médicament au lieu d'utiliser deux médicaments ensemble. Tu trouveras que même pour prendre les deux, prendre tel produit le matin et tel autre produit le soir, ce n'est pas facile. Certaines femmes peuvent être paresseuses pour ça. Donc, si elles peuvent trouver les deux dans un seul produit qu'elles prennent seulement le soir et qu'elles ont un bon résultat, c'est tant mieux. [...] Le fer plus l'acide folique qui sont sur le marché, quand tu les prescrites aux femmes, tu trouveras que la plupart ne pourront pas les prendre. Ces produits les font vomir et leur donnent des vertiges. Mais il y a un autre type de fer sur le marché qu'elles peuvent prendre sans problème. Le fer que j'utilise généralement est le fer plus acide folique qui est associé à la vitamine C. C'est ce fer que je prescrites à mes patientes et elles ne se sont pas plaintes. Aussi, j'ai de bons résultats. » (Prestataire, femme, C-V, Bamako, Mali)

2.3. Remédier à l'insuffisance de salles de soins et la non-disponibilité de certains équipements

Avec une infrastructure mal adaptée, plusieurs prestations peuvent être réalisées dans une seule salle au niveau des centres de santé.

« Quand tu pars à la maternité, dans une seule salle, toutes les activités de CPON, de CPN, de dépistage du cancer du col de l'utérus, de la PTME et de counseling se font dans la même salle. » (Prestataire, femme, C-I, Bamako, Mali)

Pour suppléer au manque d'équipements, on peut parfois recourir à une location informelle.

« Il y a eu des moments où nous n'avions même pas d'appareil d'échographie. On travaillait avec les matériels d'un particulier qui venait s'asseoir pendant une période. Si les gens apprenaient que nous n'avions pas de machine d'échographie à cette époque, ils ne viendraient plus. C'était moyennant quelque chose, mais cela est compréhensif. » (Prestataire, homme, C-V, Bamako, Mali)

3. Les normes de genre et l'accès aux SSRF

« Si à chaque fois tu sollicites le bien de ta femme, tu perds le pouvoir. » (FG Hommes, DS de Tanout)

« Tu prends le risque de perdre ta place de chef de famille » (FG Hommes, DS de Tanout)

« Lorsque la femme acquiert son indépendance financière, l'homme devient la victime, il n'a plus le pouvoir de décision » (FG Hommes, DS de Tanout)

Au Mali comme en Mauritanie et au Niger, la société reste majoritairement patriarcale, puisant ses racines dans de multiples prescriptions sociales et traditionnelles qui attribuent des rôles et responsabilités différenciées aux hommes et aux femmes, aux aîné.e.s et aux cadet.te.s. Les hommes sont chargés de la majorité des dépenses du ménage : logement, habillement, alimentation, santé, éducation des enfants, organisation et participations aux cérémonies religieuses, de baptême, de mariage. Ils subviennent à ces dépenses grâce aux revenus dont les provenances sont variées : agriculture, élevage, artisanat, construction, administration, commerce, transport, etc. Au nom de cette responsabilité économique, ils prennent en charge les besoins fondamentaux des membres de la famille. Plus ils ont la capacité de subvenir aux besoins de leurs épouses et de leurs enfants, plus ils gagnent en prestige social et confortent alors leur pouvoir au sein du ménage. Ce pouvoir renforce leur responsabilité et la latitude de prendre les décisions lors d'évènements importants, notamment les projets de mariage, en cas de maladie, et aussi d'évènements moins importants, tels que les sorties.

Généralement, aux femmes sont assignés les travaux domestiques : la préparation des repas, la lessive (sauf dans la société rurale hawsa où l'homme fait lui-même sa lessive), l'entretien et les soins aux enfants, aux personnes âgées et aux malades, le maintien de l'hygiène dans la maison, etc. Le lien est souvent établi entre le pouvoir économique des femmes et leur recours aux soins : une femme sans revenu personnel utilisera moins les structures sanitaires pour elle-même et ses enfants.

Cependant, le manque de pouvoir économique ne saurait à lui seul expliquer la faible utilisation des services de santé par les femmes. L'autonomie financière que certaines arrivent à atteindre grâce à leur détermination et/ou aux nombreux programmes d'« activités génératrices de revenus » (AGR) mis en place par les pouvoirs publics et leurs partenaires, notamment en milieu rural, ne présagent pas toujours d'un meilleur recours aux soins. Par exemple, si les bénéficiaires des AGR permettent aux femmes de contribuer financièrement à leurs dépenses de santé et celle de leurs enfants, cette opportunité peut être contrainte par le système patriarcal et d'aînesse sociale qui encadre les processus décisionnels de certaines trajectoires de soins. Dans ces conditions, l'autonomie financière des femmes n'est pas toujours synonyme d'une autonomie décisionnelle dans le recours aux soins⁵⁵⁵⁶⁵⁷. S'agissant de la PF, son utilisation se conçoit essentiellement dans une logique d'espacement des naissances et destinée aux femmes mariées, et en particulier celles qui ont des grossesses rapprochées. En sont donc exclues : i) les jeunes filles pour qui la sexualité prémaritale est socialement interdite (alors que c'est au contraire une catégorie en forte demande de PF) ; ii) les femmes divorcées, veuves, répudiées et celles dont les conjoints sont absents, la sexualité n'étant pas admise dans ces conditions ; iii) les femmes qui ont des espacements de naissance dits naturels.

3.1. Encourager l'utilisation des services de santé par les femmes

Pour promouvoir l'approche genre lors des consultations, certains personnels incitent les hommes à accompagner leurs femmes pour la vaccination de leurs enfants.

« La sage-femme maitresse avait même initié, à un moment donné, que les hommes qui accompagnaient leurs dames pour les vaccinations ne fassent pas le rang. C'était pour les

⁵⁵ Hélène RYCKMANS. L'impact des projets de développement sur les rôles de production et de reproduction des femmes africaines

⁵⁶ Alain MARIE et al dir. L'Afrique des individus. Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine.

⁵⁷ Hadiza MOUSSA. *Entre absence et refus d'enfant. Socio-anthropologie de la fécondité féminine à Niamey, Niger.*

encourager à venir assister aux causeries sur les CPN, CPON qu'on fait lors des vaccinations. »
(Prestataire, homme, C-V, Bamako, Mali)

3.2. Atténuer les barrières dans l'accès des jeunes aux services de SSRF

Afin d'améliorer l'utilisation des services de SSRF pour les jeunes filles, dans un CSI du DS de Tanout le personnel s'est organisé de manière originale. La majeure qui a reçu la formation SSRAJ, garde les produits contraceptifs et c'est elle qui les délivre aux jeunes. Deux agents du CSI, qui ont de bons rapports avec les jeunes, facilitent l'accès à la major. Les jeunes ont aussi la possibilité de contacter une agente qui a aussi reçu la formation SSRAJ. Le CSI fait aussi de la sensibilisation au lycée et au collège et les encourage à utiliser les services qui leur sont proposés.

« Beaucoup de jeunes passent par le canal du gérant comme il est connu à Tanout ou d'un autre agent du CSI pour qu'ils les conduisent vers la majeure du CSI. Généralement les adolescents viennent pour demander des conseils et souvent des jeunes filles en grossesse hors mariage pour leur prise en charge. » (Prestataire, homme, DS de Tanout)

« On a responsabilisé un de nos agents, ils ont son contact même si c'est à la maison ils peuvent aller la trouver s'il s'agit de conseil PF ou leur sexualité comme elle a été formée en SSRAJ. N'importe quelle heure ils l'appellent. Avec le nouveau bâtiment qu'on a, on pense qu'il y'aura une salle spéciale pour ça. » (Prestataire, homme, DS de Tanout)

4. Les usagères anonymes

« Pour mes CPN, je n'ai pas eu de difficulté parce que j'avais pris une sage-femme personnelle qui a fait mes suivis » (FG, mère d'enfants, C-V, Bamako, Mali).

« Au moment des consultations (CPN, CN) les agents distribuent peu de numéros vu les nombres des femmes qui attendent depuis l'aube. Certaines retournent à la maison sans avoir les consultations. » (FG, femmes, DS de Tanout, Niger)

Le temps d'attente lors des CPN, et même dans la prise en charge des accouchements, est jugé trop long par certaines femmes. Elles sont obligées d'attendre longtemps à la maternité avant d'être examinées par les agents de santé, surtout lorsqu'elles y vont pour les CPN. Or en milieu rural, les femmes des villages environnants se lèvent tôt pour se rendre à pied au centre de santé (2 heures de marche dans certains cas). Malgré ces précautions, elles ne sont parfois pas consultées. À cela s'ajoutent des propos peu aimables proférés par les prestataires :

« Celle qui estime être pressée peut partir. Nous n'avons obligé personne à venir ici. »
(Observation de l'équipe de collecte dans un CSCoM à Bamako, Mali)

Dans ces conditions d'accès difficiles aux services de SSRF, la règle générale est l'établissement de rapports personnalisés avec les agents de santé. D'une part, cela permet à la femme enceinte de bénéficier d'un traitement de faveur et d'autre part d'être à l'abri d'une négligence des prestataires de soins le jour du rendez-vous. Il est donc impératif pour une femme enceinte d'avoir sa propre sage-femme. Les usagères anonymes particulièrement en milieu rural (pour la plupart des villageoises éloignées des centres de santé, sans capital économique et social) courent plus de risques d'être mal soigné ou tardivement pris en charge par le personnel soignant.

4.1. Améliorer l'équité dans l'accès aux services de santé

Habituellement, les soignants ne font pas respecter l'ordre de passage lors des CPN aux usagères qui ont le statut de « parents amis et connaissances » et celles qui ont pu tisser un lien de marrainage avec eux. Elles ont le privilège d'être consultées en priorité quelle que soit l'heure à laquelle elles se présentent. Pour faciliter l'accès des usagères anonymes aux services de SSRF un CSI, au Niger, réserve un jour de CPN pour les clientes privilégiées. Les anonymes sont consultées les autres jours afin de leur éviter de longues heures d'attente avant d'être consultées.

4.2. Encourager l'adhésion des hommes

Pour promouvoir l'approche de genre lors des consultations, le personnel incitait les hommes à accompagner leurs femmes pour la vaccination de leurs enfants.

« La sage-femme maitresse avait même initié, à un moment donné, que les hommes qui accompagnaient leurs dames pour les vaccinations ne fassent pas le rang. C'était pour les encourager à venir assister aux causeries sur les CPN, CPON qu'on fait lors des vaccinations. » (Prestataire, femme, C-V, Bamako, Mali)

5. Les supervisions

« Lors des supervisions, nous ne recevons pas vraiment de formation, alors qu'ils parlent de supervision formative ! Et ce n'est pas tout le monde qui reçoit les formations continues... Nos points faibles, c'est de nous faire une formation sur les techniques d'accouchements dystociques. Comme vous savez, notre formation est un peu limitée, il y a des cas qui dépassent notre compétence et si avec le temps on peut nous former sur les accouchements dystociques, on peut faire ces accouchements ici même au centre. » (Prestataire, homme, DS de Tanout, Niger)

S'il est reconnu que les supervisions occupent une place importante dans la régulation des services de santé et contribuent à l'amélioration de la qualité des soins, on note cependant qu'elles ne produisent pas les effets escomptés en raison d'énormes problèmes dans leur mise en œuvre.

En Mauritanie, c'est surtout leur irrégularité qui est observée, comme au niveau des points focaux SR qui effectuent de rares visites, se limitant souvent au seul contrôle des recettes du recouvrement des coûts. L'insuffisance de feedback systématique aux agents de santé supervisés ne permet pas d'atteindre la portée formative et dissuasive attendue des supervisions ni d'encadrement réel du personnel. Elles sont plus bureaucratiques que formatives, et souvent réalisées au pas de course. Par ailleurs, généralement, il n'existe pas de suivi des préconisations des supervisions, et donc les mêmes remarques se retrouvent chaque année à propos des mêmes centres de santé sans que rien ne change véritablement.

5.1. Former et coacher des infirmiers et sage-femmes dans la prise en charge de la santé reproductive et sexuelle

La maternité de l'HD du DS de Tanout participe à l'encadrement des agents de santé à travers les supervisions organisées par l'ECD, ainsi qu'avec les programmes des ONG. Une responsable de la maternité est impliquée dans cet encadrement. Elle a un rôle de point focal SR/PTME. En complément des supervisions formatives, elle effectue des formations sous la forme de coaching des agents. Notons qu'indépendamment de l'ECD, elle a tissé des relations de confiance avec des ONG telle que « Les enfants de l'Air » qui lui fournissent un appui technique et financier. Le coaching est trimestriel pour une durée de trois jours pour chaque structure et concerne les pratiques techniques et administratives telles que le remplissage correct des supports.

« Je fais le coaching dans trois CSI. Je leur fais une sorte de cours sur les maladies. C'est chaque trimestre. Le mentorat a commencé en 2017 quand on a arrêté la formation de 21 jours sur la SONU, donc on se déplace dans les CSI pour les former en AMIU, Ventouse, Réfection du

périmé, PTME, GATPA, prise en charge de l'hémorragie post-partum, le remplissage des supports. C'est comme une formation sur le tas. Dans chaque CSI je fais trois jours.»
(Responsable maternité de l'HD, DS de Tanout, Niger)

Il s'agit d'une formation à mi-chemin entre protocoles formels et apprentissages à partir de pratiques expérientielles adaptées au contexte et très appréciées par les agents de santé.

5.2. Renforcer les connaissances et les pratiques des agents de santé dans la prise en charge de certaines pathologies

Au Niger, une infirmière travaillant depuis plusieurs années dans le même CSI, où elle fut d'abord agent de santé avant d'être la majeure du centre, a acquis une grande expérience en matière de management. Elle a instauré la tenue quotidienne des staffs qui sont mis à profit pour faire des rappels sur les pathologies : un sujet est donné à un agent de santé qui est chargé d'effectuer des recherches pour ensuite faire son exposé devant ses collègues. Ces séances permettent aux agents de mettre à jour leurs connaissances sur les pathologies apprises lors de leur formation initiale. Les sujets abordent le plus souvent les maladies épidémiques, mais incluent aussi le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.

Au Niger, une infirmière exerçant depuis plusieurs années dans le même CSI, où elle fut d'abord agente de santé avant d'être cheffe du centre, a acquis une grande expérience en matière de management. Elle a exigé la tenue quotidienne des staffs qui est mise à profit pour organiser une séance de rappel sur les pathologies. Un sujet est donné à un agent de santé qui est chargé d'effectuer des recherches pour ensuite faire son exposé devant ses collègues. Ces séances permettent aux agents de mettre à jour leurs connaissances sur les pathologies apprises lors de leur formation initiale. Les sujets abordent souvent les maladies épidémiques, et parfois incluent le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.

« Les agentes tant qu'on ne leur rappelle pas (les notions apprises) ils oublient vite, c'est pour cela que chaque jour on donne une maladie à un agent. Dans les thématiques il y a aussi le fonctionnement du service. Les agentes sont satisfaites parce que ça les arrange, pour d'autres depuis qu'elles ont quitté l'école elles n'ont pas regardé le cahier et ça permet à tout le monde d'être dans le bain et de ne pas oublier. » (Prestataire, femme, DS de Tanout, Niger)

Un modèle de prise en compte des SE

On l'a vu, la pénurie des ressources et l'inadaptation des programmes sanitaires favorisent l'émergence des SE et les légitiment en quelque sorte puisqu'il faut malgré tout assurer la délivrance des services ainsi que le continuum de soins.

Nous avons aussi vu que d'autres solutions trouvent leur place lors de la confrontation des préconisations de santé publique avec les normes socio-culturelles de genre. Mais il n'y a de SE, sans négociations sous-jacentes, sans volonté ferme, sans acteurs pris par le devoir du travail bien fait malgré tout, refusant de tomber dans la fatalité et se prête volontiers aux réflexions sur les solutions possibles et par le biais de l'expérimentation en choisit une ou procède à des combinaisons afin de résoudre les problèmes. Il n'y a de SE sans appui sur les pratiques expérientielles, individuelles ou collectives, sans une forte connaissance du contexte. Il n'y a de SE sans l'existence d'un leadership qui encourage et supporte la dynamique créative, adopte une gouvernance flexible et contribue au processus de légitimation. Par

ailleurs, on aura remarqué que les SE se développent relativement à moindre coût et dans certains cas aucun investissement financier n'est nécessaire.

Certaines sont de l'ordre de la micro-régulation, elles concernent généralement les outils (gestion du manque permanent de matériel), les médicaments (gestion des ruptures et des prescriptions de médicaments). D'autres intègrent des dispositifs de grande envergure, constituant ainsi autour de la SE un groupe multi-appartenances et multi-niveaux. Ainsi les acteurs impliqués ne se limitent plus à ceux du service, mais font intervenir d'autres acteurs internes au niveau de la hiérarchie et plus largement les collectivités territoriales, des représentants de la communauté, des syndicats d'autres professions (comme le cas de la mise en place et du fonctionnement du système des centimes additionnels).

Ces différents contours des SE certes non exhaustifs, sont suffisants pour proposer une typologie provisoire selon les domaines de gouvernance auxquels elles relèvent comme nous l'avons fait dans le tableau suivant avec certaines SE précédemment décrites.

Tableau : Typologie des solutions endogènes

Problèmes	Solutions endogènes	Domaine de gouvernance	Lieu de production	Finalité
Le coût élevé des évacuations sanitaires pour les ménages	L'instauration d'un système de mutualisation des risques	Financement de la santé	District sanitaire	Assurer le continuum de soins
Le manque de matériel et d'équipement	- Utilisation de la tubulure de la perfusion à défaut d'une sonde urinaire - Accumulateur ou un sachet en plastique rempli d'eau fraîche ou de morceaux de glace à défaut d'une vessie de glace - conserver la fidélité des usagers en prenant en location un appareil spécialisé avec un particulier	Gestion des ressources matérielles	Service de santé	Assurer le continuum de soins
Difficultés d'accès aux services pour les usagères anonymes	- Réserver un jour de CPN pour les usagères privilégiées - Encourager les hommes à accompagner leurs conjointes dans les services de santé	Organisation des soins	Service de santé	Améliorer l'équité dans l'accès aux services de santé
Difficultés d'accès aux service de SSRF pour les adolescentes	Des agents ayant d'excellents rapports avec les jeunes sont chargés de faciliter leur accès aux services de SSR	Organisation des soins	Service de santé	Améliorer l'équité dans l'accès aux services de santé
Insuffisance de compétence des agents de santé	Coaching des agents de santé par un.e agent.e de santé	Gestion des ressources humaines	Service de santé District sanitaire	Renforcer les compétences du personnel de santé

	expérienté.e, la formation est adaptée aux contextes d'exercice du métier			
--	---	--	--	--

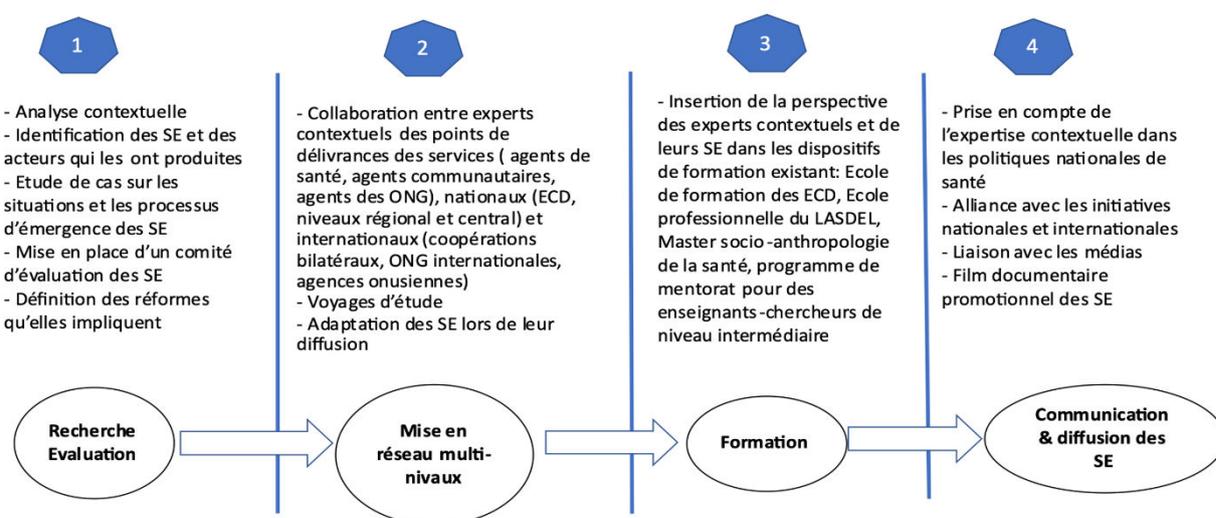
Le fonctionnement quotidien des structures sanitaires implique donc une grande part de régulations informelles dans divers domaines de gouvernance : organisation des soins, ressources humaines et du matériel. En améliorant ces domaines de gouvernance, les SE contribuent fortement à une meilleure performance du système de santé.

Leur diffusion se fait de manière « naturelle » à travers trois canaux : (a) la mobilité des agents de santé d'une structure sanitaire à l'autre, d'un district à l'autre, par le biais des affectations ; (b) au sein du service par mimétisme via la socialisation des stagiaires ; (c) de manière verticale de la base vers le haut c'est-à-dire la hiérarchie jouant le rôle de promoteur et d'institutionnalisation des SE.

L'implication des cadres institutionnels est nécessaire afin de renforcer les SE et pour qu'elles puissent contribuer de manière pertinente à l'amélioration de l'offre de santé. Cela passe nécessairement par une prise de conscience de leur importance dans le travail de réforme du système de santé, leur valorisation et dans l'accompagnement de leur diffusion. Il est aussi nécessaire qu'elles puissent être rigoureusement encadrées, car toute SE n'est pas bonne à prendre. Certaines sont discutables, si elle arrivent à dénouer un problème, elles peuvent cependant parfois s'avérer nocives par la suite. D'où cette notion de SE positive vs négative qui fut longuement discutée en Mauritanie lors de l'ECRIS avec les agents de terrain.

C'est pourquoi dans le modèle de prise en compte des SE dans les stratégies d'amélioration de l'offre de santé, la validation des SE par des experts évaluateurs est incontournable et ne doit retenir que les SE ayant fait leurs preuves et contribué véritablement à la qualité des soins.

Modèle de prise en compte des solutions endogènes dans les stratégies d'amélioration de l'offre de santé



Malgré une prise de conscience de la trop grande dépendance des pays du Sud aux injonctions extérieures et la faible marge de manœuvre des populations et de leurs dirigeants nationaux, le

mécanisme d'endogénéisation des politiques publiques de santé semble difficilement prendre place dans les stratégies actuelles de réforme du système de santé.

Nous pensons que la prise en compte des SE est cependant une des voies possibles peu explorées. À ce titre, une documentation fine de leur mode de production, de la manière dont elles résolvent les problèmes qui se posent et des arrangements nouveaux qu'elles induisent, est indispensable. Le travail sur les SE doit déboucher sur une vision de modules de formation élaborés à partir de données empiriques. Ce type de formation se conçoit dans un rapport non hiérarchique, et stimule une posture réflexive, convoquant l'esprit critique des agents sur leurs propres conduites et pratiques. Quels sont les problèmes réels qu'ils rencontrent, comment tentent-ils de les résoudre ? Il s'agit d'une formation soucieuse des contextes locaux sociaux en privilégiant une approche « par le bas ».

En ces temps de réflexion sur les moyens d'inverser les tendances sanitaires dans les pays à faibles revenus où les systèmes de santé sont fragiles, une telle démarche s'inscrit dans une stratégie visant à contribuer au développement de la participation inclusive des acteurs locaux dans la production des politiques sanitaires, de l'action publique et de l'aide extérieure en matière de santé. Elle constitue l'une des réponses possibles à la difficulté d'opérationnaliser le concept de développement inclusif promu dans les ODD.

Nous tentons ainsi de donner un contenu concret à cette préconisation de l'OMS (souvent restée au stade des bonnes intentions) cherchant à recueillir le point de vue des acteurs nationaux sur ce que devrait être la formation continue des agents de santé : « *Ce qui importe surtout, c'est de rappeler que l'objectif n'est pas d'apprendre aux participants des faits récents ni de leur inculquer des qualifications nouvelles, ni même de les persuader d'accepter les propositions ou les solutions suggérées par l'équipe chargée d'organiser l'atelier. Le but recherché consiste très expressément à établir un contexte dans lequel les participants eux-mêmes prendront des décisions, dresseront des plans et innoveront. Il est absolument indispensable que les décisions et les plans adoptés soient bien ceux que les participants ont eux-mêmes formulés.* »⁵⁸.

Bibliographie

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

ABBATT Fred R., MEJIA Alfonso. *La formation continue des personnels de santé. Manuel pour ateliers*, Organisation Mondiale de la Santé, 1990, 201p.

AMBF, 2016, Plan stratégique 2016-2019 de l'association nigérienne pour le bien-être familial, Bamako Mali.

ANBF, 2016, Plan stratégique 2016-2019 de l'association nigérienne pour le bien-être familial, Niamey, Niger.

ATTERTON Jane, NEWBERY Robert, BOSWORTH Gary, AFFLECK Arthur. Rural enterprise and neo-endogenous development In ALSOS G A, CARTER S, LJUNGGREN E, WELTER F dir. *The handbook of research on entrepreneurship in agriculture and rural development*. Cheltenham: Edward Elgar, 2011, p.256-280.

BOVAIRD Tony. La gouvernance publique : comment maintenir un juste équilibre entre le pouvoir des intervenants dans une société en réseau ? *Revue internationale des Sciences Administratives*, Vol.71,

⁵⁸ Fred R. ABBATT et Alfonso MEJIA. La formation continue des personnels de santé. Page 4.

2005, pp.223-35 ;
<https://doi.org/10.3917/risa.712.0223>

Disponible

sur :

COMTET Isabelle. Entre usage professionnel des TIC et structure organisationnelle : la capacité au bricolage comme compétence adaptative, *Études de communication* [En ligne], 33 | 2009. Disponible sur : <https://doi.org/10.4000/edc.1079>

DAANE Jon, BREUSERS Mark, FREDERICKS Erik. dir. *Dynamique paysanne sur le plateau Adja du Bénin*. Paris, Karthala, 1997, p.351

DESCLAUX Alice, ANOKO Julienne. L'anthropologie engagée dans la lutte contre Ebola (2014-2016) : approches, contributions et nouvelles questions. *Santé Publique*, 2017. Vol. 29(4), 477-485. doi:10.3917/spub.174.0477.

DIARRA Aïssa, Comment réussir la transition démographique en Afrique. *Le Monde Diplomatique* Juillet 2019 page II et III.

DIARRA Aïssa, Mariage d'enfant au Mali et au Niger, comment les comprendre ?, *The Conversation*, 2018. Disponible sur : <https://theconversation.com/mariages-denfants-au-mali-et-au-nigercomment-les-comprendre-105877>

DIARRA Aïssa. *Socio-anthropologie de la prise en charge de l'accouchement au Mali*, Thèse de Doctorat en Anthropologie Sociale et Ethnologie, Marseille, 2010, p.416

DIARRA, Aïssa, Olivier de Sardan Jean-Pierre. *Au Niger, les femmes en première ligne*. *Le Monde diplomatique*, 2016, Disponible sur : http://www.monde-diplomatique.fr/2016/04/De_Sardan.

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

EVANS David K., DOLDSTEIN Markus, POPOVA Anna. Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic, *Correspondence*|Vol.3(8), Open Access Published: 2015 July 08 DOI:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00065-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00065-0)

FOURNIER Pierre, HADDAD Slim, MANTOURA Pascale. Réformes des systèmes de santé dans les pays en développement : l'irrésistible emprise des agences internationales et les dangers de la pensée unique In RAINHORN Jean-Daniel., BURNIER Mary-Josée. dir. *La santé au risque du marché, Incertitudes à l'aube du XXIème siècle*. Cahiers de l'IUED, 2001 p.71-84.

GOBATTO Isabelle, LAFAYE Françoise. Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire) ». *Sciences sociales et Santé*, 2005, Vol. 23, n°1, p.79-108

GOBATTO Isabelle. *Être médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Paris, L'Harmattan, 1999, p.304

HANSON Hara, WORRALL Eve, WISEMAN Virginia. Targeting services towards the poor: A review of targeting mechanisms and their effectiveness In MILLS Anne, BENNETT Sarah, GILSON Lucy dir. *Health, Economic Development and Household Poverty From Understanding to Action* New York: Routledge, 2007. p. 134-154

HARDON Annita. La lutte contre l'épidémie de vih/sida en Afrique subsaharienne : les politiques à l'épreuve de la pratique. *Revue internationale des sciences sociales*, 2005,186, 661-669. Disponible : <https://doi.org/10.3917/riss.186.0661>

HIRSCHMAN, A. O. *Exit, voice, and loyalty: Responses to decline in firms, organizations, and states*. Harvard University Press, 1970, p.176

IGUENANE Jacqueline, Marchand Claire, Bodelot Didier, Pinosa Claudie, Chambon Jean-François, Beauvais Lauriane, Gagnayre Rémi. Implantation de programmes d'éducation thérapeutique de patients vivant avec le VIH dans quatre pays à ressources limitées. Approche évaluative. *Santé Publique*, 2007, 19, 323-334. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/spub.074.0323>

Institut National de la Statistique, 2012, Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSN-MICS IV), Ministère des Finances, Niamey, Niger.

KATHLEEN Beegle, CHRISTIAENSEN Luc, DABALEN Andrew, and GADDIS Isis. *Poverty in a Rising Africa*. Washington, DC: World Bank. 2016. doi:10.1596/978-1-4648-0723-7. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO

KHOI Lê Thành. Culture et développement. *Tiers-Monde*, tome 25, n°97, 1984. p. 9-28 Disponible sur : <https://doi.org/10.3406/tiers.1984.3355>

MARIE Alain, VUARIN Robert, LEIMDORFER François, WERNER Jean-François, GERARD Étienne, TIEKOURA Ouassa dir. L'Afrique des individus. Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine (Abidjan, Bamako, Dakar, Niamey), Paris: Karthala, 1997, p.442

MAWADIA Anass, EGGRICKX Ariel, CHAPPELLIER Philippe. La créativité organisationnelle : un apport pour le bricolage collectif, *Management international*, 2020, Vol24, N°1. Disponible sur : <https://id.erudit.org/iderudit/1069100ar>

Mercier Samuel. Une analyse historique du concept de parties prenantes : Quelles leçons pour l'avenir ? *Management & Avenir*, vol. 33, no. 3, 2010, pp. 142-156.

MOUMOUNI Charles, NKOA Carole. Le double langage du NEPAD. Des flux de capitaux étrangers pour un développement endogène, *Perspective Afrique* Vol. 1, No. 2, 2005, p. 171-186. Disponible sur : www.perspaf.org

MOUSSA Hadiza. *Entre absence et refus d'enfant. Socio-anthropologie de la gestion de la fécondité féminine à Niamey, Niger*. Bamako: La Sahélienne, 2012, p.250

NAMAZZI Gertrude, Kiwanuka Suzanne N., WAISWA Peter, BUA John, OKUI Olico, ALLEN Katharine A., HYDER Adnan Ali, EKIRAPA Kiracho Elizabeth. Stakeholder analysis for a maternal and newborn health project in Eastern Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth* V13 :58, 2013. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-58>

NANGOLI Sudi , NAMIYINGO Sophia, KABAGAMBE Levi, NAMONO Rehema, JAAZA Mahmood, NGOMA Mohammed. Stakeholder participation: An empirical investigation. Vol. 10(8), pp. 182-186, 28 April, 2016 DOI: 10.5897/AJBM 2015.8019 Article Number: AA903BA58140 ISSN 1993-8233 Copyright © 2016 Author(s) retain the copyright of this article <http://www.academicjournals.org/AJBM> African Journal of Business Management

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, DIARRA Aïssa, MOHA Mahaman. Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Research Policy and Systems*, 2017, 15 (suppl 1) : 60 (DOI: 10.1186/s12961-017-0213-9)

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, MOUMOUNI Adamou & SOULEY Aboubacar. « L'accouchement, c'est la guerre ». Accoucher en milieu rural nigérien , *Afrique Contemporaine*, 2000, 195, p.136-154

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, RIDDE Valéry dir. *Une politique publique de santé et ses contradictions*. Paris : Khartala, 2014. 472p.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre. *La revanche des contextes. Des mésaventures de l'ingénierie sociale, en Afrique et au-delà*. Paris : Karthala, 2021. 494p.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre. Les enjeux scientifiques et citoyens d'une anthropologie des politiques publiques, *Antropologia Publica*, 2017, Vol. 1, no 1-2, p. 7-22.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre. *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris : APAD – Karthala, 1995. 221p

PINO SANTOS Oscar. Développement endogène et Nouvel ordre économique international : genèse, situation actuelle et perspectives In GREFFE Xavier., *Science économique et développement endogène*, Paris, UNESCO, ISBN 92-3-202208-7, 1986. P. 221-242.

RAMANDEI Lazarus . Endogenous development approach in development customary territories in papua province (a critical theory), *International Journal of Information and Decision Sciences* 2021, 24(7)

RIDDE Valéry, JACOB Jean-Pierre dir. *Les indigents et les politiques de santé en Afrique, Expériences et enjeux conceptuels*. Louvain-La-Neuve : Editions Academia, Coll. « Investigations d'anthropologie prospective », 2013. p.476

RIDDE Valéry. *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest - Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Les Presses de l'Université de Montreal, 2012. p.344

RYCKMANS Hélène. L'impact des projets de développement sur les rôles de production et de reproduction des femmes africaines, *Recherches féministes*, 1995, 8 (1), 51–74. Disponible sur : <https://doi.org/10.7202/057819ar>

SEHOUETO Lazare. Savoirs agricoles localisés et production vivrière en Afrique subsaharienne. *Diversité culturelle et biodiversité, Revue internationale des sciences sociales*. 2006, 1, n° 187, p.127-34. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/riss.187.0127>

SLEE Bill. Endogenous development; a concept in search of a theory In VAN DER PLOEG J. dir. *Strengthening endogenous development patterns in European agriculture Chania*. CIHEAM Options Méditerranéennes : Série A. Séminaires Méditerranéens; n. 23 1993 p.43-54

TIZIO Stéphane. Trajectoires socio-économiques de la régulation des systèmes de santé dans les pays en développement : une problématique institutionnelle. *De Boeck Supérieur Mondes en développement*, 2005, /3 N°131. Disponible sur : <https://doi.org/10.3917/med.131.0045>

VIEL Laurent, LIZARRALDE Gonzalo, MAHERZI Fella Amina, THOMAS-MARET Isabelle. L'influence des parties prenantes dans les grands projets urbains. *Cybergeo: European Journal of Geography* [En ligne], Aménagement, Urbanisme, document 604, mis en ligne le 26 avril 2012. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/cybergeo/25310> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cybergeo.25310>

World Health Organization (WHO), Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva : WHO ; 1978 (Health for All Series No. 1).

ZHANG Kun, SHANG Hailin. The endogenous development of pastoral society: an anthropological case study in East Ujimqin Banner in Inner Mongolia. *International Journal of Anthropology and Ethnology*, 2020 4:14. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s41257-020-00041-2>

