



POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTE ET REDUCTION DE MORTALITE MATERNELLE : LA REALITE QUOTIDIENNE DANS LES CENTRES DE SANTE PARAPUBLIQUE DU TOGO

PUBLIC HEALTH POLICIES AND REDUCTION OF MATERNAL MORTALITY: THE DAILY REALITY IN THE PARA-PUBLIC HEALTH CENTERS OF TOGO

¹ KOUMI Kossi Mitronougna

¹ Doctorant, Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales (EHESS/CNE), France et Université de Lomé, Togo, koumiabel@gmail.com/kossi.koumi@ehess.fr

KOUMI Kossi Mitronougna, Politiques publiques de santé et réduction de mortalité maternelle : la réalité quotidienne dans les centres de santé parapublique du Togo, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 65-82, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-11 06:08:03, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=118>

Résumé

L'implémentation de politiques publiques en santé maternelle a été longtemps perçue comme un levier efficace pour la réduction de morbidité et de mortalité maternelle dans les pays du Sud. En sciences sociales, on connaît plus ou moins bien comment ces politiques sont mises en œuvre dans les formations sanitaires publiques. Par contre, dans les centres de santé parapublics, on ne sait suffisamment pas comment cette mise en œuvre est faite. Ceci ne permet pas de mesurer réellement les effets de ces politiques dans la réduction de la mortalité maternelle. La présente contribution se propose de réfléchir sur la réalité quotidienne et concrète de la mise en œuvre des mesures de deux politiques publiques ayant pour but la réduction de la mortalité maternelle. Elle

se fonde sur une démarche empirique de type ethnographique conduit dans un centre privé et un centre confessionnel de soins de Lomé (Togo). Les réalités observées ne sont pas différentes de celles documentées au sujet de ces politiques dans les formations sanitaires publiques. Les politiques et réformes instituées dans le cadre de la santé maternelle connaissent bien d'écarts dans leur mise en œuvre dans les deux structures de soins étudiées. Beaucoup plus dans le privé que dans le confessionnel. Ces écarts qui obstruent d'une certaine manière à la réduction de la santé maternelle résultent fortement du fonctionnement à double vitesse, laxiste et mutisme du système de santé lui-même qui les coproduisent avec les formations sanitaires.

Mots clés : Politique de santé, santé maternelle, écarts, norme pratique, système de santé, Togo

Abstract

The implementation of public policies on maternal health has long been seen as an effective lever for the reduction of maternal morbidity and mortality in the countries of the South. In the social sciences, we know more or less well how these policies are implemented in

public health facilities. On the other hand, in parapublic health centres, we do not know enough about how this implementation is carried out. This makes it impossible to really measure the effects of these policies in reducing maternal mortality. This contribution proposes to reflect on the daily and concrete reality of the implementation of the measures of two public policies aimed at reducing maternal mortality. It is based on an empirical ethnographic approach conducted in a private and a religious health care centre in Lomé (Togo). The realities observed are no different from those documented about these policies in public health facilities. The policies and reforms instituted in the context of maternal health are very different in their implementation in the two health care structures studied. Much more so in the private than in the religious sector. These discrepancies, which in a way obstruct the reduction of maternal health, are strongly the result of the dual-speed, lax and silent operation of the health system itself, which co-produces them with the health facilities.

Key Words: Health policy, maternal health, « gaps », norms/"practical norms", health system, Togo

INTRODUCTION

« Ce mardi matin de décembre, nous avons rendez-vous avec la surveillante du service de gynéco-obstétrique d'un centre de santé public de Lomé pour un entretien exploratoire entrant dans le cadre de notre thèse de doctorat. Sur les lieux, nous observons une agitation étrange et lorsque nous sommes allés aux informations, nous avons appris que l'objet de cette agitation des soignants du service de gynéco-obstétrique est le décès d'une femme en couche ainsi que son nouveau-né au cours de la garde précédente. Cette dernière n'est pas « anonyme », elle est la petite fille d'un médecin du service admis à la retraite depuis quelques mois. En effet, une sage-femme stagiaire explique que la défunte a

commencé la prise en charge de sa grossesse dans une clinique de renom de la capitale où le médecin traitant lui a proposé un accouchement par une césarienne de prophylaxie. La gestante souffrait du lupus d'où cette mesure. N'étant pas d'avis avec ce médecin, elle décide de changer de structure de prise en charge dans le but d'éviter cet acte. Elle s'est donc orientée vers l'hôpital de Bè où son grand-père maternel avait été médecin. Son nouveau médecin dans cette structure (à Bè) lui promet, malgré la comorbidité, un accouchement par voie basse. Quand elle a été admise la nuit précédente pour le début de travail, le médecin de garde qui n'était pas son médecin traitant souhaitait lui aussi un accouchement par voie basse en s'appuyant sur le fait qu'elle est multipare. L'accouchement était dystocique jusqu'au moment où la parturiente aurait signalé un vertige et des malaises. Le médecin se décide alors de faire une césarienne. Le temps de préparation de la parturiente elle fait un premier arrêt cardiaque. Réanimée avec succès, elle refait un second au cours de l'intervention. Le nouveau-né a été tout de même « sauvé » du sein maternel, mais n'a survécu que quelques heures (...) » (Extrait des notes d'observation, Bè, décembre, 2016).

Cette observation fait entre autres cas d'une mortalité maternelle et les facteurs qui y sont liés. Que ce soit dans les centres de santé comme c'est le cas ici ou à domicile, en milieu urbain ou rural, dans les pays du Sud en général ou au Togo particulièrement, les taux de mortalité maternel demeurent inquiétants. Il est de 401 décès pour 100 000 naissances vivantes (Ministère de la santé et de la protection sociale 2017, p.11) au Togo et est nettement plus élevé que la moyenne mondiale qui est de 211 décès pour 100 000 naissances vivantes pour la même année¹.

Les causes des mortalités maternelles sont relativement connues aujourd'hui. Elles vont des facteurs anthropiques c'est-à-dire liés aux actions des soignants et soignés (erreur, médical,

¹ Cf. www.blogs.worldbank.org/fr/opendata

retard de consultations...), aux facteurs structuro-techniques (fonctionnement et organisation des centres de santé, techniques de délivrance des soins, le plateau technique des centres sanitaires...) en passant par les facteurs auxiliaires (économique, politiques, biologique, etc.)². Certains auteurs parleront globalement de causes directes et indirectes (A. Prual 1999, p.161).

Au Togo comme partout dans les pays du Sud, la plupart des actions visant à réduire les mortalités maternelles se sont évertuées au fil de l'histoire à agir sur ces différentes causes. Différentes actions, réformes programmes, projets et surtout politiques sanitaires ont été le plus souvent les leviers de ces actions de réduction de mortalité maternelle.

Depuis plusieurs décennies, parallèlement aux efforts des institutions internationales à travers les différentes actions susmentionnées, la problématique de la mortalité maternelle et infantile à intéresser et continu d'ailleurs à l'être, les sciences sociales. Elles ont décrit, analysé et discuté ces principales réformes mises au point pour l'amélioration de la santé maternelle. Certains auteurs comme M. Carton et R. Zerbo (2011, p. 161) ont questionné la pertinence et le bien-fondé de ces réformes avant de conclurent leur caractère superflu et inopportun, notamment dans les pays du Sud. D'autres auteurs comme Y. Jaffré et S. Suh (2016, p.178-179) se sont quant à eux intéressés aux tensions entre ces réformes et les dynamiques socio-culturelles locales ou endogènes. C. Ouedraogo *et al.* (2001, p.453) et plus tard J-P. Olivier de Sardan, A. Diarra et M. Moha (2017, p.76) analysent la conception de ces réformes et leur reprochent de ne pas prendre suffisamment en considération les spécificités des contextes locaux de mise en œuvre. D'autres analyses encore se sont s'intéressées à la mise en œuvre et l'évaluation de ces réformes. J-P. Unger *et al.* (2009, p.93) et Y. Coppieters *et al.*, (2011,

p.414) soulignent à cet effet que ces réformes n'ont pas atteint leurs objectifs.

Quoique pertinentes et très instructives, l'essentiel des analyses proposées autour des politiques ou réformes de la lutte contre la mortalité maternelle concerne beaucoup plus les formations sanitaires du secteur public laissant dans une zone d'ombre celles des structures privée et confessionnelle ou du secteur parapublic³ plus généralement. En effet, dans les cadres de ces réformes visant la réduction de la mortalité maternelle, il est aujourd'hui certain que dans les centres de santé public du Togo comme dans bien de pays africains, certaines des mesures instituées (par ces réformes) comme l'usage du partogramme dans le suivi du travail d'accouchement par exemple ne sont pas quotidiennement observées et mises en œuvre comme cela se doit (G. Blundo *et al.*, 2018, p.29, J-P. Olivier de Sardan, A. Diarra et M. Moha 2017, p.72). Mais, on ne sait pas grand-chose sur l'application concrète et quotidienne de cette mesure du partogramme dans les secteurs privé et confessionnel.

L'objet de cette contribution est également d'éclairer cette zone d'ombre en s'intéressant à la mise en œuvre des politiques d'amélioration de la santé maternelle dans le secteur parapublic à travers l'analyse d'un centre de santé privé et confessionnel de Lomé (Togo).

En effet, la question de la mortalité maternelle est holistique et son taux doit se calculer sur la base des décès enregistrés dans les secteurs publics, et parapublics (privé et confessionnel). Ceci suppose que pour agir sur les facteurs déterminants les taux élevés de la mortalité maternelle, les actions doivent être menées à la fois dans les deux secteurs. Pour se faire, il est important de connaître aussi la configuration de la mise en œuvre quotidienne et concrète (les écarts de mise en œuvre, etc.) des différentes politiques d'amélioration de la santé maternelle

² Pour plus d'information sur les causes de mortalité maternel, Cf. M. K. Bohoussou (1992), P. Hancart-Petitot (2005), Staderini (2011), Y. Jaffré et S. Suh (2016), entre autres.

³ Nous entendons simplement par secteur parapublic dans ce texte, les secteurs qui ne sont pas du public. Il s'agit plus exactement dans ce texte des secteurs privé et confessionnel.

dans les structures parapubliques. C'est l'un des objectifs de cette contribution.

Les politiques en faveur de la santé maternelle au Togo sont globalement issues de la politique de la santé de la femme elle-même découlant de la politique de la santé de la reproduction. Cinq grandes politiques en faveur de la santé maternelle⁴ peuvent être répertoriées dans le système de santé au Togo : 1) la politique de consultation prénuptiale et préconceptionnelle, 2) la maternité à moindre risque, 3) la prise en charge gynécologique, 4) la prise en charge des troubles de la sexualité et de la ménopause, 5) la santé de la reproduction des femmes handicapées (Ministère de la santé 2009, p. 15-16). Bien sûr, pour des raisons pratiques et de commodité, les mises en œuvre de toutes ces politiques dans les deux centres de santé parapublics ne peuvent être abordées dans ces quelques pages. Nous proposons donc de nous intéresser à la politique de la Maternité à moindre risque (MAMR) parce que c'est sur elle que porte notre recherche doctorale dont découle cet article, mais aussi parce qu'elle est le plus présentée comme pouvant agir sur les causes directes de la mortalité maternelle notamment lors de la grossesse, l'accouchement et le post-partum. C'est d'ailleurs dans cette dynamique de la lutte contre la mortalité maternelle que nous insérons cette contribution.

La lutte contre la mortalité maternelle dans le système de santé du Togo ne s'appuie pas que sur des politiques liées directement à la santé maternelle. Elle s'adosse aussi sur d'autres politiques comme celle du financement de la santé que nous allons également étudier.

Les politiques d'exemption de paiement comprennent entre autres des mesures d'exemption totale ou partielle de paiement d'un service ou de la prise en charge d'une pathologie spécifique pour tout ou une partie de la

population (cf. K. S. Dogbe, et *al.*, 2012, p.222- p.223, A. Kelley et *al.*, 2014, p.24). C'est le cas des mesures d'exemption partielle des frais de césarienne simple⁵, la gratuité de la prise en charge du paludisme chez toute la population et donc chez les femmes enceintes, la gratuité des Moustiquaires imprégnés d'insecticides de longue durée d'action (MILDA) et du Traitement intermittent (TPI) chez les femmes enceintes ainsi que l'exemption de paiement liée à la PTME sont les principales mesures d'exemption de paiement touchant les femmes enceintes et pouvant agir sur la mortalité maternelle. Elles sont bien évidemment celles que nous étudierons ici sous les appellations de politique d'exemption de paiement.

Ces mesures d'exemption de paiement touchant les gestantes et mères associées aux mesures de la politique de maternité à moindre risque sont concrètement les principaux centres d'intérêts dans le quotidien des services de gynéco-obstétriques de Biasa (un centre de santé privé) et de Sainte Anne.

Nos réflexions partent de l'hypothèse selon laquelle ces centres de santé parapublique (privé et confessionnel) ont des dispositifs structurel, organisationnel et fonctionnel relativement appréciables par rapport à ceux du secteur parapublic. Ils respecteraient donc beaucoup plus les principes de mise en œuvre des politiques et influenceraient par là même positivement la santé maternelle.

1. Matériels et méthodes

1.1. Matériels

Cette contribution est produite sur la base de données théorique et empirique engrangées entre février 2018 et juin 2019. La recherche empirique s'est déroulée dans trois centres de

⁴ La santé maternelle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme, de la grossesse, à l'accouchement jusqu'au postpartum (cf. https://www.who.int/topics/maternal_health/fr/). Le post-partum est une période, celle qui s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse.

⁵ Une césarienne « simple » renvoie à une intervention chirurgicale sur une gestante n'ayant pas de co-morbidité ou de complication susceptible de nécessiter une prise en charge particulière en amont ou au cours de la césarienne.

santé de Lomé pour la diversité de leurs usagers, de leurs ressources matériels et humaines ainsi que de la reconnaissance sociale dont ils jouissent dans le cadre de la délivrance des services de santé maternel. Il s'agit : hôpital de Bè, Biasa, Sainte Anne appartenant respectivement aux secteurs public, privé et confessionnel de santé.

Pour les besoins de l'analyse, seules les données produites dans les centres privé et confessionnel seront utilisées dans ce texte. Ces deux centres de santé (Biasa et sainte Anne) ne sont pas homogènes sur le plan structurel, organisationnel, et du point de vue de leur taille (K. M. Koumi, 2020, p.125-127) même s'ils appartiennent tous au niveau opérationnel de la pyramide sanitaire du Togo. Pour donner une idée sur cette hétérogénéité, du point de vue de leur taille, des ressources humaines, des politiques organisationnelles, nous pouvons dire que la formation sanitaire privée peut être considérée à minima comme un hôpital de district de type 2 alors que le centre confessionnel ne peut être classé à maxima comme un hôpital de district de type 1 (Ministère de la Santé 2001, p. 21-22)

Choisir d'analyser dans une logique comparative les structures sanitaires si hétérogènes n'est pas le fruit du hasard. Il répond au désir d'observer l'existence ou non des variations des écarts aux normes de mise en œuvre des différentes politiques selon la « taille » des centres de santé.

Dans ces deux centres de santé, la démarche de production de donnée est qualitative de type ethnographie. Des stages de recherche ont été sollicités dans les services de gynéco-obstétrique des centres de santé. Ils nous ont permis non seulement de mener des entretiens semi-structurés, mais aussi d'observer la réalité quotidienne de l'implémentation des politiques de lutte contre la mortalité maternelle de l'intérieur. Les entretiens ont été réalisés avec des soignants, usagers et responsables administratifs qui constituent les « groupes stratégiques » (J.-P. Olivier de Sardan, 2003, p. 22) de la recherche.

Un corpus d'environ 40 entretiens (18 réalisés dans le confessionnel et 22 dans le privé) est utilisé dans le cadre de cet article et plus d'une dizaine d'heures d'observation systématique sur les deux sites. Ces observations ont été essentiellement menées lors des consultations et de la délivrance des services (accouchements, soins post-partum, etc.).

Précisons qu'il ne s'agit pas de 40 personnes rencontrées ou d'un échantillon d'enquêtés, mais d'entretiens réalisés. Nous sommes dans une démarche strictement qualitative de type ethnographique pour les besoins de la recherche et surtout de la problématique traitée. Nous avons ainsi fonctionné avec le principe de saturation et d'« itération » (J.-P., Olivier de Sardan, 1995, p.15) plutôt que d'échantillon sans toutefois tomber dans le piège de « l'informateur privilégié ». Dans cette logique, rappelons-le, l'arrêt des entretiens ou la fin du terrain est fonction du principe de saturation vis-à-vis des sujets de discussion.

Les enquêtes n'ont pas été conduites systématiquement sur les deux sites. Nous avons commencé par le privé et ensuite le confessionnel. Cependant, l'itération entre ces deux sites a été la règle dans cette recherche.

Les informations générées empiriquement se joignent à celles issues du travail documentaire pour constituer le corpus ayant servi de base à la réflexion que nous proposons ici.

1.2. Méthodes

Le traitement des données a été progressif tout au long de la recherche, mais plus intensif après les phases de production de données (collecte de données). Au cours des phases de terrain, les entretiens enregistrés sont systématiquement codés et retranscrits. Les notes de terrain sont aussi méthodiquement révisées, puis complétées en faisant appel à notre mémoire ou aux photographies prises. Nous avons établi ensuite pour chaque entretien et note d'observation une fiche signalétique comprenant : l'identité (propre ou fictive) de l'informateur, son contact, le lieu de l'entretien, la date et l'heure, la durée de

l'entretien, le groupe stratégique et le résumé de l'entretien.

Ces corpus de données (entretien et observation) ont été ensuite saisis dans un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word) et enregistrés dans deux différents fichiers, chacun correspondant à une formation sanitaire.

Ces données ont été entièrement relues à la fin des enquêtes. Ceci a permis de dégager les grandes idées et résultats de recherche qui à leur tour ont permis de faire émerger une ossature très provisoire des différents points susceptibles d'être développés dans l'article. Les données produites sont ensuite classées selon les différents points de l'ossature.

Toute la tâche de traitement et d'organisation des matériaux a été réalisée manuellement. Il nous semble que la méthode manuelle permet de mieux maîtriser le matériel produit, ce que nous avons moins ressenti lors d'une expérience précédente où nous avons procédé à un traitement informatique via un logiciel approprié, le "Qualitative data analysis" (QDA miner).

2. RESULTATS

2.1. La politique de Maternité à moindre risque (MMR) : une mise en œuvre discutable dans le privé que le confessionnel

Généralisée autour des années 2000 dans les pays du Sud, la politique de la Maternité à moindre risque se substitue à celle de la Maternité sans risque (MSR). Cette nouvelle politique poursuit les objectifs de la précédente qui est, rappelons-le, la réduction de la morbidité et mortalité maternelle à travers l'application quotidienne de différentes mesures (pratiques, gestes, technique de soins, discours...) qui s'appliquent aux phases du processus de maternité, c'est-à-dire aux consultations prénatales, l'accouchement et le post-accouchement.

2.1.1. Les consultations prénatales dans les deux centres de santé étudiés et les mesures de la maternité à moindre risque

Les mesures de la politique de la maternité à moindre risque prescrivent un certain nombre de services de santé dont doivent obligatoirement bénéficier les gestantes lors des suivis de grossesses : « examens clinique selon l'approche par risque, vaccination antitétanique, examens paracliniques au besoins, dépistage et prise en charge des affections sur la grossesse, dépistage et prise en charge de l'infection à VIH (c'est le dispositif de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant), prévention du paludisme, prévention de l'anémie et déparasitage systématique de la gestante, référence et évacuation au besoin, communication pour le changement de comportement » (Ministère de la santé 2009, p. 15). Ces mesures d'ordre techniques sont accompagnées d'autres prescriptions normatives qui relèvent du social ; de l'instauration d'une interaction accueillante (accueil chaleureux, l'écoute attentive des usagers...). Ces dernières sont transmises aux soignants lors des formations continues. Bien qu'elles ne soient pas éditées en détail, elles sont incluses dans la « communication pour le changement de comportement ».

Sur la base de nos observations empiriques et donc d'un point de vue « emique » (J.P. Olivier de Sardan 1998, p. 151-166), nous avons regroupé ces prestations (technique et sociale) en 4 phases : le « contact », les examens, « l'interrogatoire de diagnostic des signes de danger », la phase des prescriptions et des rendez-vous. C'est sur la base de cette reconsidération que nous projetons d'analyser la mise en œuvre des mesures dans les deux centres de santé.

La phase de « contact » est celle qui succède à l'affranchissement du pas de la salle de consultation par les usagers. Les normes indiquent un accueil chaleureux, caractérisé par la salutation, l'invitation des gestantes à s'asseoir, la présentation (nom, prenons au

moins) du soignant qui accueille... Ces prescriptions ne sont pas très différentes des recommandations de la déontologie et de l'éthique médicale. Dans les centres de santé privé et confessionnel étudiés, elles sont très peu observées. La salutation des usagers, la présentation du soignant, l'invitation des usagers à s'asseoir sont très aléatoires. De même, les gestantes sont très peu informées du déroulement de l'interaction ou de la consultation, elles le découvrent au même moment qu'elles sont consultées. Ce qui génère de différents ressentiments comme le raconte cette gestante.

« ... Moi franchement c'est ma première grossesse, je ne sais pas trop comment ça se passe, quand je suis arrivée chez ce médecin, je ne savais pas comment la séance allait se passer en réalité ; lui aussi ne m'a rien dit. Il a commencé la séance (...) et quand il m'a demandé de me coucher, je l'ai fait. Il m'a dit d'écarter les jambes, j'ai fait aussi cela, mais je ne savais pas ce qu'il allait faire donc j'ai écarté mes jambes comme je le pouvais, mais pour lui je n'avais pas assez écarté donc il m'a crié dessus. J'étais choquée... Le problème était que je ne m'étais pas préparée, il ne m'a rien dit du tout. Je crois que c'est aussi ce qui leur manque dans ce centre de santé, ils ne savent pas communiquer et accueillir les gens, leur expliquer comment les choses vont se passer » (Extrait d'entretien avec une gestante, Biasa, Février 2018)

Ce récit ne diffère pas de celui rapporté souvent au sujet des centres du secteur public. Les pratiques critiquables dans le récit ne se limitent pas qu'à ce service de gynéco-obstétrique tout comme elles ne se restreignent pas aux centres de santé privé et public ; elles touchent également le confessionnel.

La phase d'accueil est suivie dans la plupart des cas de celle de « l'interrogatoire de diagnostic des signes de danger ». Officiellement, cette

phase se caractérise par une discussion entre les soignants et les soignés dans le but de surveiller la gestation, d'éduquer la gestante (communication pour un changement de comportement) et de dépister de potentiels risques pour la grossesse. Les observations dans les deux centres de santé parapubliques étudiés révèlent que ces entretiens sont très brefs et beaucoup plus proches d'une formalité qu'une phase de la consultation. Très souvent d'ailleurs, cet interrogatoire se fait en même temps que les examens cliniques ou peut les précéder.

Dans les deux centres de santé, la phase des examens commence par les examens cliniques : mesure de la hauteur utérine et du périmètre ombilical, palpation abdominale, auscultation des bruits du cœur fœtal, toucher vaginal. Ces examens que les soignants des deux structures parapubliques réalisent sont conformes aux prescriptions de la politique. Cependant, dans leur exécution, il est difficile d'apprécier leur conformité du fait que les normes ne soulignent pas exactement comment ils doivent se faire. Il s'en suit la prescription des examens paracliniques, dont certains comme le dépistage du VIH et du paludisme (au besoin) sont réalisés par la sage-femme lors de la consultation.

Dans les années 2000 la Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) émerge avec les programmes de lutte contre le VIH et a été ensuite intégrée au dispositif des consultations prénatales. Selon les dispositions officielles, les femmes enceintes doivent être dépistées gratuitement au moins 3 fois au cours de la gestation, à raison d'un test de dépistage par trimestre. Un quatrième test doit être en fin réalisé en salle de travail.

Dans la formation sanitaire privée étudiée, seulement 2 tests sont réalisés. Le premier reste payant, car il est automatiquement inclus dans le bilan de début de grossesse que les gestantes paient au laboratoire de la formation sanitaire. Seul le second et dernier test est gratuit et réalisé lors des consultations prénatales.

Dans le confessionnel, les deux tests sont gratuits pour toutes les gestantes et réalisés lors des

consultations par les sages-femmes comme le souligne les normes. Toutefois la pratique est discutable dans le fond (counselings ne respectant pas les protocoles prescrits, l'oubli des sages-femmes de réaliser l'examen entre autres) et sujette aux nombreux dysfonctionnements du système de santé (rupture d'intrant, non approvisionnement...). Les critiques qu'on pourrait adresser à la PTME dans cette structure professionnelle ne sont pas très éloignées de celles qu'on adresse aux centres de santé publics du Togo et au-delà (Moha, 2011, p. 38-62).

Dans le centre de santé privé, non seulement la réalisation de 2 tests de dépistage dont la non-gratuité du premier constitue un écart aux normes de la politique de maternité à moindre risque, mais il remet également en cause le principe de consentement et de liberté des usagers. Nos observations révèlent que ce consentement des gestantes n'est pas sollicité lors du prélèvement et qu'elles ne bénéficient d'aucun counseling pré et post test.

Ce rapport de la structure sanitaire privé aux normes de mise en œuvre de la PTME n'est pas une déviance fortuite, il résulte d'une négociation, d'un compromis avec les autorités sanitaires. Un responsable du service de gynéco obstétrique affirme :

Quand ils (en parlant des autorités sanitaires) ont voulu que nous fassions la PTME, nos chefs leur ont expliqué qu'il faut que nous fassions des recettes or la gratuité du test ne nous arrange pas, car, nous allons perdre en moyenne 6000 FCFA par test réalisé gratuitement. Pour que la structure ne perde pas totalement ses ressources, ils ont décidé qu'un seul test soit gratuit. (Extrait d'entretien avec un responsable administratif, Biasa, mars 2018)

Au cours des consultations, au besoin, les gestantes doivent bénéficier gratuitement d'un test de dépistage rapide (TDR) du paludisme. Cette recommandation de la politique de

maternité à moindre risque est observée dans la structure professionnelle alors que dans le privé cet examen reste payant et s'ajoute à la liste des autres examens paracliniques.

La logique du centre de santé privé demeure économique. Il se différencie donc du centre professionnel par ses écarts aux prescriptions de la politique à l'échelle de la phase des examens.

A la suite des examens, des prescriptions médicamenteuses peuvent se faire selon les résultats des examens et la phase de diagnostic des signes de danger ou les anciennes ordonnances peuvent être renouvelées. C'est donc la phase des prescriptions qui succède à celle des examens dans les deux centres de santé. Selon le protocole officiel, la vaccination antitétanique est systématiquement prescrite ainsi que les médicaments prophylactiques comme les suppléments de fer, d'acide folique pour prévenir l'anémie, des antibiotiques pour prévenir des infections et le Traitement préventif intermittent par la Sulfadoxine pyriméthamine (TPI-SP). Au sujet des TPI-SP, les recommandations de la politique de maternité à moindre risque exige la prise d'une dose de cette molécule devant la sage-femme à partir des 13 semaines d'aménorrhée et ce, une fois par trimestre. Dans le centre privé, la prise de cette molécule n'est en effet pas systématique et n'est non plus gratuit. Contrairement au centre de santé professionnel où la molécule est gratuitement donnée aux gestantes (sauf en cas de rupture de stock) qui la prennent séance tenante, dans le privé elle demeure payante.

Tant à Biasa qu'à Sainte Anne, les prescriptions sont suivies de la fixation de la date du prochain rendez-vous de consultation.

Ces rendez-vous varient d'une formation sanitaire à l'autre. Dans le professionnel, ils se font entre 3 et 5 fois selon l'état de santé de la gestante à raison d'une séance de consultation par trimestre. Dans le privé, les rendez-vous sont fixés tous les mois, soit entre 8 et 10 fois au cours de la gestation.

Du point de vue normatif (les normes encore en vigueur dans la politique de maternité à moindre risque au Togo) la structure confessionnelle est beaucoup plus respectueuse des prescriptions que le privé. En effet 3 à 5 consultations sont prévues par les normes. La première visite doit être comprise entre le début de la grossesse et la fin du troisième mois, c'est-à-dire avant la seizième semaine où cette première séance peut avoir lieu au moment où la femme pense qu'elle est enceinte. La deuxième visite doit se faire au cours du deuxième trimestre, entre le quatrième et le sixième mois (19 à 28 semaines d'aménorrhée). La troisième visite doit avoir lieu au troisième trimestre, entre le septième et le huitième mois (32 à 36 semaines d'aménorrhée). La quatrième visite doit avoir lieu au neuvième mois, entre trente-six et quarante semaines d'aménorrhée (Ministère de la sante, 2009, p.30). Pour justifier ce rapport aux normes des rendez-vous de consultations, les responsables de la structure privée soutiennent que l'agenda proposé vise à offrir un suivi efficace aux gestantes. Ceci laisse entrevoir une logique économique en filigrane dans la temporalité proposée et au regard des nombreux écarts dans la prise en charge des gestantes.

Les rapports des deux centres de santé aux normes de mise en œuvre de la politique de mortalité à moindre risque paraissent variables. Il est trop tôt de conclure quoi que ce soit pour l'heure sans l'analyse du rapport de ces centres de santé aux mesures de prise en charge des accouchements et post-partum. Toutefois, on pourra penser que des deux structures, la structure confessionnelle paraît relativement plus « observante » aux mesures que le privé.

2.1.2. La prise en charge du travail, l'accouchement et le post-partum : les normes officielles versus les arts de faire locaux dans les deux centres de santé

Parallèlement à la prise en charge des grossesses, le travail et l'accouchement sont aussi sujets à de nombreux écarts vis-à-vis des directives de la politique de la maternité à moindre risques.

Dans les deux centres de santé, les parturientes sont installées en salle de travail puis suivies lorsqu'on constate l'effectivité du travail. Les normes médicales ont organisé le travail d'accouchement en deux grandes phases : la phase de latence et la phase active. La première commence avec les premières contractions régulières et potentiellement douloureuses avec ou sans modification du col de l'utérus tandis que la seconde est celle qui débute entre 4 et 6 cm de dilatation cervicale et se termine à « dilatation complète » (Haute Autorité de Santé 2018, p. 25).

Chacune de ces phases est caractérisée par des gestes et pratiques médicales spécifiquement prescrites par la politique de la maternité à moindre risque. Selon les normes internationales, ces prescriptions indiquent un suivi le plus « naturel » possible, sans médicaments ni geste médical de la phase de latence, sauf en cas de « dystocie dynamique » c'est-à-dire de retard de la vitesse de dilatation cervicale. Dans ce cas les prescriptions préconisent en première intention une amniotomie, c'est-à-dire la rupture artificielle des membranes des eaux, qui peut être suivie d'une dose d'ocytocine en l'absence d'amélioration dans les 1 h suivant l'amniotomie (C. Dupont et *al.* 2017, p. 115-116). Pour des raisons sanitaires objectives, les normes autorisent le délaissement de l'accompagnement physiologique pour une prise en charge médicamenteuse (perfusion de solution salée...) en cas de sensations de malaises des gestantes, mais cela ne doit être en aucun cas systématisé. Dans les deux centres de santé étudiés, ce principe de suivi « naturel » du travail n'est pas observé. Déjà, on observe dans le centre de santé privé l'injection plus ou moins systématique d'anti-spasmodique dès l'arrivée de femmes enceintes en début du travail pour vérifier (selon les propos des soignants) l'effectivité du travail d'accouchement. De même on observe pour des raisons subjectives (fatigue du soignant, son envie d'aller plus vite, etc.) une tendance relativement forte et systématique de déclenchement artificiel volontaire et d'accélération du travail d'accouchement par le

Syntocinon®⁶, même en tout début du travail. Or, l'usage du Syntocinon® durant le travail surtout dans le cadre des accouchements par voie basse aurait des conséquences sur la santé maternelle, car, elle multiplie les risques d'hémorragie postnatale ce qui met en danger la santé maternelle.

Les raisons subjectives qui sous-tendent ce dernier comportement des soignants de deux centres de santé sont entre autres l'impatience des agents de santé face à « l'éternisation » apparente du travail. Accélérer le travail dans ce cas leur permet, selon leurs propos d'achever au plus vite l'accouchement et passer à d'autres activités relevant de leurs prérogatives.

En effet, les soignants des centres de santé étudiés sont en sous-effectifs par rapport aux nombres de femmes auxquelles ils doivent faire face. Dans le confessionnel par exemple, trois sages-femmes travaillent en alternance à raison d'une sage-femme pour la journée et une pour la nuit tandis que la troisième se repose pour la garde de nuit du lendemain. Dans ce centre de santé, l'organisation du travail est telle que la seule sage-femme de garde est à la fois en charge des consultations prénatales, de la consultation et la prise en charge des femmes ayant des problèmes gynécologiques en l'absence du médecin spécialiste, puis en charge du suivi de parturientes et des accouchements. Notons de passage qu'aux jours de fortes affluences, cette seule sage-femme aidée de deux accoucheuses prend en charge environ plus d'une trentaine de femmes enceintes et mères. A cet égard, *mutatis mutandis*, l'empressement de ces soignants pourrait conduire aux écarts observés. Mais, cet argument ne semble pas justifier entièrement ces écarts.

Dans la structure privée, nous avons observé que les sages-femmes sont relativement en effectif raisonnable par rapport à leurs prérogatives et l'effectif des gestantes et mères quelles

accueillent, pourtant la pratique ne varie pas. Lors de nos enquêtes dans ce centre privé, une sage-femme assistée par une stagiaire est en charge d'une partie des consultations. Trois médecins sont en charge de la seconde et dernière partie des consultations prénatales, des consultations gynécologiques et des accouchements, ils sont assistés par deux autres sages-femmes en salle d'accouchement. Cet effectif et cette organisation du travail permettent d'accueillir également environ une trentaine de gestantes et mères aux jours d'affluence. Mais malgré ce nombre relativement supérieur par rapport à celui du confessionnel, les mêmes écarts sont observés.

Sans doute, les écarts ne peuvent être mis qu'au seul compte d'un sous-effectif ou d'une absence de connaissance du protocole de prise en charge, car théoriquement, tous les soignants en ont fait cas. Les soignants n'hésitent pas lors des entretiens à nous réciter les protocoles de prise en charge qui reflètent, après vérification dans les documents adéquats, les normes officielles. Nous estimons qu'ils se justifieraient aussi et mieux par une certaine routine, la mise en œuvre d'une « culture professionnelle locale » ou d'une certaine « norme pratique » (J.P. Olivier de Sardan 2008, p.11 ; 2014, p.105).

Les écarts aux protocoles de suivi du travail d'accouchement que nous décrivons ici ne sont pas tout à fait nouveaux, ils ont été longtemps décrits dans la sphère publique de santé (A. Diarra, 2012, p. 64). Nos observations ne soulignent ici que leur existence dans le parapublic (privé ou confessionnel en l'occurrence) donc de leur généralisation dans le système de santé.

La biographie professionnelle des soignants rencontrés dans le secteur parapublic montre qu'ils ont été pour la plupart formés dans le secteur public et y ont fait des stages professionnels, certains y ont d'ailleurs exercé en

⁶ Le Syntocinon® est une version synthétisée de l'ocytocine, une hormone naturellement produite par l'organisme féminin lors de l'accouchement et de l'allaitement et qui stimule naturellement les contractions utérines. En 1906, ses propriétés contractiles ont été

découvertes par Henry Dale. Sa production synthétique dans les laboratoires et commercialisation ont commencé en 1927. Son usage se généralise dans les salles de naissances autour des années 1970.

tant que contractuels ou vacataires. Ce qui laisse penser que ces pratiques « non-observantes », « normes pratiques » ou « arts de faire » (M. de Certeau 1990) dont la genèse remonte aux difficultés macroéconomiques du lendemain des indépendances (K. M. Koumi 2018, p.125), ont passé du secteur public au parapublic.

Le suivi du travail d'accouchement se caractérise également par l'utilisation du partogramme⁷. Selon les normes officielles, dès la phase active du travail, les soignants doivent impérativement commencer à enregistrer les différentes variations de l'état de santé de la mère et de l'enfant sur ce document. Ceci leur permettra de prendre au moment opportun des décisions idoines (référence, césarienne...) lorsque la santé du couple mère-enfant paraîtra en danger.

Des deux structures sanitaires étudiées, cet outil n'existe que dans le centre de santé confessionnel même si son renseignement par les soignants de ladite structure reste discutable comme c'est le cas dans les centres de santé publics du Togo (G. Blundo et al., 2018, p.28).

Dans ce centre de santé confessionnel, cet outil existe. Mais comme on le remarque dans les productions scientifiques précitées, c'est son utilisation qui pose un problème. Contrairement aux normes de la politique, les soignants ne débutent quasiment jamais le renseignement du partogramme dès le début de la phase de latence, ni même au cours du travail. Dans une large mesure, ces soignants renseignent les différents items et tracent la courbe après l'accouchement en reconstituant le processus du travail et de l'accouchement. Une fois encore, la charge du travail (plusieurs femmes entrent au même moment en phase active du travail, occupation par d'autres tâches, etc.) est l'un des facteurs le

plus souvent avancé pour justifier cet écart. Nous pensons par contre à l'observation d'une « norme pratique ».

Dans le centre de santé privé où ce document n'existe pas du tout, on évoque que ledit document leur est inutile, car ils disposent d'un bloc opératoire à la pointe de la technologie et des agents qualifiés aptes à diagnostiquer et à prendre en charge les gestantes en cas de complication. Aussi, n'ont-ils pas besoin de référer leurs parturientes dans un autre centre à cause de leur plateau technique « bien fourni ». Mais, quelles que soient les dotations matérielles du centre de santé, comment identifier exactement le moment d'agir s'ils ne sont pas guidés par un outil comme le partogramme ? La réponse de ce haut fonctionnaire qui est aussi agent de santé de la structure privée témoigne à la fois de la connaissance et la compréhension limitée de l'utilité du partogramme. Il soulève au même moment des interrogations sur la formation des acteurs du système des santés sur les réformes introduites.

Le travail d'accouchement s'achève à la dilatation complète faisant place à la parturition. Les normes officielles recommandent en ce moment l'injection d'une dose de Syntocinon pour favoriser la contraction et l'expulsion du placenta. Dans les deux centres de santé, ce médicament est administré, mais dans la plupart des cas comme souligné, beaucoup plus tôt que la norme ne l'indique. Cela n'empêche certains soignants de le réinjecter à nouveau.

Les normes officielles recommandent qu'une traction soit ensuite faite sur le placenta grâce au bout du cordon ombilical resté rattaché à l'organe après son ablation : c'est la traction contrôlée du cordon. Ces normes techniques sont également

⁷ « Le partogramme est un papier imprimé sur lequel les soignants notent les informations concernant le travail obstétrical d'une femme. Son objectif est de permettre une représentation graphique du travail, d'alerter les sages-femmes et obstétriciens en cas d'anomalie pouvant avoir une répercussion sur le bien-être maternel ou fœtal et sur le déroulement du travail. Les partogrammes pré-imprimés contiennent fréquemment des lignes d'alerte et lignes d'action afin d'aider les soignants à prendre conscience d'un éventuel déroulement pathologique du travail. La

ligne d'alerte représente le déroulement de travail des 10 % de primipares qui auront le travail le plus lent. La ligne d'action est placée quelques heures après la ligne d'alerte (majoritairement deux ou quatre heures après celle-ci) pour prendre en charge le déroulement trop lent du travail. » (HAS 2018, p.26). Cet outil a été particulièrement introduit dans les systèmes de santé des pays du Sud par l'OMS en 1988, puis révisé dans les années 2000. Le partogramme est présenté comme un instrument de prise de décision dans le processus d'accouchement.

observées dans les deux centres de santé étudiés. Les soignants sont enfin invités par les prescriptions normatives à procéder ensuite au massage du fond utérin pour aider l'utérus à se contracter. Cette norme est aussi observée dans les deux structures sanitaires. Toutefois, contrairement à la temporalité du massage utérin qui doit se faire toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures après la délivrance du placenta, soit 8 séances de massage utérin dans l'intervalle de 2 h, les soignants des deux centres de santé ne font qu'un seul massage utérin. L'achèvement de cette pratique sonne la fin de l'accouchement et les mères sont ensuite transférées dans les salles de suite de couches. Sur la base des données sur le suivi de la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum, il apparaît que la formation sanitaire privée s'écarte beaucoup des normes officielles édictées par les mesures de la politique de mortalité à moindre risque. Au même moment, la nature des écarts n'est pas tout à fait nouvelle. Elles correspondent à peu près à celles répertoriées dans la cadre du suivi des grossesses, le travail et accouchement dans les centres de santé public au Togo et au-delà comme nous l'avons démontré à travers la comparaison de nos résultats avec la littérature existante. Ces observations nous conduisent à reconsidérer, du moins à l'échelle de la politique de maternité sans risque, notre hypothèse de départ. Nous pensons de plus en plus que les centres de santé du secteur tant public que parapublic auraient presque le même rapport (écart aux normes en particulier) aux politiques de maternité à moindre risque et même à celle du financement de santé que nous verrons dans les lignes suivantes.

2.2. Les réformes dans le financement de la santé au profit de la santé maternelle

Tout comme la politique de la maternité sans risque, celle de l'exemption de paiement que nous étudions ici remonte aux années 2000. Rappelons que particulièrement, l'exemption de paiement de la césarienne, de la PTME et du paludisme chez les femmes enceintes sera étudiée ici.

L'exemption de la césarienne fait suite à l'engagement des ministres de la Santé de l'Union africaine lors de la quatrième session tenue en mai 2009 à Addis-Abeba (Ethiopie) et prend place dans la « Campagne accélérée de réduction de la mortalité maternelle en Afrique » (CARMMA). Lors de sa mise en œuvre au Togo en 2011, elle stipule que les frais de couverture de l'acte sont partagés entre l'État qui prend en charge les 2/3 des coûts plafonnés à 30 000 FCFA et l'utilisateur à qui revient le 1/3 des frais de l'acte, soit 10 000 FCFA.

Dans les deux centres de santé, cette réforme n'est pas mise en œuvre et les coûts de l'acte peuvent coûter entre 250 000 et 700 000 FCFA à l'utilisateur dans le privé. Dans la structure professionnelle, ayant son bloc opératoire non fonctionnel, les césariennes sont organisées par le gynéco-obstétricien dans les blocs opératoires d'autres centres de santé. Les coûts sont donc variables en fonction de la structure dans laquelle se déroule l'intervention. S'il s'agit d'une structure privée, la parturiente ne bénéficie pas de l'exemption de paiement et les frais fluctuent entre 500 000 et 700 000 FCFA. Par contre, lorsque l'acte s'organise dans un centre de santé public, les usagers bénéficient de la subvention.

Différentes raisons justifient l'inexistence de la subvention de la césarienne dans les structures sanitaires privées en général. La plus prioritaire

de toutes ces raisons est celle de l'incapacité du système de santé à établir un partenariat et à trouver un terrain d'attente avec ces structures privées au sujet de cette politique.

En effet, dans le secteur public tout comme parapublic, avant la subvention de la césarienne, chaque centre de santé fixait les frais de l'acte selon les bénéficiaires escomptés sans véritable contrôle de l'État. Avec la réforme, les frais de l'acte ont été plafonnés à 30 000 FCFA comme souligné, ce qui a réduit considérablement la marge de profit des structures publiques qui s'en plaignent d'ailleurs à cause de l'impact de cette réforme sur leurs finances (K. M. Koumi 2018, p.125-127) quoiqu'elles bénéficient de la subvention de l'État.

Les structures privées ne bénéficient pas de cette subvention de l'Etat. Elles fondent leur fonctionnement financier sur les recettes générées par la prise en charge du paludisme, le suivi des grossesses et la césarienne qui constituent entre autres une large part des motifs de consultation et de prise en charge. Elles sont dans une logique de « marchandisation » des soins ce qui n'est guère étonnant si on se réfère aux origines et à l'histoire des centres de santé privé (O. Faure 2012, 2014). La mise en œuvre de la césarienne sans mesures compensatoires dans le secteur privé risquerait d'amoinrir l'autonomie financière de ces centres de santé et c'est à ce niveau que se trouve le nœud du débat. Aux yeux des centres de santé parapublic (centres privé et confessionnel), cette compensation devrait se faire sur la base des frais ordinaires de la césarienne dans leurs formations sanitaires et non sur la base du plafonnement du coût de l'acte à 30 000 FCFA. Ainsi, dans la logique où l'acte est fixé à 700 000 F dans un centre de santé, l'utilisateur paye 10 000 F et l'Etat 690 000 FCFA. D'autres formations sanitaires publiques où nous avons menées des enquêtes

dans le cadre d'autres recherches, tiennent en sourdine ce même discours car, les effets de la subvention de la césarienne tout comme bien d'autres politiques d'exemption ne sont pas sans conséquence négative sur le fonctionnement financier des formations sanitaires tant au Togo qu'ailleurs (K. M. Koumi 2018, p 128).

N'ayant pas de garantie de la part de l'État au sujet de cette compensation, ces centres de santé privés ont rejeté la mise en œuvre de cette mesure.

Dans le cadre de la prophylaxie du paludisme et son dépistage ainsi que celui de la PTME, les raisons des écarts sont relativement différentes. Rappelons que la gratuité du traitement préventif intermittent à base de Sulfadoxine pyriméthamine (TPI-SP) et du Test de diagnostic rapide du paludisme (TDR) réalisé au besoin n'est pas observée dans le privé ainsi que celui du premier test de dépistage du VIH dans le cadre de la PTME.

Le principal argument officiellement avancé par la structure privée pour justifier cet état de choses est le non-approvisionnement constant en intrants et en réactif par l'Etat. Ce qui est empiriquement vérifiable. Cependant, on ne peut arguer un abandon du secteur parapublic par l'État ou le système de santé puisque dans le centre de santé confessionnel – faisant partie du parapublic – ces intrants sont fournis. Il semble donc que les raisons qui mettent en forme cette réalité doivent être recherchées à l'échelle stricte du centre de santé privé étudié puisque c'est bien à ce niveau que le non approvisionnement est observé.

Biasa, la formation sanitaire privée étudiée ici ainsi que bien d'autres cliniques privées fonctionnent en effet avec un accompagnement quasi-inexistant du système de santé. Ces centres de soins ne sont presque pas associés au

fonctionnement du système de santé, leurs fonctionnaires ne bénéficient presque d'aucune formation continue du système de santé, même au sujet des politiques que nous étudions. Ces arguments sont empiriquement vérifiables.

Lors de nos travaux de terrain en effet, une sage-femme de la structure sanitaire privée déclare n'avoir jamais suivi une formation sur le partogramme et sur la consultation prénatale recentrée autre que ce qu'elle a appris durant le parcours académique. Aux antipodes de cette situation, au cours de la période où cette information nous a été livrée, plus d'une fois, des sages-femmes du centre de santé public nous ont annoncé plusieurs fois qu'elles étaient invitées pour des ateliers de formation organisés par le ministère de la santé. Au sujet des formations, Ouedraogo et Kpegba (2017, p.30) en viennent à la même conclusion. Ils affirment par exemple dans le cadre du programme national de lutte contre le paludisme dont les formations initiées par le système de santé profitent beaucoup plus aux soignants du secteur public qu'à ceux des autres secteurs. Il en est de même pour les supervisions qui sont le second canal de formation continue des soignants. Ces auteurs notent que seulement 24,5% des structures de soins parapubliques ont bénéficié d'une supervision dans les douze derniers mois qui ont précédé leurs recherches ; ce qui est relativement faible.

D'un point de vue « idéal typique » (d'un point de vue weberien), le système de santé comprend tous les secteurs et est appelé à y avoir un rapport identique, mais dans la plupart des cas, que ce soit au Togo ou ailleurs dans la sous-région, ces systèmes de santé sont plus ou moins associés

aux secteurs publics au point de s'y confondre. Cette posture justifie dans notre cas les faits observés avec cette sorte d'« abandon » du centre de santé privé étudié comme bien d'autres. Aucune logique apparente (nous n'avons pas réussi à en saisir une) ne justifie ce fonctionnement à double vitesse⁸ du système de santé fournissant sélectivement les intrants, la formation continue, la supervision, à certains centres de santé au détriment d'autres.

Toutefois, cette posture offre au centre de santé privé étudié comme bien d'autres « abandonnés », une « zone d'incertitudes » (M. Crozier et E. Friedberg 1977, p.204). Cette dernière leur permet d'échapper aux politiques sanitaires étudiées en l'occurrence et de justifier les écarts. De ce point de vue, le rapport de ces centres de santé « abandonnés » à la mise en œuvre des politiques ici étudiées résulte d'une coproduction entre, d'une part ces structures sanitaires et d'autre part le système de santé. C'est ce dernier (le système de santé) qui offre cette « zone d'incertitude » à travers son laxisme, son fonctionnement à double vitesse, son mutisme, l'absence d'accompagnement (grâce à l'approvisionnement en intrant...) ainsi que de mesures coercitives vis-à-vis des centres de santé réticents à la mise en œuvre des politiques.

La responsabilité du système de santé ou de l'État mentionné par le rapport des centres de santé sur les politiques sanitaires étudiées paraît à ces égards sans ambages. Si cette responsabilité est engagée dans la production des écarts aux normes de mise en œuvre de politiques de santé visant à réduire la mortalité maternelle, elle l'est par ricochet dans la stagnation des taux de mortalité maternelle. En ayant une responsabilité

⁸Les causes du fonctionnement à double vitesse du système de santé du Togo demeurent un sujet entier à traiter.

dans le dysfonctionnement des politiques mises en œuvre, le système de santé où l'État contribue à l'institution d'inégalités systémique et de violences symboliques qui obstruent au final la dynamique de la réduction de la mortalité maternelle comme nous le verront.

2.3. Inégalité systémique et violence symbolique dans la mise en œuvre des politiques de lutte contre la mortalité maternelle

Le code de la santé publique du Togo mentionne en effet que le citoyen a le droit de choisir librement son médecin (article 196, code de la santé publique). Ceci sous-entend que les gestantes tout comme n'importe quels citoyens d'ailleurs ont le droit de consulter ou de se faire prendre en charge dans le centre de santé de son choix. Les citoyens ainsi protégés par la législation doivent en principe bénéficier des mêmes services et tarifications indépendamment des centres où ils décident de se faire consulter. Or l'inexistence de mesures d'exemption partielle de paiement des frais liés à la césarienne dans les structures parapubliques crée une certaine inégalité dans l'accès aux soins. Cette inégalité est entre les usagers du public bénéficiant de l'exemption de paiement et ceux du parapublic d'une part et entre usagers du secteur parapublic (privé et confessionnel en l'occurrence) où les coûts peuvent varier d'autre part. Cette réalité implique d'ailleurs de considérer l'échelle à laquelle cette politique se réfère dans les discours publics. Au fond, la subvention de la césarienne par exemple n'est pas gratuite au Togo pour le privé, mais l'est pour les usagers des centres de santé publique. Les affirmations de A. S. Aboubakari et *al.* (2014, p.363-369) arguant que la subvention de la césarienne est bénéfique pour l'utilisation des

services de santé et améliore considérablement le taux de morbidité de la population togolaise sont donc à relativiser.

L'existence de la subvention de la césarienne dans les centres de santé publique contraints d'une certaine manière certaines gestantes à se rendre dans ces centres de santé. Si cette exemption de paiement existait dans les autres secteurs de santé, elles feraient sûrement d'autres choix. Ceci bafoue le droit de choisir librement leurs soignants et constitue à certains égards une violence symbolique.

L'inégalité dans l'accès aux soins s'observe aussi dans l'administration ou la délivrance des soins. Les écarts observés dans les centres de santé étudiés ne mettent pas les femmes sur le même pied d'égalité. Les écarts ne suivent en effet aucune logique claire. Nous l'avons évoqué, selon la disponibilité du soignant, un usager peut recevoir une dose Syntocinon® pour accélérer le travail, ce qui n'est pas le cas pour d'autres femmes dans un même centre de santé. Deux gestantes ou parturientes peuvent ne pas recevoir les mêmes soins, non pas pour des raisons pathologiques ou liées à la personnalisation des protocoles thérapeutique, mais pour des raisons subjectives au soignant. Il en est de même pour l'exemption du paiement dans le cadre de la prophylaxie du paludisme, son dépistage et sa prise en charge. Associées à la variation des écarts selon les centres de santé et des secteurs de soin, ces réalités cristallisent les inégalités au sein du groupe social des femmes enceintes, gestantes et mères qui ne courent logiquement pas les mêmes risques de mortalité et de morbidité durant la gestation ou l'enfantement.

CONCLUSION

Cette contribution a analysé la mise en œuvre de deux politiques de santé ayant pour objectif de réduire la mortalité maternelle. Cette analyse a été comparative, entre deux centres de santé parapublics hétérogènes. Nos observations nous ont conduits à la réalité de l'existence d'écarts dans la mise en œuvre des politiques de santé analysée. L'ampleur des écarts varie entre la formation sanitaire et paraît plus importante dans le privé que le confessionnel. Toutefois et au-delà des formations sanitaires étudiées, et de l'ampleur des écarts, leur nature dans les structures confessionnelles à un fort air de familiarité avec celle rapportée par la littérature au sujet des centres de santé du secteur public au Togo et bien au-delà. Ceci infirme l'hypothèse d'une variation de ces écarts entre les centres de santé parapublics et publics précédemment émise.

L'analyse de la causalité des écarts observés nous a menées vers la responsabilité du système de santé ou de l'Etat. Cette responsabilité est liée au fonctionnement du système de santé qui crée une « zone d'incertitude » exploitée par les centres de santé. Cette implication du système de santé concerne également l'obstruction de la santé maternelle, car, les écarts qu'il coproduit avec le système de santé conduit à cette obstruction. Ce résultat nous invite à questionner plus spécifiquement au-delà de tout le rôle des systèmes de santé des pays du sud et leurs rapports aux autres secteurs de soins (privé et confessionnel en particulier) dans les réflexions autour de la santé maternelle. Aussi, appréhender et comprendre la santé maternelle dans une telle dimension holistique impliquant le système de santé et les secteurs parapublics permet de mieux connaître les facteurs non biomédicaux et ceux

relatifs au fonctionnement des systèmes de santé et de ces structures parapublics pour agir sur eux afin d'améliorer la santé maternelle.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABOUBAKARI Abdoul-Samadou, ADAMA-HONDEGLA Amah Biova, AZOUMAH Deladem Komi, M'BORTCHE Bingo Kignomon, LOGBO-AKE Edem, et AKPADZA Koffi, 2014, « Influence court terme, de la subvention sur le profil épidémiologique, clinique et pronostique des grossesses et accouchements par césarienne au nord du Togo : étude comparative de 520 cas », Journal de la recherche scientifique à l'université de Lomé, Série D, 16(2), p. 363-369.

BLUNDO Giorgio et AMOUZOU-GLIKPA Amévör et KOUMI Kossi Mitronougna., 2018, The Importance of Practical Norms in Government Health and Education Services in Togo, Research report, Lomé, p. 44.

BOHOUSOU Marcelin Kouadio, 1992, « La mortalité maternelle à Abidjan en 1988 », Médecine d'Afrique Noire, 39 (7), p. 480-484.

CARTON Manoelle et ZERBO Roger, « Des matrones face à la « maternité sans risque ». Le cas de Barsalogo, Burkina Faso », in HANCART-PETITET Pascal (dir.), 2011, L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question, Faustroll Descartes, p. 143-167.

COPPIETERS Yves, BIVORT Philippe, MADANI Kamel, et METBOUL Mohamed, 2011, « Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud Algérien », Santé Publique, 5 (23), p. 413-426.

CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, 1977, L'Acteur et le système, Editions du Seuil, Paris, p.445.

DE CERTEAU Michel., 1990, L'invention du quotidien : Arts de faire, Gallimard, Paris, p. 349.

DIARRA Aïssa, 2012, « La prise en charge de l'accouchement dans trois communes du Niger : Say, Balleyara et Guidan Roumji », Etudes et Travaux du Lasdel n°101, Working Paper.

DOGBE Kokou Sika, PITCHE Palokinam, ADAM SAMAH Zakillatou , ALZOUMA KOSSI Salamatou , TOKOFAI Assétina Singo , D'ALMEIDA Stéphane , et DOKLA Augustin, «Exemption du paiement des soins liés à la prise en charge de l'infection par le VIH au Togo. Cas du traitement antirétroviral », in RIDDE Valery QUEUILLE Ludovic et KAFANDO Yamba, (dir.), 2012, Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest, Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO, en ligne www.usi.umontreal.ca, consulté le 30/04/ 2015 à 13h 02, p. 211-258.

DUPONT Corinne, CARAYOL Marion, LE RAY Camille, DENEUX-THARAUX Catherine, RIETHMULLER Didier, 2017, « Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations », *Rev. Méd. Périnat.*, 9 (2), p. 107-113.

FAURE Olivier, 2014, « Cliniques privées et hôpitaux publics en France : de la complémentarité au compromis », *La revue du praticien*, vol. 64, p. 438-441.

FAURE Olivier et DESSERTINE Dominique, 2012, *Les cliniques privées. Deux siècles de succès*, Presses Universitaires de Rennes, Collection Histoire, Rennes, p.355.

HANCART-PETITET Pascale, « Mortalité maternelle au Ladakh : De la santé publique à l'anthropologie », in PORDIE, Laurent, (dir), 2005, *Penser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*, Paris, Karthala :123-143.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), 2018, *Accouchement normal : accompagnement de la*

physiologie et interventions médicales, Recommandation de bonne pratique, Paris, p. 46.

JAFFRÉ Yannick et SUH Siri, 2016, « Where the lay and the technical meet: Using an anthropology of interfaces to explain persistent reproductive health disparities in West Africa », *Soc Sci Med.*, n°156, p.175-183.

KELLEY Allison, SIELEUNOU Isidore, GASHUBIJE Longin, HOUNYE Felicien, MONZON SAMAKE Amadou, MAYAKA Manitu Serge, SAMBA Mamadou, GARBA TCHANG Salomon, MOHA Mahaman, YE Maurice, MBESSAN Philémon, ZAKILLATOU Adam, et MEESEN Bruno, 2014, *Une vue d'hélicoptère : cartographie des régimes de financement de la santé dans 12 pays d'Afrique francophone*, Rapport de recherche.

KOUMI Kossi Mitronougna, 2018, « Les médicaments et les arts de faire palliatifs dans le système de santé du Togo », Communication au colloque international sur « Régulations, Marchés, Santé : interroger les enjeux actuels du marché du médicament en Afrique » organisé à Ouidah du 26 au 29 mars 2018 et publié dans les actes du colloque : 124-131, en ligne : hal-01988227.

KOUMI Kossi Mitronougna, 2020, "Just like the users, we suffer too!". "Experiences" of health workers in health facilities in Lomé (Togo)", *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)*, 2020, 22(1-2), p.123-137.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, 2017, *Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2017-2022*, République Togolaise.

MINISTERE DE LA SANTE, 2001, *Normes du district sanitaire au Togo*, République Togolaise.

MINISTERE DE LA SANTE, 2009, *Politique et normes en santé de la reproduction, planification familiale et infections sexuellement*

Politiques publiques de santé et réduction de mortalité maternelle : la réalité quotidienne dans les centres de santé parapublique du Togo

transmissible du Togo, 2em Edition, République Togolaise.

MOHA Mahamane, 2011, « « Même la nourriture, on se fatigue de la manger, à plus forte raison le médicament... ». Les PvVIH et les médicaments au Niger », Etude et travaux du Lasdel, n°94, Working Paper.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, « La politique du terrain », Enquête n° 1 : 71-109.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1998, « Émique », L'Homme, n° 147 : 151-166.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003, « L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants », Etudes et Travaux du Lasdel, n°13, Working Paper.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2008, « A la recherche des normes pratiques de la gouvernance réelle en Afrique », APP, Discussion Paper, n°5.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2014, « La routine des comportements non-observants au sein des services publics nigériens : Connaître la culture bureaucratique pour la réformer de l'intérieur », Etudes et Travaux du Lasdel, n°119, Working Paper.

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, DIARRA, Aissa., et MOHA, Mahaman., 2017, « Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: The case of maternal health », Health Research Policy and Systems 15 (1): 60.

OUEDRAOGO Amadou, et KPEGBA Komi Prosper, 2017, Enquête de faisabilité de l'implication du secteur privé dans la lutte contre le paludisme au Togo, Rapport d'étude.

OUEDRAOGO Christine, OUEDRAOGO Ali, OUATTARA Tiémoko, AKOTIONGA Michel, THIEBA Blandine, LANKOANDE Jean et KONE Bibiane, 2001, « La mortalité maternelle

au Burkina Faso. Evolution et stratégie nationale de lutte », Médecine d'Afrique Noire, 48 (11) : 452-456.

PRUAL, Alain, 1999, « Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque », Santé publique (2) 11 : 167-185.

STADERINI Nelly, 2011, « Représentations locales du rôle des matrones au Tchad. Une perspective sur les décideurs. », Postface, in Hancart Petitot, P., (dir.) L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question, Faustroll : 169-196.

UNGER Jean-Pierre, VAN DESSEL Patrick, SEN Kasturi et DE PAEPE Pierre, 2009, "International health policy and stagnating maternal mortality: is there a causal link?" Reproductive Health Matters, 17 (33) : 91-104.